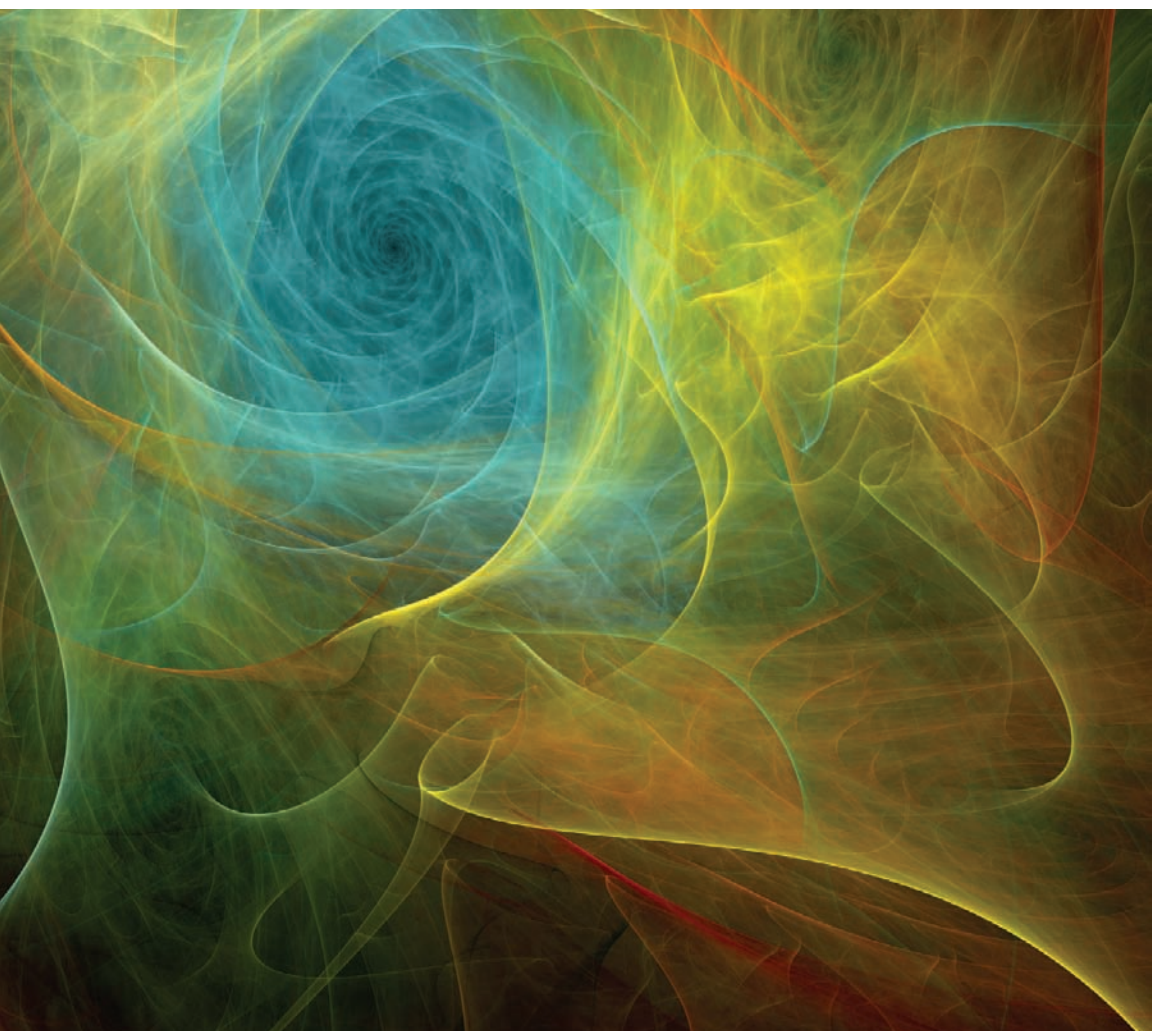


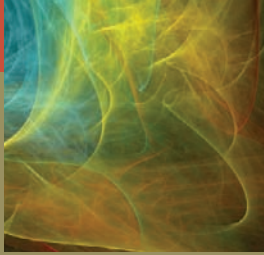
Trastorno Límite de la Personalidad



Instituto Nacional de la Salud Mental

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Institutos Nacionales de la Salud



Contenido

¿Qué es el trastorno límite de la personalidad? _____	1
¿Cuáles son los síntomas del trastorno límite de la personalidad? _____	2
Suicidio y automutilación _____	3
¿Cuándo comienza el trastorno límite de la personalidad? _____	4
¿Qué enfermedades coexisten generalmente con el trastorno límite de la personalidad? _____	4
¿Cuáles son los factores de riesgo del trastorno límite de la personalidad? _____	5
¿Cómo se diagnostica el trastorno límite de la personalidad? _____	6
¿Qué estudios se están realizando para mejorar el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad? _____	7
¿Cómo se trata el trastorno límite de la personalidad? _____	7
Psicoterapia _____	8
Medicamentos _____	10
Otros tratamientos _____	10
¿Cómo puedo ayudar a un amigo o familiar que sufre del trastorno límite de la personalidad? _____	11
¿Cómo puedo ayudarme si padezco del trastorno límite de la personalidad? _____	12
¿En dónde puedo buscar ayuda? _____	12
¿Qué ocurre si yo, o alguien que conozco, esta en crisis? _____	13
Referencias _____	14
Para más información sobre el trastorno límite de la personalidad _____	17

¿Qué es el trastorno límite de la personalidad?

El trastorno límite de la personalidad es una enfermedad mental grave que se distingue por los estados de ánimo, comportamiento y relaciones inestables. En 1980, el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera edición* (DSM III por sus siglas en inglés) enumeró por primera vez al trastorno límite de la personalidad como una enfermedad diagnosticable. La mayoría de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental utilizan el DSM para diagnosticar las enfermedades mentales.

Como algunas personas con el trastorno límite de la personalidad sufren de episodios psicóticos breves, originalmente los expertos pensaban que esta enfermedad era una versión atípica, o límite, de otros trastornos mentales.¹ Aunque los expertos de la salud mental coinciden en que el nombre “trastorno límite de la personalidad” está mal interpretado, y todavía no existe un término más preciso.



La mayoría de las personas con el trastorno límite de la personalidad sufren de:

- Problemas para regular las emociones y pensamientos
- Comportamiento impulsivo e imprudente
- Relaciones inestables con otras personas

Las personas con este trastorno también tienen tasas altas de trastornos concurrentes, como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la alimentación, así como la automutilación, los comportamientos suicidas o suicidios.

Según los datos de un subconjunto de participantes de una encuesta nacional sobre trastornos mentales, aproximadamente el 1,6 por ciento de adultos en los Estados Unidos sufren del trastorno límite de la personalidad en un año.²

Con frecuencia, el trastorno límite de la personalidad se considera difícil de tratar. Sin embargo, investigaciones recientes muestran que el trastorno límite de la personalidad puede tratarse con eficacia y que muchas personas con esta enfermedad mejoran con el tiempo.^{1,3,4}

¿Cuáles son los síntomas del trastorno límite de la personalidad?

Según el DSM, Cuarta Edición, Texto revisado (DSM-IV-TR), para recibir un diagnóstico del trastorno límite de la personalidad, una persona debe demostrar un patrón duradero de comportamiento que incluya, al menos, cinco de los siguientes síntomas:



- Reacciones extremas, como pánico, depresión, ira o acciones frenéticas, incluyendo abandono real o percibido
- Un patrón de relaciones intensas y tempestuosas con la familia, amigos y seres queridos, que en general cambia entre la cercanía extrema y amor extremo (idealización) a una aversión o ira extremas (devaluación)
- Imagen propia o autoestima distorsionada e inestable, que pueden causar cambios repentinos en los sentimientos, opiniones, valores o planes y objetivos para el futuro (como las elecciones de estudios o carrera)
- Comportamientos impulsivos y con frecuencia peligrosos, como comprar a lo loco, sexo sin protección, abusar de sustancias, conducir de forma imprudente y darse atracones de comida
- Comportamientos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación, como cortarse
- Ánimos intensos y muy cambiables, con episodios que duran desde unas pocas horas hasta varios días
- Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento
- Ira inadecuada e intensa o problemas para controlar la ira
- Pensamientos paranoicos relacionados con el estrés o síntomas severos de disociación, como sentirse separado de uno mismo, observarse desde fuera del cuerpo o perder contacto con la realidad

Eventos aparentemente mundanos pueden activar síntomas. Por ejemplo, las personas con el trastorno límite de la personalidad pueden sentirse enojadas o afligidas por separaciones menores, como vacaciones, viajes de negocios o cambios repentinos de planes, de personas que sienten cercanas. Los estudios demuestran que las personas con este trastorno pueden ver ira en un rostro que no muestra emociones⁵ y que tienen una reacción más fuerte a palabras con significado negativo que las personas que no padecen el trastorno.⁶

Suicidio y automutilación

La conducta autolesiva incluye suicidio o intentos de suicidio, así como las conductas autodestructivas que se describen a continuación. Al menos el 80 por ciento de personas con el trastorno límite de la personalidad tienen comportamientos suicidas⁷ y aproximadamente entre un 4 y un 9 por ciento se suicidan.^{4,7}

El suicidio es uno de los resultados más trágicos de cualquier enfermedad mental. Algunos tratamientos pueden ayudar a reducir el comportamiento suicida de las personas con el trastorno límite de la personalidad. Por ejemplo, un estudio demostró que la terapia dialéctico-conductual (TDC) reduce los intentos de suicidio en las mujeres a la mitad en comparación con otros tipos de psicoterapia o terapia de diálogo. La TDC también reduce el uso de la sala de emergencias y de servicios de hospitalización, así como retiene una mayor cantidad de participantes en la terapia, en comparación con otros enfoques del tratamiento.⁷ Para más información sobre la TDC, consulte la sección “¿Cómo se trata el trastorno límite de la personalidad?”

A diferencia de los intentos suicidas, las conductas autodestructivas no se originan en el deseo de morir. Sin embargo, algunas conductas autodestructivas pueden poner en riesgo la vida. Las conductas autodestructivas vinculadas con el trastorno límite de la personalidad incluyen cortarse, quemarse, calentarse, golpearse la cabeza, tirarse del cabello y otros actos dañinos. Las personas con el trastorno límite de la personalidad pueden tener una conducta autodestructiva para que los ayude a regular sus emociones, para castigarse o para expresar su dolor.⁸ No siempre perciben estos comportamientos como perjudiciales.

¿Cuándo comienza el trastorno límite de la personalidad?

El trastorno límite de la personalidad generalmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana.^{1,9} Algunos estudios señalan que los primeros síntomas de la enfermedad pueden ocurrir durante la niñez.^{10, 11}

Algunas personas con el trastorno límite de la personalidad padecen síntomas severos y requieren cuidado intensivo, muchas veces con hospitalización. Otros puede que reciban tratamientos ambulatorios sin nunca necesitar hospitalización ni cuidados de emergencia. Algunas personas que padecen de este trastorno pueden mejorar sin ningún tratamiento.¹²

Los estudios señalan que los primeros síntomas pueden ocurrir durante la niñez

¿Qué enfermedades coexisten generalmente con el trastorno límite de la personalidad?

El trastorno límite de la personalidad ocurre generalmente con otras enfermedades. Estos trastornos concurrentes pueden dificultar el diagnóstico y tratamiento del trastorno límite de la personalidad, especialmente si los síntomas de las otras enfermedades coinciden con los síntomas del trastorno límite de la personalidad.

Las mujeres con el trastorno límite de la personalidad son más propensas a tener trastornos concurrentes como, depresión mayor, trastornos de ansiedad o de la alimentación. En el caso de los hombres, el trastorno límite de la personalidad es más probable de coincidir con trastornos como abuso de sustancias y el trastorno de personalidad antisocial.¹³

Según la *National Comorbidity Survey Replication* financiada por el NIMH, hasta el momento en el mayor estudio a nivel nacional sobre trastornos mentales en adultos estadounidenses, aproximadamente el 85 por ciento de las personas con trastorno límite de la personalidad también cumple con los criterios de diagnóstico para otras enfermedades mentales.²

Otras enfermedades que ocurren junto con el TLP incluyen diabetes, presión arterial alta, dolor crónico de la espalda, artritis y fibromialgia.^{14, 15} Estas afecciones están asociadas con la obesidad, que es un efecto secundario común de los medicamentos recetados para tratar el trastorno límite de la personalidad así como otros trastornos mentales. Para más información, consulte la sección “¿Cómo se trata el trastorno límite de la personalidad?”

¿Cuáles son los factores de riesgo del trastorno límite de la personalidad?

La investigación sobre las causas posibles y los factores de riesgo sobre el trastorno límite de la personalidad todavía se encuentra en una etapa muy temprana. Sin embargo, los científicos en general concuerdan en que es probable que estén involucrados factores genéticos y medioambientales.

Los estudios en gemelos con el trastorno límite de la personalidad señalan que la enfermedad tiene un alto componente hereditario.^{16, 17} Otro estudio muestra que la persona puede heredar su temperamento y rasgos específicos de la personalidad, en especial la impulsividad y la agresión.¹⁸ Los científicos están estudiando genes que ayudan a regular las emociones y el control de los impulsos respecto a su posible relación con el trastorno.¹⁹

Es posible que los factores sociales o culturales aumenten el riesgo de padecer el trastorno límite de la personalidad. Por ejemplo, ser parte de una comunidad o cultura en las que las relaciones familiares inestables son comunes puede aumentar el riesgo de que una persona padezca el trastorno.¹ La impulsividad, el mal criterio a la hora de tomar decisiones de estilo de vida y otras consecuencias del TLP pueden llevar a los individuos a situaciones de riesgo. Los adultos con el trastorno límite de la personalidad son mucho más propensos a ser las víctimas de violencia, incluyendo violación y otros delitos.

¿Cómo se diagnostica el trastorno límite de la personalidad?

Lamentablemente, el trastorno límite de la personalidad muchas veces se diagnostica de forma incorrecta o a menos personas que las que lo padecen.^{20, 21}

Un profesional de la salud mental con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, como un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico o enfermera especialista en psiquiatría, puede detectar el trastorno límite de la personalidad basándose una entrevista exhaustiva y una charla sobre los síntomas. Un examen médico completo y exhaustivo puede ayudar a descartar otras posibles causas de los síntomas.



Es posible que el profesional en la salud mental realice preguntas sobre los síntomas y los historiales médicos tanto del paciente como de la familia, incluyendo cualquier historial de enfermedades mentales. Esta información puede ayudar al profesional de salud mental a decidir cuál es el mejor tratamiento. Como, en algunos casos, las enfermedades mentales concurrentes pueden tener síntomas que coinciden con el trastorno límite de la personalidad, lo que hace difícil distinguir el trastorno límite de la personalidad de otras enfermedades mentales. Por ejemplo, una persona puede describir sentimientos de depresión pero podría no mencionar otros síntomas al profesional de la salud mental.

Ningún examen por sí solo puede diagnosticar el trastorno límite de la personalidad. Científicos financiados por el NIMH están buscando formas de mejorar el diagnóstico de este trastorno. Un estudio determinó que los adultos con el trastorno límite de la personalidad demostraron reacciones emocionales excesivas al leer palabras con significado desagradable en comparación con personas sanas. Las personas con un trastorno límite de la personalidad más severo demostraron una respuesta emocional más intensa que aquellos que sufren de un trastorno límite de la personalidad menos severo.⁶

¿Qué estudios se están realizando para mejorar el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad?

Estudios recientes de neuroimagen muestran diferencias en la estructura y la función cerebrales entre las personas con el trastorno límite de la personalidad y aquellas que no padecen esta enfermedad.^{22, 23} Algunas investigaciones sugieren que las áreas del cerebro involucradas en las respuestas emocionales se vuelven hiperactivas en personas con el trastorno límite de la personalidad cuando realizan tareas que perciben como negativas.²⁴ Personas con el trastorno también muestran menos actividad en áreas del cerebro que ayudan a controlar las emociones, los impulsos agresivos y permiten a la persona entender el contexto de una situación. Estos hallazgos podrían ayudar a explicar la característica de los estados de ánimo inestables y muchas veces explosivos propios del trastorno límite de la personalidad.^{19, 25}

Otro estudio demostró que, al mirar imágenes emocionalmente negativas, las personas con el trastorno límite de la personalidad utilizaron áreas del cerebro diferentes a las personas sin el trastorno. Aquellos con la enfermedad tendieron a utilizar las áreas del cerebro relacionadas con las acciones reflexivas y de alerta, lo que podría explicar la tendencia a actuar de forma impulsiva cuando se sienten emocionales.²⁶

Estos hallazgos podrían informar esfuerzos para desarrollar exámenes específicos para diagnosticar el trastorno límite de la personalidad.⁶

¿Cómo se trata el trastorno límite de la personalidad?

El trastorno límite de la personalidad puede tratarse con psicoterapia o terapia de diálogo. En algunos casos, un profesional de la salud mental podría también recomendar medicamentos para tratar síntomas específicos. Cuando una persona recibe cuidados de más de un profesional, es fundamental que los profesionales coordinen entre sí el plan de tratamiento.



Los tratamientos descritos a continuación son solo algunas de las opciones que pueden estar disponibles para una persona con el trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, la investigación sobre los tratamientos todavía se encuentra en una etapa temprana. Se necesitan más estudios para determinar la efectividad de estos tratamientos, a quién beneficiarían más y cuál es la mejor forma de administrarlos.

Psicoterapia

La psicoterapia es, en general, el primer tratamiento para personas con el trastorno límite de la personalidad. Investigaciones recientes sugieren que la psicoterapia puede aliviar algunos síntomas, pero se requieren otros estudios para entender mejor cuán bien funciona la psicoterapia.²⁷

Es importante que las personas en terapia se lleven bien y confíen en su terapeuta. La naturaleza misma del trastorno límite de la personalidad puede dificultar que las personas con este trastorno mantengan este tipo de vínculo con su terapeuta.

Los tipos de psicoterapia que se utilizan para tratar el trastorno límite de la personalidad incluyen los siguientes:²⁸

- 1. Terapia cognitiva-conductual (TCC).** La TCC puede ayudar a las personas con el trastorno límite de la personalidad a identificar y cambiar creencias fundamentales y/o los comportamientos subyacentes a la percepción poco precisa de sí mismos y de otros, así como los problemas de la interacción con los demás. La TCC puede ayudar a reducir los síntomas de cambios de estado de ánimo y de ansiedad, así como reducir el número de comportamientos suicidas o de conductas autodestructivas.²⁹
- 2. Terapia de dialéctico-conductual (TDC).** Este tipo de terapia se enfoca en el concepto de conciencia plena o de reconocer y estar atento a la situación actual.¹ La TDC enseña habilidades para controlar las emociones intensas, reduce los comportamientos autodestructivos y mejora las relaciones. La diferencia de esta terapia en comparación con la TCC es que busca un equilibrio entre el cambio y la aceptación de las creencias y comportamientos.³⁰
- 3. Terapia centrada en esquemas.** Este tipo de terapia combina los elementos de la TCC con otras formas de psicoterapia que se enfocan en reformular los esquemas o la forma en que las personas se ven a sí mismas. Este enfoque se basa en la idea de que el trastorno límite de la personalidad se deriva de una imagen propia disfuncional, posiblemente causada por experiencias negativas durante la niñez, que afecta la forma en que las personas reaccionan a su entorno, interactúan con otros y se sobrellevan a los problemas o lidian con el estrés.³¹

La terapia puede ser personal, entre el paciente y el terapeuta, o en grupo. Las sesiones en grupo lideradas por un terapeuta pueden enseñar a las personas con el trastorno límite de la personalidad a interactuar con otros y a expresarse de forma eficaz.

Un tipo de terapia de grupo, *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), está diseñada como un tratamiento relativamente breve, que consiste en 20 sesiones de dos horas lideradas por un trabajador social con experiencia. Científicos que están financiados por el NIMH informaron que STEPPS, cuando se utiliza junto con otro tipo de tratamiento (medicamentos o psicoterapia individual), puede ayudar a reducir los síntomas y conductas problemáticas del trastorno límite de la personalidad, aliviar los síntomas de la depresión y mejorar la calidad de vida.³² La efectividad de este tipo de terapia no se ha estudiado exhaustivamente.

Las familias de las personas con el trastorno límite de la personalidad también pueden beneficiarse de la terapia. Los desafíos de tratar con un familiar enfermo a diario pueden ser muy estresantes y es posible que los miembros de la familia estén actuando, sin saberlo, de formas que empeoran los síntomas del familiar.

Algunas terapias, como la capacitación de habilidades para los familiares, incluyen a los familiares en las sesiones del tratamiento. Estos tipos de programas ayudan a la familia a desarrollar habilidades para comprender y respaldar mejor al familiar con el trastorno límite de la personalidad. Otras terapias, como Family Connections, se enfocan en las necesidades de los miembros de la familia. Se necesitan más investigaciones para determinar la eficacia de la terapia familiar en el trastorno límite de la personalidad. Estudios de otras enfermedades mentales sugieren que incluir a los familiares puede ayudar en el tratamiento de la persona.³³

Otros tipos de terapia que no están enumerados en este folleto pueden ser útiles para algunas personas con el trastorno límite de la personalidad. Los terapeutas adaptan con frecuencia la psicoterapia a las necesidades de la persona. Los terapeutas pueden cambiar entre un tipo de terapia y otro, mezclar técnicas de diferentes terapias o utilizar una terapia combinada. Para más información, consulte la sección de psicoterapia del sitio web del NIMH en <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies/index.shtml> (solo en inglés).

Algunos síntomas del trastorno límite de la personalidad pueden aparecer y desaparecer, pero los síntomas principales del estado de ánimo muy cambiantes, la ira intensa y la impulsividad suelen ser más persistentes.³⁴ Las personas cuyos síntomas mejoran pueden continuar enfrentándose a trastornos concurrentes, como



la depresión o el trastorno de estrés postraumático.⁴ Sin embargo, investigaciones prometedoras sugieren que la recaída o recurrencia de los síntomas completamente desarrollados después de la remisión es poco frecuente. En un estudio, el 6 por ciento de las personas con el trastorno límite de la personalidad sufrieron una recaída después de la remisión.⁴

Medicamentos

La Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. no ha aprobado ningún medicamento para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Solo algunos estudios demuestran que medicamentos son necesarios o eficaces para personas con esta enfermedad.³⁵ Sin embargo, muchas personas con el trastorno límite de la personalidad son tratadas con medicamentos en conjunto con la psicoterapia. Aunque los medicamentos no curan el TLP, algunos pueden ser útiles para tratar síntomas específicos. Para algunas personas, los medicamentos los ayudan a reducir los síntomas como la ansiedad, la depresión o la agresión. Con frecuencia, las personas reciben diversos medicamentos al mismo tiempo,¹² pero existe poca evidencia de que esta práctica sea necesaria o efectiva.

Los medicamentos pueden causar diversos efectos secundarios en diferentes personas. Las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad deberían conversar con el médico que les receta los medicamentos para saber qué esperar de ese medicamento en particular.

Otros tratamientos

Ácidos grasos Omega-3. Un estudio realizado en 30 mujeres que padecen del trastorno límite de la personalidad demostró que los ácidos grasos omega-3 pueden ayudar a reducir los síntomas de agresión y depresión.³⁶ El tratamiento pareció ser tan bien tolerado como los estabilizadores de estado de ánimo recetados comúnmente y con pocos efectos secundarios. Menos mujeres que tomaron ácidos grasos omega-3 dejaron el estudio en comparación con aquellas que tomaron un placebo (píldora de azúcar).

Con el tratamiento adecuado, muchas personas padecen menos síntomas, o menos severos. Sin embargo, muchos factores afectan el tiempo que toma que los síntomas mejoren, por lo que es importante que las personas con el trastorno límite de la personalidad sean pacientes y recibir el respaldo adecuado durante el tratamiento.



¿Cómo puedo ayudar a un amigo o familiar que sufre del trastorno límite de la personalidad?

Si usted conoce a alguien que sufre del trastorno límite de la personalidad, esto le afecta también a usted. Lo primero y más importante que puede hacer es ayudar a que su amigo o familiar reciba el diagnóstico y tratamiento correctos. Puede que necesite hacer una cita y acompañar a su amigo o familiar a ver al médico. Aliéntelo a permanecer en tratamiento o a buscar otro tratamiento si los síntomas parecen no mejorar con el tratamiento actual.



Para ayudar a un amigo o pariente usted puede:

- Ofrecer apoyo emocional, ser paciente, comprensivo y animarlo; el cambio puede ser difícil y aterrador para personas con el trastorno límite de la personalidad, pero es posible para ellos mejorar con el tiempo
- Aprender sobre los trastornos mentales, incluyendo el trastorno límite de la personalidad, para poder entender lo que está viviendo su amigo o familiar
- Con permiso de su amigo o familiar, converse con el terapeuta de él o ella para aprender sobre las terapias que incluyen a los familiares, como la capacitación de habilidades para los familiares.

Nunca ignore los comentarios sobre la intención o el plan de una persona de lastimarse a sí misma o a otro. Informe dichos comentarios al terapeuta o médico de esa persona. En situaciones de emergencia o que pueden poner en riesgo la vida, puede que se necesite llamar a la policía.

¿Cómo puedo ayudarme si padezco del trastorno límite de la personalidad?

Dar el primer paso para ayudarse a sí mismo puede ser difícil. Es importante entender que, a pesar de que puede tardar un tiempo, usted puede mejorar con el tratamiento.



Para ayudarse:

- Converse con su médico sobre las opciones de tratamiento y siga con el tratamiento
- Intente mantener un horario estable de comidas y de sueño
- Comience a hacer actividades o ejercicios físicos moderados
- Póngase metas realistas
- Divida las tareas grandes en tareas pequeñas, establezca prioridades y haga lo que pueda a medida que pueda
- Intente pasar tiempo con otras personas y confíe su problema a un amigo o familiar
- Informe a otros los eventos o situaciones que pueden activar los síntomas
- Espere que sus síntomas mejoren gradualmente, no de inmediato
- Identifique y busque situaciones, lugares y personas que lo reconforten
- Continúe educándose sobre este trastorno

¿Dónde puedo ir para obtener ayuda?

Si no está seguro de a dónde ir para obtener ayuda, pregúntele a su médico de cabecera. Otras personas que pueden ayudarlo son:

- Profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o consejeros de la salud mental
- Organizaciones del cuidado de la salud
- Centros comunitarios de la salud mental

- Departamentos de psiquiatría de hospitales o clínicas ambulatorias
- Programas de salud mental en universidades o facultades de medicina
- Clínicas ambulatorias de hospitales estatales
- Servicios para la familia, agencias sociales o iglesias
- Grupos de apoyo
- Clínicas e instituciones privadas
- Programas de asistencia para empleados
- Asociaciones médicas y psiquiátricas locales

También puede buscar números de teléfono y direcciones en el directorio telefónico bajo las secciones “salud mental” (mental health), “salud” (health), “servicios sociales” (social services), “líneas de ayuda” (hotlines) o “médicos” (physicians). Los médicos de las salas de emergencias también pueden brindarle ayuda temporal e brindarle información dónde y cómo obtener más ayuda.

¿Qué sucede si yo, o alguien que conozco, esta en crisis?

Si está pensando en lastimarse o conoce a alguien que está pensando en lastimarse:

- Llame a su médico.
- Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital para obtener ayuda inmediata o pida a un amigo o familiar que lo ayude.
- Llame a la línea directa gratuita de la Red Nacional de Prevención del Suicidio, las 24 horas, al 1-888-628-9454; número de teléfono de texto/teletipo: 1-800-799-4TTY (4889) para hablar con un consejero capacitado del centro de crisis de suicidio más cercano a su hogar.
- Si está en crisis, asegúrese de no quedarse solo.
- Si otra persona está en crisis, asegúrese que él o ella no se quede solo.

Referencias

1. Gunderson JG. *A BPD Brief: An Introduction to Borderline Personality Disorder: Diagnosis, Origins, Course, and Treatment*. (ed)^(eds). <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/documents/A%20BPD%20BRIEF%20revised%202006%20WORD%20version%20--%20Jun%202006.pdf>. Accessed on July 30, 2007.
2. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Sep 15;62(6):553–64.
3. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2001 Nov–Dec;42(6):482–7.
4. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Personal Disord*. 2005 Oct;19(5):505–23.
5. Meyer B, Pilkonis PA, Beevers CG. What's in a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. *J Pers Disord*. 2004 Aug;18(4):320–36.
6. Hazlett EA, Speiser LJ, Goodman M, Roy M, Carrizal M, Wynn JK, Williams WC, Romero M, Minzenberg MJ, Siever LJ, New AS. Exaggerated affect-modulated startle during unpleasant stimuli in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2007 Aug 1;62(3):250–5.
7. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):757–66.
8. Kleindienst N, Bohus M, Ludascher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, Chapman AL, Reicherzer M, Stieglitz RD, Schmahl C. Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Mar;196(3):230–6.
9. Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, Germano D, Nistico H, McDougall E, Weinstein C, Clarkson V, McGorry PD. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008 Dec;193(6):477–84.
10. Zerkowicz P, Paris J, Guzder J, Feldman R. Diatheses and stressors in borderline pathology of childhood: the role of neuropsychological risk and trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jan;40(1):100–5.
11. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry*. 2001 Mar–Apr;42(2):144–50.

12. Zanarini MC. *Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder*. (ed)^(eds). Borderline Personality Disorder: Course, Outcomes, Interventions. http://web4.streamhoster.com/video4nea/michigan/02%20Ten%20Year%20Course%20of%20Borderline%20Personality%20Disorder_files/intro.htm. Accessed on March 28, 2008.
13. Tadic A, Wagner S, Hoch J, Baskaya O, von Cube R, Skaletz C, Lieb K, Dahmen N. Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2009;42(4):257–63.
14. Frankenburg FR, Zanarini MC. Obesity and obesity-related illnesses in borderline patients. *J Personal Disord*. 2006 Feb;20(1):71–80.
15. Sansone RA, Hawkins R. Fibromyalgia, borderline personality, and opioid prescription. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Sep–Oct;26(5):415–6.
16. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K, Kringlen E. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000 Nov–Dec;41(6):416–25.
17. Coolidge FL, Thede LL, Jang KL. Heritability of personality disorders in childhood: a preliminary investigation. *J Pers Disord*. 2001 Feb;15(1):33–40.
18. Lynam DR, Widiger TA. Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *J Abnorm Psychol*. 2001 Aug;110(3):401–12.
19. Lis E, Greenfield B, Henry M, Guile JM, Dougherty G. Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *J Psychiatry Neurosci*. 2007 May;32(3):162–73.
20. Ruggero CJ, Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2010 Apr;44(6):405–8.
21. Paris J. The diagnosis of borderline personality disorder: problematic but better than the alternatives. *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Jan–Mar;17(1):41–6.
22. *Emotion-Regulating Circuit Weakened in Borderline Personality Disorder*. (ed)^(eds). <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2008/emotion-regulating-circuit-weakened-in-borderline-personality-disorder.shtml>. Accessed on Oct 10, 2008.
23. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Montague PR. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*. 2008 Aug 8;321(5890):806–10.
24. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009 May;166(5):505–8.
25. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, Brendel G, Pan H, Beutel M, Pavony MT, Epstein J, Lenzenweger MF, Thomas KM, Posner MI, Stern E. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007 Dec;164(12):1832–41.

26. Koenigsberg HW, Siever LJ, Lee H, Pizzarello S, New AS, Goodman M, Cheng H, Flory J, Prohovnik I. Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2009 Jun 30;172(3):192–9.
27. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD005652.
28. Stone MH. Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*. 2006 Feb;5(1):15–20.
29. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, Palmer S. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Personal Disord*. 2006 Oct;20(5):450–65.
30. McMMain S, Pos AE. Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Curr Psychiatry Rep*. 2007 Feb;9(1):46–52.
31. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2006 Apr;62(4):445–58.
32. Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, Arndt S, Black DW. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2008 Apr;165(4):468–78.
33. Hoffman PD, Fruzzetti AE. Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Curr Psychiatry Rep*. 2007 Feb;9(1):68–73.
34. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Zanarini MC, Bender D, Stout RL, Yen S, Pagano M. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):883–9.
35. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD005653.
36. Zanarini MC, Frankenburg FR. omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry*. 2003 Jan;160(1):167–9.

Para más información sobre el Trastorno Límite de la Personalidad

Información y organizaciones sobre el trastorno límite de la personalidad están disponibles mediante MedlinePlus <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish> un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina.

Para mayor información sobre cómo participar en ensayos clínicos del TLP llame al 1-866-615-6464* o al 1-866-415-8051* si usted tiene dificultades auditivas, o visite los siguientes sitios web:

- Reclutamiento de Pacientes para Estudios Conducidos por el NIMH, NIH (<http://patientinfo.nimh.nih.gov> – en inglés)
- Ensayos Clínicos (<http://www.nimh.nih.gov/health/trials/index.shtml> – en inglés)
- ClinicalTrials.gov (<http://www.clinicaltrials.gov> – en inglés)

La información del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) está disponible en varios formatos. Usted puede navegar en el Internet, descargar documentos en PDF, y ordenar folletos impresos por correo. Si quiere obtener publicaciones del NIMH, usted puede ordenar estas por Internet en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>. Si no tiene acceso al Internet, por favor llame al Centro de Información de Recursos del NIMH a los números que aparecen a continuación.

National Institute of Mental Health

Science Writing, Press, and Dissemination Branch

6001 Executive Boulevard

Room 6200, MSC 9663

Bethesda, MD 20892-9663

Teléfono: 301-443-4513 o

1-866-615-NIMH (6464)*

Teléfono de texto/teletipo: 301-443-8431 o

1-866-415-8051*

FAX: 301-443-4279

Correo electrónico: nimhinfo@nih.gov

Sitio web: <http://www.nimh.nih.gov>

*Las llamadas a los números telefónicos que empiezan con 1-866 son gratuitas para quienes viven en los Estados Unidos.

Reimpresiones

Esta publicación es de dominio público y puede ser reproducida o copiada sin permiso del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés). El NIMH le incentiva que reproduzca y use esta publicación en sus esfuerzos dirigidos a mejorar la salud pública. Se agradece el citar al NIMH como fuente. Pero, usar materiales gubernamentales de manera inapropiada puede traer problemas legales o éticos, así que le pedimos usar las siguientes guías:

- El NIMH no respalda ni recomienda ningún producto, proceso, o servicio comercial, y esta publicación no puede ser utilizada para fines publicitarios o de recomendación.
- El NIMH no provee consejos médicos o recomendaciones de tratamiento específicos o remisiones; estos materiales no pueden ser utilizados de manera que indiquen tal tipo de información.
- El NIMH solicita que cuando las organizaciones no federales utilicen esta publicación no la alteren de manera que comprometa la integridad y la “marca comercial”.
- Si agrega logotipos y enlaces de sitios web que no pertenezcan al gobierno federal de algún producto o servicio comercial o servicio o tratamiento médico en específico, estos no pueden tener el aspecto de ser respaldados por NIMH.
- Las fotografías usadas en las publicaciones son de modelos y se utilizan solamente con fines ilustrativos. El uso de algunas fotografías está prohibido.

Si tiene preguntas acerca de estas guías y del uso de las publicaciones del NIMH, por favor contacte al Centro de Información de Recursos del NIMH llamando al 1-866-615-6464 o enviando un correo electrónico a nimhinfo@nih.gov.



National Institute
of Mental Health

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Institutos Nacionales de la Salud
Instituto Nacional de la Salud Mental
Publicación de NIH Núm. SP 13-4928

NIH...Convirtiendo Nuevos Hallazgos en Salud®