

TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN ADOLESCENTES

Lionel Cailhol, Ludovic Gicquel & Jean-Philippe Raynaud

Editores: Laura Borredá Belda, Matías Irrarzával & Andres Martin

Traductores: Sara Diego Castaño, Laura Álvarez Bravos, Rebeca Santonja & Beatriz Ortega



Janis Joplin

G A Faris & R M Faris (2001) *Living in the Dead Zone: Janis Joplin and Jim Morrison: Understanding Borderline Personality Disorders*; Slade Books.

Lionel Cailhol MD, PhD

Psiquiatra asesor, Psiquiatría de Adultos, Hospital St Jerome, St Jerome y Programa de Trastornos de la Personalidad, Instituto Universitario de Salud Mental de Montreal, Québec, Canada

Conflicto de intereses: ninguno reportado.

Ludovic Gicquel MD, PhD

Psiquiatra infantil asesor, Psiquiatría Infantil, Centro Hospitalario Henri Laborit, Poitiers y Profesor de psiquiatría infantil, Universidad de Poitiers, Francia

Conflicto de intereses: ninguno reportado.

Jean-Philippe Raynaud MD

Psiquiatra infantil asesor, Psiquiatría Infantil, Centro Universitario Hospitalario, Toulouse y Profesor de psiquiatría infantil, Universidad Paul Sabatier, Toulouse, Francia

Conflicto de intereses: ninguno reportado.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J-P. Trastorno De Personalidad Límite En Adolescentes (Borreda L, Irrarzával M, Martin A, ed. Diego S, Álvarez L, Santonja R, Ortega B, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

El trastorno de personalidad límite (TLP) se caracteriza por un patrón generalizado y persistente de inestabilidad e impulsividad. Durante varias décadas el TLP ha recibido mucha atención por parte de la investigación, tanto para mejorar su comprensión como para mejorar su abordaje. Pese a que la etiqueta de TLP se utiliza frecuentemente en el ámbito clínico en el manejo de adolescentes con TLP, su uso en población juvenil sigue siendo una controversia. Aun así, muchos creen que existen argumentos coincidentes que hacen legítimo su uso en este grupo de edad (Miller et al, 2008).

Desde una perspectiva didáctica, este capítulo utiliza el término TLP como se define en el DSM-5. Sin embargo, los lectores deben ser conscientes de los riesgos de este reduccionismo en relación a otras conceptualizaciones. En el capítulo se resalta la elevada prevalencia de este trastorno en población juvenil y adulta, así como las consecuencias psicosociales del mismo. Una amplia sección está dedicada al diagnóstico y diagnóstico diferencial, mientras que el capítulo finaliza con la descripción de estrategias útiles de tratamiento.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia

La prevalencia del TLP se estima entre un 0.7% y un 1.8% (Swartz et al, 1990; Torgersen, 2001). En un estudio de población general de aproximadamente 35,000 participantes se encontró una prevalencia a lo largo de la vida de 5.9% de TLP haciendo uso de la Entrevista estructurada para el Trastorno por Consumo de Alcohol e Incapacidades Asociadas - versión DSM-IV (Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV version - Grant et al, 1995). En población clínica de EEUU se observa una prevalencia de 6.4% en muestras de medicina general, de entre un 10% y un 23% en pacientes ambulatorios que padecen problemas de salud mental (Korzekwa et al, 2008; Swartz et al, 1990), y un 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Los datos con niños y adolescentes son escasos y las muestras mucho más pequeñas. Un estudio francés encontró una alta prevalencia de TLP en adolescentes (10% en chicos y 18% en chicas) a través de la Entrevista Diagnóstica para Límites Revisada (DIB-R. Diagnostic Interview for Borderlines – Revised), adaptada para adolescentes (Chabrol et al, 2001a). En un estudio con población china encuentran una prevalencia más modesta de un 2% (Leung & Leung, 2009).

Género y cultura

Actualmente, la prevalencia en la población general se considera similar para ambos sexos (Leichsenring et al, 2011). En la población clínica, las mujeres representan las tres cuartas partes de todos los pacientes. Algunos expertos plantean que esto puede deberse a la dificultades de los hombres para acceder al sistema de salud mental, especialmente psicoterapéutico (Goodman et al, 2010). El mismo efecto puede verse en adolescentes (Cailhol et al, 2013). Esto no es específico para el TLP sino que aparece también en otros trastornos mentales (O'Loughlin et al, 2011).

El concepto de TLP tiene su origen en las taxonomías occidentales (Europa y después América del Norte). Sin embargo, incluso en su definición

“Los pacientes límites han sido a la psiquiatría lo que la psiquiatría ha sido a la medicina – un tema de importancia de la salud pública que es infraconocido, infratratado, poco financiado y estigmatizado por la disciplina de mayor envergadura. Como con la psiquiatría y la medicina, esto está cambiando. Nuevos conocimientos, nuevas actitudes y nuevos recursos prometen nueva esperanza para las personas con personalidad límite” (Kernberg & Michels, 2009)

- ¿Tienes preguntas?
- ¿Comentarios?

Haz click aquí para ir a la página de Facebook del Manual y compartir tu opinión sobre el capítulo con otros lectores, preguntar a los autores o editores y hacer comentarios.

nos encontramos con dificultades culturales. Por ejemplo, el umbral de labilidad emocional puede ser distinto en los países latinos y los nórdicos; los síntomas disociativos no se interpretan igual en unos continentes que en otros. Del mismo modo que los umbrales establecidos por los clínicos para cada uno de los criterios puede diferir en función de la cultura del clínico y la de sus pacientes. Hasta donde sabemos, la expresión sintomática del TLP en adolescentes de acuerdo a la cultura apenas ha sido estudiada.

A través de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la Organización Mundial de la Salud ha promovido el uso de este diagnóstico alrededor del mundo, además de validar una herramienta internacional para su diagnóstico (Loranger et al, 1994). Sin embargo, es el modelo norteamericano (ejemplificado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM) el que prevalece en investigación (Maffei, 2006). Como muestran publicaciones recientes, científicos de diferentes regiones del mundo continúan utilizando los criterios diagnósticos del DSM, lo cual destaca la importancia del diagnóstico de acuerdo a la cultura (Rossier & Rigozzi, 2008; Wong et al, 2010). Los fenómenos migratorios no parecen incrementar el riesgo de TLP (Pascual et al, 2008).

Carga de enfermedad

Se estima que el TLP en los Países Bajos supone un gasto en costes directos e indirectos de hasta 17,000€ al año por paciente (van Asselt et al, 2007). Este gasto incluye tratamiento, principalmente hospitalización, baja por enfermedad y pérdida de productividad. Si tenemos en cuenta la prevalencia en la población general el gasto sería sustancial. No obstante, los datos europeos no pueden extrapolarse al resto del mundo ya que son un reflejo del contexto médico-económico de los países occidentales.

Las consecuencias del TLP para las personas de alrededor dependen de su vulnerabilidad a las conductas y a las demandas de las personas con TLP. En concreto, las familias de adolescentes tienen que afrontar las demandas de autonomía de sus hijos a la vez que los protegen y aprenden a manejar las preocupaciones relacionadas con las conductas de riesgo. Esto puede causar un estrés considerable (Fruzzetti et al, 2005; Gerull et al, 2008; Hoffman et al, 2005).

Además de las complicaciones físicas resultantes de las conductas autolesivas, los pacientes con TLP están expuestos a riesgos derivados de su impulsividad, mayoritariamente accidentes, uso indebido de sustancias y enfermedades de transmisión sexual (Sansone et al, 1996, 2000a, 2000b, 2001). Normalmente la inestabilidad en el ámbito emocional e interpersonal lleva a problemas de comunicación entre padres e hijos (Guedeney et al, 2008; Hobson et al, 2005, 2009; Newman et al, 2007). Estudios observacionales sobre la actitud de madres con TLP con sus bebés e hijos pequeños encuentran en éstas menor disponibilidad, una pobre organización de sus conductas y su estado de ánimo, así como menores expectativas de interacciones positivas. Estas madres son descritas más como sobreprotectoras/intrusivas y menos como demostrativas/sensibles (Abela et al, 2005; McClellan & Hamilton, 2006; Newman et al, 2007). Sus hijos experimentan mayores tasas de separaciones parentales y pérdida de empleo en



El concepto de TLP se ha convertido en parte de las representaciones culturales de la población occidental: en Facebook y en trabajos artísticos (p.e., el libro "Borderline" de Marie-Sissi Labrèche, o la película "Inocencia Interrumpida" dirigida por James Mangold – basada en el relato de Susanna Kaysen de su estancia de 18 meses en un hospital psiquiátrico).

comparación con los hijos de madres que padecen depresión u otro trastorno de personalidad.

El desarrollo psicológico de los hijos de madres con TLP se ve afectado, tendiendo éstos a retirarse de su entorno (Abela et al, 2005; McClellan & Hamilton, 2006). Son niños menos atentos, menos interesados o deseosos por interactuar con sus madres, y muestran un apego más desorganizado en la prueba de la Situación Extraña (Abela et al, 2005). Los hijos de madres con TLP muestran altas tasas de pensamientos de suicidio (25%); y el riesgo de que sufran depresión es siete veces mayor si la madre tiene un doble diagnóstico de depresión y TLP (Bradley et al, 2005).

EDAD DE COMIENZO Y CURSO

El DSM-5 recomienda no hacer el diagnóstico de TLP antes de los 18 años de edad. Aunque en la práctica clínica, si los síntomas son claros y persistentes, el diagnóstico se realiza antes.

Los estudios de seguimiento muestran que la remisión es común -74% después de 6 años y 88% después de 10 (Zanarini et al, 2003a; 2006)- cuestionando la idea de que es una condición crónica y sin remisión. Parece que hay dos clusters de síntomas: uno (caracterizado por el enfado y los sentimientos de abandono) tiende a ser estable o persistente, mientras que el otro (caracterizado por las autolesiones y los intentos de suicidio) es inestable o menos persistente. Debe clarificarse que en la mayoría de casos la remisión significa una reducción en el número de síntomas por debajo de los requeridos para el diagnóstico y no necesariamente la resolución completa del trastorno (Shea et al, 2002).

El riesgo de fallecimiento por suicidio en pacientes con TLP se estima entre el 4% y el 10%, uno de los más elevados de todas las enfermedades psiquiátricas. El riesgo de suicidio se eleva si se da de forma conjunta con un trastorno del estado de ánimo o abuso de sustancias, así como con el aumento del número de intentos de suicidio (Paris, 2002). El suicidio parece ocurrir tarde en el curso del trastorno, alrededor de los 30-37 años de edad, y raramente durante el tratamiento (Paris, 2002).

El funcionamiento de estas personas está significativamente deteriorado (p.e., puntuaciones de alrededor de 50 en la Escala del Funcionamiento Global), con frecuentes pérdidas de empleo, relaciones inestables e historia de violación (Zittel Conklin & Westen, 2005). El funcionamiento está más alterado que en otros trastornos de personalidad y depresión (Skodol et al, 2002; Zanarini et al, 2005).

La remisión es más elevada si el diagnóstico se realiza durante la adolescencia (Biskin et al, 2011); la frecuencia máxima de los síntomas de TLP parece darse a los 14 años (Chabrol et al, 2001b). Sin embargo, a pesar de la alta tasa de remisión, la presencia de TLP en adolescentes está lejos de ser inocua. Además de las ya mencionadas complicaciones inherentes al trastorno, el diagnóstico incrementa el



Haga clic en la imagen para ver la historia de Emily (10:42) (en inglés)



Haga clic en la imagen para ver un documental sobre la vida y recuperación de tres personas con TLP (48:19)



Nació en 1926, murió en 1962 bajo trágicas circunstancias. Fue una actriz americana que se convirtió en un ícono sexual. Creció con una madre mentalmente inestable que era incapaz de cuidar de ella económicamente. Estaba a dos años de la edad legal cuando se casó con su primer marido. Realizó numerosas sobredosis y tuvo muchas relaciones apasionadas. Se sometió a varios tratamientos psicológicos y hospitalizaciones psiquiátricas.

riesgo de otras consecuencias negativas. Por ejemplo, el 80% de los adolescentes con TLP sufrirán un trastorno de la personalidad en la adultez, incluso aunque el TLP ocurra únicamente en el 16% de ellos (Deschamps & Vreugdenhil, 2008).

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

La causa del TLP es desconocida, sin embargo en la literatura médica pueden encontrarse varias hipótesis explicativas. Las teorías más ampliamente aceptadas son psicógenas, la mayoría siguiendo planteamientos psicoanalíticos. Una de las primeras explicaciones se basó en la teoría de las relaciones objetales, sobre todo defendida por Otto Kernberg (Clarkin et al, 2006). Más recientemente la teoría del apego de John Bowlby aportó mayor conocimiento de los posibles mecanismos subyacentes al TLP (Bateman & Fonagy, 2004), mientras que otras perspectivas enfatizan la importancia de la desregulación emocional (Linehan, 1993). Por último, las teorías cognitivas resaltan los patrones de pensamiento disfuncionales aprendidos en la niñez, los cuales se mantienen en la adultez (Young, 1999). Todas estas teorías ponen el acento en la importancia del desarrollo emocional del individuo, marcado por traumas y déficits emocionales, que subsiguen al fracaso en la adaptación del entorno a las necesidades del infante.

A nivel epidemiológico los estudios retrospectivos muestran una prevalencia significativa de trauma infantil, abuso sexual, separaciones prolongadas y negligencia en pacientes con TLP (Zanarini et al, 1997). Sin embargo estas experiencias no se pueden interpretar como causas directas del TLP. Aunque la presencia de trauma infantil es alta en esta población, no está presente en todos los casos, y cuando se da, no causa siempre un TLP. Aun así, la elevada ocurrencia

Tabla H.4.1 Criterios para y dimensiones del trastorno de personalidad límite

	CRITERIOS DEL DSM-5	DIMENSIÓN
6 -	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).	Emocional
7 -	Sensación crónica de vacío.	
8 -	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).	
3 -	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	Cognitivo
9 -	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	
4 -	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).	Impulsivo
5 -	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas de automutilación.	
1 -	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.	Interpersonal
2 -	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	

de trauma temprano se ha utilizado para apoyar un modelo alternativo – como un trastorno resultado de un trauma infantil crónico (Golier et al, 2003). Sin explicar completamente el trastorno, el trauma repetido durante la niñez parece ser un aspecto frecuente en las personas con TLP y entre los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). También se debe resaltar que alrededor de la mitad de los pacientes con TLP también cumplen los criterios de TEPT.

La separación materna temprana se asocia tanto con el TLP como con la persistencia de los síntomas de TLP en el tiempo (Crawford et al, 2009). Por último, el TLP también tiene un componente genético; la heredabilidad se estima en un 47% (Livesley, 1998). Como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, la herencia en el TLP es poligénica. Además la interacción entre genes y ambiente, tal y como se describió en los párrafos anteriores, hace difícil interpretar estos datos



Las autolesiones en forma de cortes son comunes en las personas con TLP.

Tabla H.4.2 Descripción de la personalidad emocionalmente inestable según CIE-10

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional (límite) de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a “manifestaciones explosivas”; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

Tipo impulsivo:

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Tipo límite:

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y puede estar asociado con esfuerzos excesivos para evitar el abandono y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de conductas autoagresivas (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

(Steele & Siever, 2010).

DIAGNÓSTICO

Síntomas clínicos

En un intento de mejorar la fiabilidad diagnóstica, el DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1981) introdujo un sistema multiaxial y situó los trastornos de personalidad en un eje distinto, el Eje II – junto a la discapacidad intelectual – y describe el TLP como un diagnóstico separado. El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) revierte esta decisión abandonando el acercamiento multiaxial. De acuerdo con el DSM-5, las características principales del TLP son la inestabilidad y la impulsividad, como describe la Tabla H.4.1. Para hacer el diagnóstico de TLP de acuerdo con el DSM-5 se necesitan 5 o más de los síntomas enumerados en la Tabla H.4.1. Además, el patrón de comportamiento debe ser duradero, inflexible y generalizado a través de un amplio rango de situaciones personales y sociales, y debe ocasionar malestar o deterioro significativo.

La 10 edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2000), sitúa el TLP dentro de las personalidades emocionalmente inestables, e incluye un subtipo impulsivo (Tabla H.4.2). Ambas clasificaciones requieren que el patrón conductual sea generalizado, comience en la adolescencia o principios de la edad adulta, y cause un deterioro significativo en el funcionamiento.

Tabla H.4.3 Evolución de los síntomas del trastorno de personalidad límite con el paso del tiempo.

SÍNTOMAS	DURACIÓN MEDIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestaciones para-psicóticas • Conducta sexual de riesgo • Regresión ligada al tratamiento • Problemas de contra-transferencia, relaciones terapéuticas “especiales” 	0 – 2 años	Síntomas agudos
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso, dependencia de sustancias psicoactivas • Autolesiones • Intentos repetidos de suicidio • Exigencias • Alteración severa de la identidad 	2 – 4 años	
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones tormentosas • Manipulación, sadismo, devaluación • Inestabilidad emocional • Experiencias perceptivas inusuales, pensamientos extraños • Sentimientos de abandono, devastación, derrumbamiento • Experiencias paranoides no alucinatorias 	4 – 6 años	Síntomas temperamentales
<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo mayor, depresión crónica • Sentimientos crónicos de desesperanza, culpa • Ansiedad crónica • Impulsividad general • No poder soportar estar solo • Conflictos relacionados con depender de cuidados • Dependencia, masoquismo 	6 – 8 años	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfado crónico, frecuentes ataques de ira • Sentimiento crónico de soledad, vacío 	8 – 10 años	

Subtipos

El DSM-5 no distingue entre subtipos de TLP. Los subtipos pueden ser definidos por la comorbilidad. Sin embargo algunos investigadores proponen dos subtipos: dependiente e impulsivo. El primero se caracterizaría por ambivalencia e inestabilidad en las relaciones; y el segundo por un patrón de actos impulsivos en múltiples áreas, incluyendo el quebrantamiento de la ley. La CIE-10 en cambio describe un subtipo impulsivo y un subtipo límite (ver Tabla H.4.2).

Presentación sintomática

Es raro que los pacientes acudan a su médico quejándose del TLP, aunque la publicidad sobre el trastorno en los medios e internet ha empezado a concienciar a la gente sobre esta enfermedad. Las consultas se producen frecuentemente por otro problema (p.e., consumo de sustancias, oscilaciones del estado de ánimo), conductas problemáticas (p.e., alimentación anormal, autolesiones), o problemas relacionales. Si bien las autolesiones disminuyen con el tiempo, es un síntoma distintivo particularmente útil en la adolescencia.

De una concepción categorial a una dimensional del TLP

Si tuviéramos que seguir los criterios del DSM al pie de la letra, el TLP sólo se diagnosticaría en adultos (Gicquel et al, 2011). Sin embargo, algunos clínicos consideran que el diagnóstico puede realizarse en adolescentes con la condición de aceptar un menor poder predictivo que en adultos (Bondurant et al, 2004). Conscientes de las limitaciones de las taxonomías actuales, ha habido una tendencia hacia conceptualizaciones dimensionales del trastorno. La Tabla H.4.1 muestra los criterios diagnósticos del DSM-5 y las cuatro dimensiones que surgen de estos criterios.

Dentro de este marco, los trastornos de personalidad se situarían en el extremo final de los rasgos de personalidad, abarcando de lo normal a lo patológico. La investigación realizada por Zanarini et al (2007) resalta la estabilidad del trastorno, la duración media de los síntomas así como el potencial de remisión y recuperación, ello se sintetiza en la Tabla H.4.3.

Queda por ver si algunos adolescentes experimentan “momentos límites” y otros muestran un funcionamiento u organización límite. Es un hecho que no todos los adolescentes límites desarrollan un TLP. Esto lanza la pregunta del futuro de los adolescentes con funcionamiento límite. En esta línea, Bornovalova et al (2009) subrayan el riesgo de la “etiqueta” diagnóstica del trastorno de personalidad en adolescentes, una población sometida a múltiples cambios en el desarrollo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Comorbilidad

Un estudio de habla francesa en adolescentes dirigido por La Red Europea de Investigación en TLP (European Research Network on BDP; EURNET-BPD), encontró que el TLP se asocia muy frecuentemente de forma comórbida a depresión (71.4%), anorexia (40.2%), bulimia (32.9%), abuso de alcohol (23.5%) y abuso de sustancias (8.2%). En particular, la comorbilidad con TDAH puede ser un indicador de gravedad (Speranza et al, 2011). Este dato es similar al encontrado en adultos (Zanarini et al, 1998a). Datos de la EURNET-BPD muestran que la comorbilidad más alta con otros trastornos de la personalidad se encuentra para el antisocial (22.3%) y el evitativo (21.2%), esto es también similar a lo encontrado con adultos (Zanarini et al, 1998b); existen diferencias de sexo tanto en adultos como en adolescentes con predominancia de comorbilidad con trastorno de personalidad antisocial entre los varones.

Evaluación psicométrica

Existen muchos instrumentos para evaluar los trastornos de personalidad en adultos. A continuación se señalan algunos de los más ampliamente utilizados:

- SIDP-IV (Entrevista Estructurada para el Diagnóstico de los Trastornos de Personalidad según DSM-IV) (Stangl et al, 1985). La versión del DSM-IV es internacional y ampliamente utilizada (Pfohl et al, 1995) y se ha empleado también en adolescentes (Chabrol et al, 2002)
- SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV) (First et al, 1997), complementaria de la SCID-I, utilizada para el diagnóstico de los trastornos del Eje I

- El IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad; Loranger et al, 1994) es una entrevista semiestructurada que permite realizar diagnósticos de trastornos de personalidad según CIE-10 y DSM-IV
- DIB-R (Entrevista Diagnóstica para Límites-Revisada; Zanarini et al, 1990) es una entrevista semiestructurada con 129 ítems. Aunque no hace un diagnóstico de TLP según DSM-IV, tiene una satisfactoria validez convergente con el mismo
- CAPA (Evaluación Psiquiátrica del Niño y Adolescente) también puede ser pertinente para el diagnóstico del TLP (Renou et al, 2004)
- Además hay varios cuestionarios autoadministrados que pueden ser útiles como instrumentos de cribado, como el MSI-BPD (Instrumento de Screening para TLP de McLean) y el PDQ-4+ (Cuestionario Diagnóstico de Personalidad) (Zanarini et al, 2003b, Hyler et al, 1989).

TRATAMIENTO

Hay varias guías de tratamiento disponibles para el TLP, p.e., la de la Asociación Americana de Psiquiatría (2001) y la del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE, 2009). La mayoría con recomendaciones específicas para adolescentes.

Objetivos

El primer paso para el tratamiento es establecer los objetivos y el plan terapéutico, que variará en función de la inestabilidad del paciente. En la práctica, esto implica monitorizar el progreso del paciente, trabajar desde un acercamiento de manejo de crisis para abordar las mismas así como las conductas dañinas, avanzando hacia el trabajo a largo plazo de los aspectos de personalidad. En cada etapa se establece un contrato terapéutico después de haber decidido las necesidades y razones para el cambio. Los objetivos personalizados seguirán una jerarquía que se debe explicar al adolescente. Por ejemplo, la reducción del peligro de muerte tendrá prioridad sobre el tratamiento de síntomas o la mejora de la calidad de vida. Además, se necesita implicar a los adultos cuidadores así como que contribuyan en el tratamiento (p.e., retirando las sustancias tóxicas).

Marco de cuidados

El tratamiento para los adolescentes con TLP debería realizarse generalmente de forma ambulatoria. Un acercamiento secuencial y ecléctico brinda una solución pragmática a la diversidad clínica y la evolución natural del trastorno (Gunderson, 2001). De este modo, establecer el marco de cuidados implica distintos aspectos:

- Evaluación de riesgos
- Estado mental
- Nivel de funcionamiento psicosocial
- Objetivos y motivaciones del paciente
- Entorno social
- Comorbilidad



Haga clic en la imagen para acceder a la guía NICE (en inglés)



Haga clic en la imagen para acceder a la guía de práctica clínica sobre el TLP coordinada por Fórum de Salud Mental y AIAQS



Haga clic en la imagen para acceder a la Guía de Práctica Clínica para el manejo del Trastorno de la Personalidad Límite de 2012 del Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia. Esta guía contiene una considerable cantidad de información referida a adolescentes. (En inglés)

- Síntomas prevalentes.

En la práctica, el tratamiento a nivel hospitalario puede considerarse para aquellos casos con comorbilidad severa (p.e., adicciones, depresión grave) y cuando el manejo de crisis o el hospital de día son incapaces de contener al paciente. Se desestima el abordaje a corto plazo del riesgo de suicidio mediante el ingreso hospitalario por la ausencia de datos de eficacia y el riesgo de retroceso terapéutico de los pacientes.

De forma ambulatoria, el tratamiento puede realizarlo un clínico, un psicólogo y un psiquiatra en colaboración, o en el marco de un hospital de día, si lo hubiera disponible. Es beneficioso que la psicoterapia y la prescripción de fármacos la realicen clínicos diferentes. Por último, el colegio juega también un papel importante en el abordaje de los adolescentes con TLP ofreciéndoles una estabilidad así como un lugar en el que construir su identidad y sus relaciones, ingredientes esenciales para la mejoría de estos pacientes.

Tratamientos biológicos

Según la guía NICE (2009), el tratamiento farmacológico no debería utilizarse específicamente para el trastorno de personalidad límite, para los síntomas individuales o para las conductas asociadas a esta condición (por ejemplo, autolesiones repetidas, marcada inestabilidad emocional, conductas de riesgo, y síntomas psicóticos transitorios). Sin embargo, los trastornos comórbidos pueden requerir tratamiento farmacológico. Además, el perfil de efectos secundarios, el cumplimiento y el riesgo derivado del uso incorrecto, limitan la utilidad de la medicación. Finalmente, hasta donde sabemos, ninguna medicación ha sido aprobada para el tratamiento del TLP en adultos o adolescentes. Estas limitaciones subrayan el limitado rol de los psicofármacos en el cuidado en general del TLP.

A parte de la opinión de expertos, muchos meta-análisis aportan orientaciones (Binks et al, 2006a; Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011; Mercer, 2007; Nose et al, 2006; Rinne & Ingenhoven, 2007; Stoffers et al, 2010). Las sustancias estudiadas incluyen neurolépticos, antidepresivos, ácidos grasos omega-3 y anticonvulsivos. Sin embargo, la corta duración de los ensayos, el bajo número de estudios, la alta pérdida de participantes en el seguimiento, la ausencia de estudios comparativos y los restrictivos criterios de inclusión en la mayoría de los ensayos controlados limitan la interpretación de los resultados.

En cuanto a las benzodiacepinas, éstas pueden ser utilizadas en situaciones excepcionales pero con un riesgo considerable de desarrollar adicción o de causar desinhibición (American Psychiatric Association, 2001). En general, los tratamientos sedativos no deberían prescribirse durante más de una semana para lidiar con una crisis (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Esto explica la necesidad de monitorización intensa y revisión regular del tratamiento para identificar fármacos de poca ayuda así como su gradual y cautelosa retirada. La medicación antipsicótica en concreto no debería utilizarse para el tratamiento a medio o largo plazo (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Sin embargo, a corto plazo, los antipsicóticos pueden tener efectos beneficiosos en los síntomas cognitivo-perceptivos, ira y labilidad emocional (Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011).

Consejos para el tratamiento

- **Apoyo.** Teniendo en cuenta las altas demandas que estos pacientes ponen en los clínicos, trabajar dentro de un equipo hace más fácil su manejo. Si no es posible, es altamente recomendable la supervisión regular o tener acceso a consejo de compañeros.
- **Continuidad.** La continuidad de cuidados a lo largo del tiempo es esencial, puesto que el tratamiento normalmente dura años más que semanas o meses. Construir una relación terapéutica requiere confianza de los profesionales que proporcionan los cuidados.
- **Marco claro.** Tanto clínico como pacientes tienen que tener un entendimiento claro de su trabajo, los límites y cómo van a comportarse sobre ello.
- **Responsabilidad.** A pesar de que las conductas del paciente e incluso el diagnóstico incita a los sistemas (familia, terapeutas, instituciones) a retirar la responsabilidad de los pacientes, es útil recordar que incrementar su control emocional implica aceptar gradualmente más responsabilidad.

Terapia Basada en la Mentalización (MBT)

La MBT es un programa psicoterapéutico psicodinámico basado en la teoría del apego. Asume que el apego desorganizado promueve un fracaso en la capacidad de mentalización. La MBT fue diseñada para pacientes límites. Sin embargo en la actualidad se utiliza para otras indicaciones como otros trastornos de personalidad o depresión. El tratamiento combina terapia grupal e individual, ambos de forma semanal, normalmente en el marco de un hospital de día. La MBT intenta mejorar la capacidad del paciente para representar sus propios sentimientos así como los de los demás con exactitud en situaciones emocionalmente desafiantes. Los principales objetivos de la terapia son mejorar la regulación afectiva y el control conductual. Lo cual permite a los pacientes alcanzar sus metas y desarrollar relaciones más íntimas y gratificantes.

A diferencia de otras aproximaciones psicodinámicas, el foco no está en la transferencia o en relaciones del pasado, el objetivo no es desarrollar un insight biográfico, sino recuperar la capacidad de mentalización. Los terapeutas buscan promover un vínculo de apego seguro entre los miembros del grupo y entre pacientes y terapeutas. Este apego seguro proporciona un contexto relacional en el cual explorar la propia mente y la de los demás..

Figure H.4.1: Resumen comparativo de las diferentes psicoterapias para el tratamiento del trastorno de personalidad límite.





Haga clic en la imagen para acceder a un artículo del New York Times sobre la lucha de Marcia Linehan contra su TLP y el nacimiento de la Terapia Dialéctica Conductual. (En inglés)

Haga clic [aquí](#) para leer la traducción del artículo del New York Times.

Psicoterapia

Los abordajes psicoterapéuticos utilizados para el tratamiento del TLP comparten muchos aspectos. Por ejemplo, la mayoría resalta la importancia de diseñar un contrato de cuidados al comienzo de la terapia, que debe ser acordado y que incluye las formas de manejar las situaciones de riesgo, en particular las crisis suicidas, y el contacto entre sesiones (p.e., teléfono).

Cuando se considera el tratamiento psicológico de una persona con TLP, los clínicos deberán tener en cuenta (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009):

- Preferencias y elecciones del paciente
- Grado de severidad y deterioro
- Disposición del paciente para comprometerse con una terapia y su motivación para el cambio
- Habilidad del paciente para permanecer dentro de los límites de una relación terapéutica
- Disponibilidad de apoyo personal y profesional.

Se han empleado una variedad de acercamientos psicoterapéuticos para el TLP, incluyendo abordajes individuales, grupales y de intervención en crisis. No hay evidencia que sugiera que una forma concreta de psicoterapia es más efectiva que otra (Binks et al, 2006b; Leichsenring & Leibing, 2003; Leichsenring et al, 2011).

La **Terapia Centrada en Esquemas (TCE)** busca extender los principios de la TCC al tratamiento de los trastornos de personalidad poniendo mayor énfasis en la relación terapéutica, estados afectivos y emocionales, estilos de afrontamiento a lo largo de la vida (p.e., evitación y sobrecompensación), temas

Haga clic en la imagen para leer un artículo sobre el tratamiento basado en la mentalización para las personas con TLP



Haga clic en la imagen para acceder a información sobre la terapia basada en la mentalización (inglés)

nucleares arraigados (esquemas desadaptativos, que se desarrollan cuando no se satisfacen necesidades centrales específicas de la infancia), así como mayor debate de las experiencias infantiles y los procesos de desarrollo. Un estudio encontró que, después de tres años de tratamiento, la TCE era más eficaz para las personas con TLP que un acercamiento psicodinámico basado en la psicoterapia centrada en la transferencia (Giesen-Bloo et al, 2006).

Dentro de los tratamientos grupales, el **Sistema de Entrenamiento para la Predicción Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS)**; Blum et al, 2002, Blum et al, 2008) se basa en una aproximación de sistemas. El programa incluye dos fases: un grupo de habilidades básicas de 20 semanas y un programa de grupo avanzado bimensual de un año. En este modelo, el TLP se entiende como un trastorno de la regulación emocional y conductual. La meta es proveer a la persona con TLP, a otros profesionales que le tratan, a familiares y a amigos cercanos, de un lenguaje común para comunicarse con claridad sobre el trastorno y de las estrategias utilizadas para manejarlo. Esto ayuda a evitar la escisión (un primitivo mecanismo de defensa en el que la persona externaliza conflictos internos buscando clasificar a las personas de su alrededor como tomando bandos o siendo “buenos” o “malos”).

La **Terapia Basada en la Mentalización (MBT)** es una terapia psicodinámica desarrollada por Bateman y Fonagy (1999, 2004). “Mentalización” en este modelo se refiere a la habilidad para distinguir y diferenciar los propios pensamientos y sentimientos de los de los que nos rodean. Los diferentes aspectos de la mentalización se enfatizan, refuerzan y trabajan dentro del marco de una psicoterapia de apoyo. Dado que la aproximación es psicodinámica, la terapia tiende a ser menos directiva que en la TCC.

La **Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP)** es otra aproximación psicodinámica. La TFP asume que existe una estructura que subyace a los síntomas específicos del TLP. En dicha organización psicológica, los pensamientos y sentimientos sobre uno mismo y los demás están separados en experiencias dicotómicas de bueno o malo, blanco o negro, todo o nada. Dado que estos uno/otro estados determinan la naturaleza de las percepciones de los pacientes, la separación lleva a relaciones interpersonales caóticas, conductas impulsivas de autodestrucción, y otros síntomas del TLP. El tratamiento, consistente en sesiones de psicoterapia dos veces por semana, se centra en la transferencia porque se cree que los pacientes viven sus principales relaciones objetales diádicas en la transferencia (Clarkin et al, 2007).

En adolescentes, la **Terapia Cognitivo Analítica (CAT)** ; Ryle, 2004, Ryle & Beard, 1993) muestra una eficacia similar a un tratamiento de “buen cuidado clínico manualizado” (Chanen et al, 2008). La CAT es un tratamiento relativamente breve de 16 a 24 sesiones.

Queda por ver si la diferencia entre el número de tratamientos y su disponibilidad en la práctica se estrecha o ensancha. La falta de apoyo para estos tratamientos de primera línea puede desalentar a los clínicos y llevarlos a ignorar o rechazar opciones psicoterapéuticas. Es importante recordar en este punto que un tratamiento asistido de forma competente – uno que se adhiera a las recomendaciones – parece obtener resultados tan buenos como los que se obtienen con tratamientos más complejos (McMain, 2007).



Haga clic en la imagen superior para acceder a la página web TARA, que ofrece información para pacientes y familiares (Inglés).

Haga clic en la imagen inferior para acceder a una página web que ofrece información en francés.



Haga clic para acceder a la página web de la Fundación ACAI-TLP, un espacio dedicado a ayudar a los familiares y a las personas del entorno del paciente que padece Trastorno Límite de la Personalidad.

Otros tratamientos

Muchos equipos de todo del mundo están trabajando en desarrollar tratamientos más breves que cuesten menos y que sean más aceptables para los pacientes que los tratamientos psicoterapéuticos tradicionales (ver Figura H.4.1). Las formas abreviadas de los tratamientos de larga duración pueden proporcionar ayuda a un máximo número de pacientes. De la misma manera, la psicoeducación y los grupos de autoayuda puede proporcionar alternativas valiosas a un menor coste. Establecer una línea directa para ofrecer apoyo en momentos difíciles, quizás a nivel de una zona sanitaria o incluso un país, puede ser útil. Finalmente, los servicios de prevención pueden desarrollar estrategias para ayudar a los padres con el objetivo de reducir la incidencia de estos trastornos en la infancia.

CONCLUSIÓN

El TLP es un trastorno que puede encontrarse en adolescentes; con el rango de síntomas y problemas hallados en los adultos. Sin embargo, el TLP es incluso más variable en este grupo de edad. Un acercamiento psicoterapéutico dará como resultado una reducción de síntomas en muchos casos. El reto es detectar los pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos graves y ofrecerles el cuidado más completo disponible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela JR, Skitch SA, Auerbach RP et al (2005). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders*, 19:68-83.
- American Psychiatric Association (1981). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). [Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatry on Line*](#).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bateman A, Fonagy P (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156:1563-1569.
- Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG et al (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21:1335-1353.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006a). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006b). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005652.
- Biskin R, Paris J, Renaud J et al. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Canadian Academic Child Adolescent Psychiatry*, 20:168-174.
- Blum N, Pföhl B, John DS et al (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43:301-310.
- Blum N, St John D, Pföhl B et al (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. *American Journal of Psychiatry*, 165:468-478.
- Bondurant H, Greenfield B, Tse T (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Canadian Child Adolescent Psychiatry Review*, 13:53-57.
- Bradley R, Jenei J, Westen D (2005). Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193: 24-31.
- Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R et al (in press). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*.
- Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2001a). [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients]. *Encephale*, 27:120-127.
- Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2002). [Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents]. *Encephale*, 28:520-524.
- Chabrol H, Montovany A, Chouicha K et al (2001b). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46:847-849.
- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK et al (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193:477-484.
- Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164:922-928.
- Crawford TN, Cohen PR, Chen H et al (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21:1013-1030.

- Deschamps PK, Vreugdenhil C (2008). [Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50:33-41.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and Psychopathology*, 17:1007-1030.
- Furnham A, Milner R, Akhtar R et al (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology* 5:1646-1686.
- Gerull F, Meares R, Stevenson J et al (2008). The beneficial effect on family life in treating borderline personality. *Psychiatry*, 71: 59-70.
- Gicquel L, Pham-Scottet A, Robin M et al (2011). [Etats limites à l'adolescence: diagnostic et clinique]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59:316-322.
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P et al (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63:649-658.
- Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160:2018-2024.
- Goodman M, Patil U, Steffel L et al (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16:155-163.
- Grant B, Harford T, Dawson D et al (1995). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 39:37-44.
- Gross R, Olfson M, Gameroff M et al. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162:53-60.
- Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V et al (2008). [Attachment process between an infant and his/her mother: the first year]. *Archives de Pédiatrie*, 15 (sup 1):S12-S19.
- Gunderson JG (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hobson RP, Patrick M, Crandell L et al (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17:329-347.
- Hobson RP, Patrick M, Hobson JA et al (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195:325-330.
- Hoffman PD, Fruzzetti A, Buteau E et al (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44:217-225.
- Hylter SE, Rieder RO, Williams JB et al (1989). A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30:170-178.
- Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ (2011). Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31:489-496.
- Kernberg OF, Michels R (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166:505-508.
- Korzekwa MI, Dell PF, Links PS et al (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49:380-386.
- Leischsenring F, Leibing E (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160:1223-1232.
- Leischsenring F, Leibing E, Kruse J et al (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377:74-84.
- Leung SW, Leung F (2009). Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 23:494-513.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48:1060-1064.
- Livesley WJ (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55:941-948.
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A et al (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51:215-224.
- Maffei C (2006). Personality disorders in Europe and USA: same diagnosis, different sights. In: VIIth European ISSPD Congress, June, Prague.
- McClellan J, Hamilton JD (2006). An evidence-based approach to an adolescent with emotional and behavioral dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:489-493.

- McMain S (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (sup):103S-114S.
- Mercer D (2007). Medications in the treatment of borderline personality disorder 2006. *Current Psychiatry Report*, 9:53-62.
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28:969-981.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management* [Online]. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedialive/12125/42900/42900.pdf>
- Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR et al (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41:598-605.
- Nose M, Cipriani A, Bianscosino B et al (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 21:345-353.
- O'Loughlin RE, Duberstein PR, Veazie PJ et al (2011). Role of the gender-linked norm of toughness in the decision to engage in treatment for depression. *Psychiatric Services*, 62:740-746.
- Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53:738-742.
- Pascual JC, Malagon A, Corcoles D et al. (2008). Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *British Journal of Psychiatry*, 193:471-476.
- Pföhl B, Blum H, Zimmerman EA (1995). *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV)*. Iowa city: Department of Psychiatry, University of Iowa.
- Renou S, Hergueta T, Flament M et al (2004). [Structured diagnostic interviews in child and adolescent psychiatry]. *Encephale*, 30:122-134.
- Rinne T, Ingenhoven NT (2007). *Pharmacotherapy of Severe Personality Disorders: A Critical Review*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rossier J, Rigozzi C (2008). Personality disorders and the five-factor model among French speakers in Africa and Europe. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:534-544.
- Ryle A (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18:3-35.
- Ryle A, Beard H (1993). The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66:249-258.
- Sansone RA, Sansone LA, Wiederman MW (1996). Borderline personality disorder and health care utilization in a primary care setting. *Southern Medical Journal*, 89:1162-1165.
- Sansone RA, Gentile J, Markert R (2000a). Drug allergies among patients with borderline personality symptomatology. *General Hospital Psychiatry*, 22:289-290.
- Sansone RA, Songer DA, Gaither GA (2000b). Medically self-harming behavior and its relationship to borderline personality among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188:384-386.
- Sansone RA, Whitecar P, Meier BP et al (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23:193-197.
- Shea MT, Stout R, Gunderson J et al (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159:2036-2041.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH et al (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159:276-283.
- Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S et al (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11:158.
- Stangl D, Pföhl B, Zimmerman M et al (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 42:591-596.
- Steele H, Siever L (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene-environment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 12:61-67.
- Stoffers J, Vollm BA, Rucker G et al (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.
- Swartz MBD, George L, Winfiel I (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4:257-272.
- Torgersen S (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58:590-596.
- Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A et al (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Journal of Psychiatry*, 22:354-361.

- Wong HM, Leung HC, Chow LY et al (2010). Prevalence of borderline personality disorder and its clinical correlates in Chinese patients with recent deliberate self-harm. *Journal of Personality Disorders*, 24:800-811.
- World Health Organization (2000). *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.
- Young JE (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147:161-167.
- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154:1101-1116.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo E et al (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155:1733-1739. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39 :296-302.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2003a). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:274-283.
- Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA et al (2003b). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17:568-573.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19:19-29.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163:827-832.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164:929-935.
- Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162:867-875.
-