

---

## CAPÍTULO 12

### **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

*Andrés Rodríguez Delgado<sup>1</sup>*

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica grave que se caracteriza por un marcado déficit en la regulación emocional, el control de la conducta y la cognición, lo cual se presenta a través de cambios intensos en el ánimo, dificultad en el control de ira y ansiedad, conducta impulsiva de riesgo, alteraciones en la autoimagen e inestabilidad en las relaciones interpersonales (Burke y Stepp, 2012; Sharp y Romero, 2007). Dichas alteraciones pueden variar ampliamente entre las personas que presentan el trastorno y debido a ello, se considera como una patología heterogénea (Fertuck, Makhija y Stanley, 2007). Sin embargo, el TLP es un trastorno mental común y crónico, asociado con altas tasas de suicidio, deterioro grave en el funcionamiento personal, altamente comórbido con otros trastornos mentales y altos costos económicos para la sociedad, debido a la necesidad constante de

---

<sup>1</sup> Médico Cirujano Universidad Autónoma de San Luis Potosí; psiquiatra general Universidad Nacional Autónoma de México; paidopsiquiatra (UNAM). Coordinación de Investigación Científica, Facultad de Medicina (UNAM).

tratamiento y usos de servicios médicos (Oldham, 2006; Skodol, Gunderson, Shea, McGlashan, Morey, Sanislow, Bender, Grilo, Zanarini, Yen, Pagano y Stout, 2005; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, y Leweke, 2011).

Aunque la sintomatología y alteraciones conductuales relacionadas con el TLP típicamente emergen durante la adolescencia, con frecuencia no se diagnostica, lo cual obedece a varias razones, entre las cuales se encuentra la percepción generalizada de que la personalidad es aún inestable o en formación durante este periodo de la vida, y a una dificultad implícita en la diferenciación entre aspectos *normales del desarrollo* y la *conducta característica* del TLP (Sharp, Ha, Michonski, Venta, y Carbone, 2012; Sharp, y Romero, 2007; Sharp y Bleiberg, 2007). Sin embargo, la intervención temprana en el TLP y por tanto, el diagnóstico temprano han cobrado relevancia en la actualidad (Hawes, 2014), ya que puede conducir a un apropiado tratamiento, y de esta manera impactar positivamente en el intenso malestar y disfunción que se asocia con este trastorno (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008).

## **Epidemiología**

Los estudios realizados en adultos han mostrado que el TLP se presenta en el 0.5% a 5.9% de la población general (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011). La mayoría de los estudios epidemiológicos al respecto, de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, no han incluido la investigación al respecto de trastornos de la personalidad. Por tal razón, la prevalencia del TLP en la adolescencia aun es poco claro (Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000). Sin embargo, algunos estudios en adolescentes de 12 a 17 años de edad han mostrado prevalencias similares a las observadas en adultos (Grilo, Becker, Edell, y McGlashan, 2001). Por ejemplo, un estudio realizado en adolescentes de Gran Bretaña mostró una prevalencia del TLP del 3.3% (Zanarini, Frankenburg, Hennen y

Silk, 2003). Otros estudios en adolescentes estudiantes de secundaria, han mostrado prevalencias de hasta 6.6% (Chabrol, Montovany, Duconge, Kallmeyer, Mullet y Leichsenring, 2004). Aunque en algunos estudios realizados en adultos, se han mostrado una predominancia en la presentación del TLP en mujeres, en la actualidad no existe evidencia consistente a ese respecto (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011); y ello también ha sido observado en estudios en adolescentes (Chabrol, Montovany, Duconge, Kallmeyer, Mullet y Leichsenring, 2004). En poblaciones clínicas, se ha observado que hasta el 10% de los adultos que reciben tratamiento psiquiátrico ambulatorio, y entre el 15% y el 25% de las personas que reciben tratamiento intrahospitalario cuentan con el diagnóstico de TLP (Gunderson, 2009). En ese sentido, estudios en mujeres adolescentes hospitalizadas debido a la presencia de trastornos de conducta, han evidenciado cifras ampliamente variables del diagnóstico de TLP, entre el 31% y el 61% (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008).

### **Diagnóstico clínico**

A pesar de que las descripciones clínicas iniciales, utilizando el término de *límite* o *límitrofe*, comenzaron a utilizarse en la literatura psiquiátrica y psicológica desde la década de los 30's del siglo XX, la conceptualización formal del TLP apareció por primera vez en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por las siglas en inglés), tercera edición, en 1980 (APA, 1980; Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008). Sin embargo, dicho manual no permitía realizar el diagnóstico de TLP en adolescentes. En la actualidad, el DSM 5ª edición ha establecido una lista de nueve criterios para la realización del diagnóstico TLP, el cual se efectúa ante la presencia de cinco de ellos. Además, dicho *manual* ha establecido que el inicio de las alteraciones relacionadas con el TLP (síntomas-criterio) a menudo se remonta a la adolescencia, con lo

cual es posible realizar el diagnóstico del trastorno tanto en adultos como en adolescentes, utilizando el mismo sistema de clasificación (APA, 2013).

Los criterios para el diagnóstico pueden ser organizados en cuatro áreas de psicopatología:

1. *Afectiva* (inestabilidad afectiva, ira intensa e inapropiada, y sentimientos crónicos de vacío).
2. *Cognitiva* (ideación paranoide, síntomas disociativos y alteraciones de identidad).
3. *Conductual* (impulsividad, conducta suicida o automutilación).
4. *Interpersonal* (miedo ante el abandono de personas significativas e intensa inestabilidad en las relaciones) (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004).

Las alteraciones en la identidad han sido consideradas como las condiciones psicopatológicas con mayor valor predictivo con respecto al diagnóstico de TLP (Jørgensen, 2010). En ese sentido, se ha concluido que la estabilidad diagnóstica del TLP entre adolescentes y adultos, no difiere marcadamente y en ambos casos es relativamente baja, lo cual implica que una gran proporción de los adolescentes con TLP, dejan de cumplir con los criterios suficientes como para continuar realizando el diagnóstico formal; sin embargo, continua presentando algunas características del trastorno asociadas a dificultades en el funcionamiento (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008).

## IDENTIDAD Y TLP

El establecimiento de la identidad es una de las condiciones más complejas que se deben encarar durante el desarrollo humano (Shaffer y Kipp, 2013). La adolescencia es considerada como un periodo de transición física, social y psicológica entre la niñez y la adultez.

**Tabla 1. Criterios Diagnósticos para el TLP en el DSM-5**

Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y el afecto, así como impulsividad intensa, las cuales comienzan en la adolescencia o las primeras etapas de la adultez. Se encuentran presente en diversos contextos y se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad, inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y el sentido de sí mismo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente peligrosas (por ejemplo: gastos, sexo, drogas, atracones).
5. Conducta, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o automutilación.
6. Inestabilidad afectiva reactividad.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa, y/o dificultad para controlarla.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2013).

Durante la adolescencia se producen cambios neuroanatómicos significativos en regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional, la cognición y la conducta. Así mismo, el entorno social se modifica de manera importante, ya que las relaciones con los pares crecen en importancia y complejidad, lo cual se relaciona con un aumento del sentido de independencia y autonomía de la familia, por un lado; y por el otro, se produce el desarrollo de una mayor capacidad de comprender a los otros y el efecto que uno tiene sobre ellos (Blakemore, 2008; Kernberg, Weiner y Bardenstein, 2000). Todos estos cambios se encuentran en íntima relación con la integración de la identidad, una característica crucial del desarrollo normal de la personalidad (Kernberg, 2006).

De acuerdo con Erik Erikson y diversos teóricos posteriores a él, la identidad normal incluye el establecimiento de roles sociales y un sentido de compromiso en ello, un sentido de sí-mismo uniforme y continuo a través del tiempo, y en las diversas circunstancias que se

presentan, un sentido de concordancia interna y confirmación del rol social propio por parte de la comunidad (Erikson, 1968). Con cierta frecuencia, algunos adolescentes pueden presentar una falta de concordancia entre la manera cómo son percibidos por el ambiente inmediato y la forma cómo se perciben a si mismos, es decir, se produce una falta de confirmación por parte de los otros al respecto de los cambios que se están presentando en su identidad y los roles sociales (Kernberg, 2006). Este proceso dominado como *crisis de identidad* ha sido considerado como un proceso transitorio, que se resuelve en la mayoría de los casos durante la adolescencia tardía (entre los 15 y 18 años de edad). Sin embargo, algunos estudios recientes han mostrado que incluso hacia los 21 años de edad, algunos sujetos aun no presentan una consolidación adecuada en la identidad (Bosma y Kunnen, 2001). Aunque la crisis de la identidad que se presenta durante la adolescencia puede precipitar algunos problemas emocionales y conductuales, en general son limitados y no provocan un deterioro significativo en el funcionamiento de quien lo presenta (Baker, 2009). Contrario a ello, algunos jóvenes pueden mostrar una ausencia o pérdida de la capacidad de autodefinición, lo cual produce una ruptura emocional intensa en el momento de relacionarse con otros, de elegir una ocupación y mostrar compromiso en ello, creando de esta manera un gran necesidad de apoyo psicosocial (Kernberg, 2006). Dicho proceso, denominado como *difusión de identidad*, es una característica central en el TLP, tanto en jóvenes como en adultos, y se manifiesta de diferentes maneras: 1) sensación subjetiva de incoherencia y vacío, 2) dificultad para comprometerse en actividades académicas y laborales, y en roles sociales, 3) tendencia en confundir las emociones, atribuciones y deseos propios con los de las personas con las cuales se relaciona, lo cual a la vez repercute en una incapacidad para relacionarse de manera profunda (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Las investigaciones en este campo han sido escasas y poco concluyentes, debido en parte a la dificultad en el estudio del concepto de identidad. Sin embargo, se ha observado que mientras las

alteraciones en la identidad pueden estar presentes en diversos trastorno de personalidad diferentes al TLP, los sujetos con esta última presentan un mayor grado de alteración en la identidad comparado con sujetos que presentan otro trastorno de personalidad u otro trastorno psiquiátrico (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Así mismo, algunos estudios han mostrado que el grado de alteración en dicha área se encuentra directamente relacionado con el pronóstico de los sujetos con TLP. Además, las personas con alteraciones graves en la identidad y TLP presentan mayores niveles de psicopatología y afectividad negativa (Jørgensen, 2010; Sollberger, Gremaud-Heitz, Riemenschneider, Küchenhoff, Dammann y Walter, 2011).

## **EL TLP DURANTE EL DESARROLLO**

La trayectoria en el desarrollo en el TLP aún es poco clara (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009). Algunos estudios longitudinales han indicado que durante la infancia y adolescencia pueden presentarse ciertos problemas emocionales y conductuales antes de la emergencia del TLP en etapas posteriores de la vida. En ese sentido, la presencia de temperamento difícil medido a través de reportes maternos durante la infancia ha sido asociado con el diagnóstico de TLP durante la adolescencia y la adultez (Carlson, Egeland y Sroufe, 2009). Así mismo, la presencia de alta reactividad emocional y demanda de atención durante la infancia han sido positivamente correlacionados con dicho diagnóstico durante la adolescencia, sin embargo, no es claro si estas asociaciones son mediadas solamente por el efecto del temperamento del niño o por otros factores ambientales como podrían ser el entorno familiar inadecuado (Crawford, Cohen, Chen, Anglin y Ehrensaft, 2009). De igual manera, la presencia de condiciones psiquiátricas caracterizadas por alta impulsividad, y dificultades en la auto-regulación emocional y conductual, como lo son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno

disocial durante la adolescencia han mostrado una fuerte correlación con el diagnóstico de TLP durante la adultez (Burke y Stepp, 2012). Sin embargo, estas observaciones no han sido concluyentes y por tanto, se ha sugerido que la presencia de estos trastornos a una edad temprana podría modificar el curso del desarrollo, sobre todo en aquellos casos en donde no se presenta un adecuado tratamiento, y no necesariamente representan un precursor directo (Chanen y McCutcheon, 2013; Carlson, Egeland y Sroufe, 2009).

La conducta suicida y autolesiva es una de las características más importantes en el TLP. Estudios retrospectivos en adultos con TLP han mostrado que en 30% de los casos dicha conducta inicio en algún momento durante la infancia y en otro 30% durante la adolescencia (Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, Jager-Hyman, Hennen y Gunderson, 2006). De hecho, se ha observado que en adolescentes con tratamiento intrahospitalario debido a una conducta de auto-daño, sobre todo en los casos en donde dicha conducta es recurrente y en combinación con intentos de suicidio, el diagnóstico que se realiza con mayor frecuencia es el de TLP (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006).

### **Factores asociados**

El TLP es considerado una condición psiquiátrica compleja y por tanto, no existe evidencia sólida al respecto de que un solo factor predisponga o precipite su aparición (Sharp, Ha, Michonski, Venta y Carbone, 2012). En la concepción actual del TLP se considera que diversos factores biológicos y psicosociales confluyen para su presentación (Skodol, Gunderson, Shea, McGlashan, Morey, Sanislow, Bender, Grilo, Zanarini, Yen, Pagano y Stout, 2005).

- a) *Genéticos.* Aunque existe evidencia que respalda la importancia de los factores genéticos en la aparición del TLP, no se ha identificado la existencia de un gen causante específico (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004). Estudios



en gemelos han mostrado que el TLP presenta una heredabilidad del 0.65 al 0.75. Por tanto, la evidencia científica apoya la noción de que el TLP se presenta ante la interacción entre diversos factores genéticos y ambientales, es decir, que los individuos con cierta vulnerabilidad genética tienen mayor riesgo para presentar el trastorno ante la presencia de un ambiente predisponente (Distel, Middeldorp, Trull, Derom, Willemsen y Boomsma, 2011; Chanen y McCutcheon, 2013).

b) *Neurobiológicos*. Estudios con imágenes cerebrales han demostrado la existencia de una disminución en el volumen de diversas áreas como lo son la amígdala, hipocampo, corteza cingular anterior derecha y corteza orbitofrontal (COF) izquierda en personas con TLP (Tebartzvan, Hesslinger, Thiel, Geiger, Haegele, Lemieux, Lieb, Bohus, Henning y Ebert, 2003). Otros estudios han mostrado la presencia de alteraciones funcionales en corteza ventromedial y COF, así como un incremento en la actividad de la amígdala ante estímulos negativos. De igual manera, se han observado alteraciones en la conectividad entre las estructuras orbitofrontales y la amígdala en sujetos con TLP. Dichos hallazgos han contribuido al establecimiento de las bases neurobiológicas del TLP, las cuales se han definido en términos de una disfunción en el *sistema cortico-límbico*, el cual tiene una amplia relevancia en la regulación afectiva (Silbersweig, Clarkin, Goldstein, Kernberg, Tuescher, Levy, Brendel, Pan, Beutel, Pavony, Epstein, Lenzenweger, Thomas, Posner y Stern, 2007; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004; New, Hazlett, Buchsbaum, Goodman, Mitelman, Newmark, Trisdorfer, Haznedar, Koeningsberg, Flory y Siever, 2007).

c) *Medioambientales*. Las personas con TLP reportan el antecedente de diversos eventos negativos durante la niñez e incluso, en mayor medida que las personas con algún otro trastorno de personalidad (Zanarini, Yong y Frankenburg, 2002). Diversos estudios han indicado la presencia de altas tasas de abuso

físico y sexual, así como negligencia de los padres durante la infancia asociados con el TLP. Estudios retrospectivos en sujetos con TLP bajo tratamiento intrahospitalario han evidenciado que entre el 40% y el 71% presentan el antecedente de abuso sexual durante la niñez. Sin embargo, ello no significa que el hecho aislado de haber sufrido abuso sexual durante la infancia cause el TLP (Sharp y Romero, 2007). Debido a que en la actualidad, no se ha identificado una asociación determinante entre las experiencias adversas tempranas y el desarrollo de psicopatología en la adultez con respecto al TLP, el modelo de interacción gen-ambiente ha sido el más aceptado en la explicación etiológica de dicho trastorno (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004).

## CONCLUSIÓN

La importancia del reconocimiento temprano del TLP es actualmente reconocido. Existe considerable evidencia al respecto de que el diagnóstico de esta entidad psiquiátrica en la adultez es precedido por síntomas afectivos y problemas conductuales, así como alteraciones en el desarrollo psicológico durante la adolescencia por lo que realizar el diagnóstico de manera temprana e intervenir en las factores asociados con el TLP pueden impactar de manera decisiva en las posibilidades de recibir un tratamiento adecuado, y de esta manera intentar modificar la trayectoria de esta condición.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3a ed.) (DSM III). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5a ed.). (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baker, K. (2009). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 19, 73-78.
- Blakemore, S. J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature reviews neuroscience*, 9, 267-277.
- Bosma, H. A., y Kunnen, E. S. (2001). Determinants and Mechanisms in Ego Identity Development: A Review and Synthesis. *Developmental Review*, 21, 39-66.
- Burke, J.D., y Stepp, S.D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol*; 40 (1), 35-44.
- Carlson, E.A., Egeland, B., y Sroufe, L.A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol*; 21, 1311-34.
- Chabrol, H., Montovany, A., Duconge, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., y Leichsenring, F. (2004). Factor structure of the borderline personality inventory in adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 59-65.
- Chanen, A. M., y McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (s54), s24-s29.
- Clarkin, J.F., y Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology*; 38: 56-63.
- Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H., Anglin, D. M., y Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1013-1030.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135 (3), 495.
- Distel, M.A., Middeldorp, C.M., Trull, T. J., Derom, C. A., Willemsen, G., Boomsma, D. I. (2011). Life events and borderline personality features: the influence of gene– environment interaction and gene–environment correlation. *Psychol Med*; 41, 849-60.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York, WW Norton.
- Fertuck, E. A., Makhija, N., y Stanley, B. S. (2007). The nature of suicidality in borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 14 (12): 40-47.
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Edell, W. S., y McGlashan, T. H. (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 364-368.

- Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*; 166: 530–39.
- Hawes, D. J. (2014). Does the concept of borderline personality features have clinical utility in childhood? *Current Opinion in Psychiatry*, 27 (1), 87-93.
- Jørgensen, C.R. (2010). Invited essay: identity and borderline personality disorder. *J Pers Disord*; 24, 344-364.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75 (4), 969-1004.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., y Bardenstein, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377 (9759), 74-84.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., y Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28 (6), 969-981.
- New, A.S., Hazlett, E.A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S.A., Newmark, R., Trisdorfer, R., Haznedar, M. M., Koeningberg, H. W., Flory, J., y Siever, L. J. (2007). Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*; 32, 1629-40.
- Nock, M.K., Joiner, J.T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., y Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*; 144, 65-72.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*.
- Shaffer, D., y Kipp, K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Cengage Learning.
- Sharp, C., y Bleiberg, E. Borderline personality disorder in children and adolescents. In: Martin A, y Volkmar F, editors. *Lewis child and adolescent psychiatry: comprehensive textbook*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 680-91.
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., y Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (6), 765-774.
- Sharp, C., y Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71 (2), 85.
- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., Brendel, G., Pan, H., Beutel, M., Pavony, M., Epstein, J., Lenzenweger,

- M.F., Thomas, K.M., Posner, M.I. y Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12), 1832-1841.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E. y Stout, R. L. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19 (5), 487.
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Küchenhoff, J., Dammann, G., y Walter, M. (2011). Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 45 (1), 15-21.
- Tebartzvan, E., Hesslinger, B., Thiel, T., Geiger, E., Haegele, K., Lemieux, L., Lieb, K., Bohus, M., Henning, J., y Ebert, D. (2003). Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: A volumetric magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry*, 54, 163-171.
- Wilkinson-Ryan, T., y Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4), 528-541.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., y Silk, K. R. (2003). 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, M.C., Frankenburg, F.R., Ridolfi, M.E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., Gunderson, J.G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J Pers Disord*; 20, 9-15.
- Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. E., y Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(6), 381-387.