



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Más Allá del Etiquetado: Repensando el Diagnóstico del Trastorno de la Personalidad
Límite, sus Implicaciones y Nuevas Perspectivas Dimensionales**

Trabajo Final de Grado, Monografía

Estudiante: Valentina Carracedo Silva

Tutora: Prof. Adj. Dra. María Gabriela Fernández Theoduloz

Revisora: Asist. Mag. María Victoria Areosa Martínez

Montevideo, Uruguay

Octubre 2024

Índice

<i>Resumen</i>	2
Introducción.....	3
Trastorno de la Personalidad Límite: definición y características clínicas	4
Epidemiología	8
Surgimiento y evolución del concepto Trastorno de la Personalidad Límite.....	10
Tratamientos e Intervenciones	14
Psicoterapia.....	15
Terapia Dialéctica Conductual (DBT)	16
Terapia de Esquemas (ST)	16
Terapia Basada en la Mentalización (MBT).....	17
Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP).....	18
Psicofarmacología.....	19
Críticas al concepto y diagnóstico categorial del Trastorno de la Personalidad Límite	20
Dificultades Diagnósticas.....	21
Estigma e Impacto en la identidad de los pacientes	25
Propuestas alternativas: el enfoque dimensional	29
El Modelo Híbrido Alternativo del DSM-5	31
El Modelo Alternativo Dimensional del CIE 11	33
Discusión y direcciones futuras sobre los nuevos modelos diagnósticos dimensionales ..	37
Consideraciones Finales	40
Referencias Bibliográficas	43

Resumen

El Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) se caracteriza por una inestabilidad persistente en la autoimagen, los afectos y las relaciones interpersonales, junto con intensa impulsividad. Su prevalencia varía entre 0.7% y 5.9%, (Leichsenring et al., 2024; Soares et al., 2023), siendo más común en mujeres y usuarios de servicios de salud. La psicoterapia se considera el tratamiento de primera línea, aunque cerca del 50% de los pacientes no responden adecuadamente. Su alta prevalencia, la severa discapacidad funcional que ocasiona y los elevados costos sociales asociados, convierten al TLP en un problema de salud pública de creciente trascendencia, aunque su conceptualización y abordaje aún presentan desafíos. A pesar de la esencialidad de contar con un diagnóstico preciso, el modelo categorial vigente presenta limitaciones significativas para el abordaje del TLP por su rigidez, solapamiento, alta variación sintomatológica, pronóstico desfavorable y tendencia a estigmatizar a los pacientes. Como alternativa, han surgido modelos dimensionales que consideran la personalidad en un continuo, lo cual permite una mejor comprensión de las experiencias y el sufrimiento del paciente, así como una mayor utilidad clínica. A pesar de su inclusión en los principales manuales diagnósticos, su adopción en la práctica enfrenta obstáculos debido a la resistencia al cambio y a la falta de formación. Este trabajo busca contribuir al debate sobre la necesidad de actualizar los sistemas diagnósticos, promoviendo enfoques más inclusivos que reflejen mejor la complejidad humana, y resulten en diagnósticos más sólidos, tratamientos más eficientes y una atención de mayor calidad para las personas afectadas.

Palabras claves: trastorno de la personalidad límite, diagnóstico dimensional, utilidad clínica, estigma

Introducción

El Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), definido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2022) como un patrón generalizado, persistente e inflexible de inestabilidad en la autoimagen, los afectos y las relaciones interpersonales, acompañado de una marcada impulsividad, que afecta diversos ámbitos de la vida cotidiana de la persona, es considerado una de las psicopatologías más relevantes de los tiempos actuales. Diversos estudios sitúan su prevalencia global entre el 0.7% y el 5.9%, con tasas más elevadas en países de altos ingresos (Leichsenring et al., 2024; Soares et al., 2023). Estos hallazgos sugieren que factores económicos y sociales característicos de la cultura contemporánea, como la disminución de la cohesión social y el aumento de la desigualdad, podrían estar vinculados al desarrollo de este tipo de trastornos (Fernández-Guerrero, 2017). Además, se observa un predominio del TLP en mujeres, y en ciertos segmentos de la población, como usuarios del sistema de salud (6%), pacientes ambulatorios de salud mental (10%) y pacientes psiquiátricos hospitalizados (20%) (APA, 2022).

Debido a su alta prevalencia, la severa discapacidad funcional que conlleva, la tensión que supone para el sistema de salud y los elevados costos sociales asociados, el TLP constituye un problema de salud pública de creciente trascendencia, demandando cada vez más tiempo y recursos de instituciones y profesionales. Sin embargo, su conceptualización y abordaje adecuado siguen siendo un desafío complejo, tanto desde la investigación como desde la práctica clínica, suscitando controversias y un amplio debate en la comunidad (Leichsenring et al., 2024).

Desde su inclusión en los manuales diagnósticos internacionales, el TLP ha sido objeto de diversas y continuas críticas tanto por parte de profesionales en la materia como de pacientes, quienes subrayan las dificultades inherentes al proceso diagnóstico, las limitaciones para guiar planes de tratamiento adecuados, y el estigma y la discriminación que enfrentan las personas afectadas. A lo largo del tiempo, diferentes investigaciones han revelado las deficiencias del enfoque categorial vigente, que clasifica a los individuos dentro de categorías rígidas y difíciles de modificar, lo que ha demostrado ser insuficiente para captar la complejidad y variabilidad de los síntomas entre los individuos. La ineficacia de los tratamientos farmacológicos, las dificultades de los abordajes psicológicos, el solapamiento de criterios con otras patologías, la alta comorbilidad, la heterogeneidad de la población abarcada bajo una misma etiqueta, y el impacto social y personal del estigma, han generado insatisfacción en el campo.

Ante las limitaciones de los modelos categoriales, han surgido nuevas propuestas dimensionales como alternativas más flexibles y comprensivas. Tanto la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han incorporado estos nuevos modelos en sus manuales diagnósticos: el DSM-5 (en su sección III) y la CIE-11, respectivamente. Los sistemas dimensionales abordan los rasgos de personalidad de manera más matizada, reconociéndose en un continuo en lugar de encasillar a los pacientes en categorías fijas. Este enfoque podría mejorar la comprensión, evaluación y tratamiento del TLP, además de evitar problemas asociados con el etiquetado y la estigmatización.

En este contexto, el presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología tiene como objetivo revisar los distintos enfoques propuestos para el diagnóstico del TLP, poniendo en evidencia los beneficios y críticas señaladas en diversas investigaciones, así como, analizar la viabilidad de las alternativas dimensionales como herramientas diagnósticas más precisas y éticas. De manera específica, se propone: (1) revisar la definición, características y epidemiología del TLP, según su conceptualización actual; (2) realizar un recorrido por el surgimiento y evolución del concepto de TLP; (3) presentar los diferentes tratamientos e intervenciones aplicados en su abordaje clínico; (4) exponer las críticas y limitaciones del modelo diagnóstico categorial vigente; y (5) explorar las nuevas propuestas dimensionales incluidas en el DSM-5 (APA, 2022) y en el CIE-11 (OMS, 2019). Finalmente, en el último capítulo se presentan las conclusiones y consideraciones para la práctica clínica y futuras investigaciones.

En palabras de Coral More (2018), mujer diagnosticada con TLP y conferencista TED:

Es perjudicial afirmar que la disfunción psicológica se debe a una característica inherente del ser; pero también es dañino ignorar las consecuencias únicas y devastadoras del sufrimiento psiquiátrico crónico y generalizado. ¿Cómo conciliamos ambos aspectos? ¿Cómo reconocemos la dificultad de tratar este sufrimiento manteniendo al mismo tiempo la humanidad esencial del paciente? (00:07:45)

Trastorno de la Personalidad Límite: definición y características clínicas

El Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), fue concebido por primera vez como categoría diagnóstica formal en el año 1980, con la publicación de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-3), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Este trastorno forma parte del denominado Grupo B, que incluye además a los trastornos de la personalidad narcisista, antisocial e histriónico. Las personas con estos trastornos con frecuencia se presentan como dramáticas, emocionales y/o erráticas (APA, 2022).

Una característica esencial, y común a todos los trastornos de personalidad, es la rigidez de los rasgos, que se refleja en un repertorio limitado e inflexible de comportamientos y mecanismos de afrontamiento, lo que provoca una disfunción global que afecta múltiples ámbitos de la vida personal. Esta incapacidad del sujeto para adaptarse al medio, es lo que define este tipo de personalidades como anormales o disfuncionales (Azpiroz y Prieto, 2008).

Sobre su desarrollo, se considera que generalmente el TLP comienza al inicio de la edad adulta, aunque se han observado síntomas en adolescentes tan jóvenes como de 12 o 13 años. Tradicionalmente, se pensaba que el trastorno era crónico y tenía un curso sintomático deficiente, disminuyendo su gravedad con el tiempo. Sin embargo, estudios recientes muestran que es común una remisión estable de 1 a 8 años, con una mejora más rápida en los síntomas impulsivos en comparación con los síntomas afectivos, que suelen mermar a un ritmo más lento (APA, 2022).

Para establecer un diagnóstico de TLP, de acuerdo al DSM-5 TR (2022), la persona debe cumplir con 5, o más, de los siguientes criterios:

1. Realizar esfuerzos desesperados para evitar el abandono, ya sea real o imaginario.

La percepción de una separación o rechazo inminente puede desembocar en alteraciones profundas de su autoimagen, emociones, pensamientos y comportamientos. Son personas extremadamente sensibles a las circunstancias del entorno, que suelen reaccionar con ira inapropiada frente a separaciones incluso breves, o cambios menores en los planes. Estos temores se relacionan con su intolerancia a la soledad, y pueden creer que la misma implica que son inherentemente “malos”;

2. Desplegar un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, alternando

de forma repentina y dramática entre los extremos de la idealización y la desvalorización. Pueden empatizar y nutrir a otras personas, pero solo con la perspectiva de que a cambio las mismas estén presentes para satisfacer sus propias necesidades cuando lo solicite. Estos cambios extremos en la percepción de los demás reflejan una desilusión cuando las expectativas sobre el otro no se cumplen, especialmente en cuanto al cuidado o apoyo esperados;

3. Presentar una alteración de la identidad marcada por una autoimagen o sentido de sí mismo inestable y cambiante. Existencia de una imagen propia basada en el

sentimiento de ser malvados, o incluso en la sensación de que no existen en absoluto. Estos sentimientos surgen principalmente en contextos de falta de relaciones significativas y apoyo, y suelen afectar su desempeño en entornos laborales o escolares. Esta inestabilidad en la identidad dificulta la identificación de conductas desadaptativas y puede resultar en la repetición de patrones relacionales conflictivos;

4. **Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismas**, como el abuso de sustancias, la conducción temeraria, el gasto irresponsable, los atracones de comida o el comportamiento sexual imprudente;
5. **Comportamientos suicidas recurrentes** como pensamientos, gestos o amenazas, así como conductas de automutilación. Estos actos autodestructivos suelen ocurrir como respuesta a amenazas de separación, rechazo o frente a la posibilidad de asumir mayores responsabilidades. La automutilación (ej., cortarse o quemarse) puede proporcionar una sensación temporal de alivio al reafirmar la capacidad del individuo de purgar o penar el sentimiento de maldad;
6. **Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad emocional** que se manifiesta en episodios breves de disforia, períodos de ira, intensa irritabilidad, pánico o ansiedad, que suelen durar unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días, e inusualmente se alivian con bienestar duradero. Estos episodios reflejan una sensibilidad y reacción extrema a las tensiones interpersonales;
7. **Sentimientos crónicos de vacío**, que a menudo coexisten con dolorosos sentimientos de soledad. Suelen aburrirse fácilmente, y con frecuencia pueden buscar emociones intensas como estrategia de evasión;
8. **Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar su enojo desmedido**. Esto suele manifestarse en excesivo sarcasmo, aflicción duradera o arrebatos verbales. Una percepción de negligencia o abandono por parte de personas cercanas, con frecuencia es el disparador de estas emociones extremas, y suele ser seguida de sentimientos de culpa o vergüenza, que refuerzan la percepción del sujeto de ser malvado;
9. **Ideación paranoide transitoria o severos síntomas disociativos**, asociados con el estrés extremo. Estos episodios son generalmente breves (minutos u horas), y de una gravedad insuficiente como para justificar un diagnóstico adicional. Los síntomas tienden a ser transitorios, y precipitados en respuesta a un abandono real o percibido, desapareciendo con el regreso del cuidado o apoyo.

Se estima que el 80% de las personas que cumplen con los criterios diagnósticos para el TLP exhiben una combinación de relaciones intensas e inestables con perturbación de la identidad, o bien una combinación de relaciones intensas e inestables con impulsividad e ira inapropiada. (Clarkin et al., 1983). Azpiroz y Prieto (2008) sostienen que las personas con TLP anhelan relaciones estables, pero al mismo tiempo las temen, ya que perciben que estas aumentan su vulnerabilidad. Incapaces de resolver esta contradicción, terminan destruyendo sus vínculos. Aunque buscan apoyo y protección, su dependencia se transforma rápidamente en hostilidad si sienten que no reciben la atención que consideran necesaria. Conciben a las personas y situaciones de manera dicotómica como completamente buenas o malas,

pudiendo cambiar rápidamente la percepción de un extremo al otro, lo que afecta profundamente las relaciones interpersonales. A pesar de esto, su aversión a la soledad es tan intensa que prefieren mantener relaciones conflictivas antes que enfrentarse a estar solas.

Las personas con TLP carecen de una identidad integrada a lo largo del tiempo y en sus diversas interacciones. Su concepto de sí mismos y de los demás es pobremente consolidado, lo que se manifiesta en una autopercepción y conductas contradictorias, percepciones empobrecidas de los otros y una experiencia crónica de vacío. Este malestar subjetivo y la impulsividad las lleva frecuentemente a la autolesión, al consumo de sustancias o a la promiscuidad sexual, comportamientos que les proporcionan alivio de la tensión y reducción de la ansiedad. Además, son incapaces de planificar, experimentan ira intensa y son muy sensibles a las críticas, pudiendo responder de manera violenta ante ellas (Azpiroz y Prieto, 2008).

Adicionalmente, se destaca que las personas con este trastorno a menudo sabotean sus propios logros cuando están cerca de alcanzarlos, tienden a experimentar pérdidas recurrentes de empleo, interrupciones en la educación y problemas con sus vínculos más íntimos. En momentos de gran estrés pueden desarrollar síntomas similares a los psicóticos como alucinaciones o distorsiones de la imagen corporal (APA, 2022).

Más aún, estudios muestran que 3 de cada 4 pacientes con TLP tienen en algún momento de su vida intentos de autoeliminación, y entre el 8% y el 10% terminan cometiendo suicidio (Azpiroz y Prieto, 2008). El intento de suicidio es la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica. Sin embargo, aunque el suicidio es una preocupación significativa con esta población, las muertes prematuras por otras causas como accidentes o enfermedades tienden a ser más frecuentes dadas las conductas autodestructivas que despliegan. (APA, 2022).

Según Beck et al. (2002), en el espacio terapéutico, es común que las personas con TLP experimenten crisis frecuentes, demanden un trato especial por parte del terapeuta y soliciten ajustes de último momento. A menudo, reaccionan de manera inusualmente intensa frente a cambios de horario, fecha o lugar de consulta, y presentan una baja tolerancia al contacto visual directo, al contacto físico o a la proximidad. Además, suelen mostrar una notable ambivalencia respecto a diversas cuestiones, experimentar un miedo o resistencia extrema ante las posibilidades de cambio y malinterpretar regularmente las palabras o gestos del terapeuta. A nivel discursivo, aunque normalmente mantienen conversaciones fluidas, las mismas resultan ser contradictorias y superficiales, tendiendo a cambiar de manera errática de tema (Azpiroz y Prieto, 2008).

Azpiroz y Prieto (2008) sostienen que una personalidad pasa a ser considerada insalubre cuando sus rasgos dificultan la adaptación al entorno y distorsionan la relación del individuo consigo mismo y con los demás. Sin embargo, como ocurre con el resto de los trastornos de

la personalidad, el TLP se encuentra dentro de un continuo, con diferentes grados e intensidades que van desde un nivel muy bajo de funcionamiento hasta un nivel alto y de mejor pronóstico. Es común que las personas con este trastorno exhiban un patrón de problemas erráticos, incongruentes e impredecibles en ciertas áreas de su vida, mientras que se desempeñan con competencia y eficacia en otras. Las personas con TLP no siempre se encuentran en un estado constante de crisis; pueden experimentar largos períodos de estabilidad (Beck et al., 2002).

Diversos estudios indican que la mayoría de las personas con TLP presentan múltiples comorbilidades a lo largo de su vida. Según el DSM-5-TR (2022), entre las psicopatologías concurrentes más comunes se encuentran los trastornos depresivos y bipolares, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por uso de sustancias, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Asimismo, el TLP a menudo coexiste con otros trastornos de la personalidad.

El mismo manual indica que para hacerse un diagnóstico preciso de TLP y un tratamiento adecuado, debe realizarse una diferenciación diagnóstica descartando otras condiciones que podrían tener síntomas similares, incluyendo otros trastornos de personalidad, trastornos depresivos y bipolares, trastorno de ansiedad por separación, trastorno por uso de sustancias, problemas de identidad o cambio de personalidad debido a otra condición médica. Indicando además que no debe establecerse un diagnóstico de TLP basándose únicamente en la presentación transversal, sino que es necesario constatar un patrón de comportamiento de comienzo temprano y curso prolongado. (APA, 2022). En esta misma línea, se recomienda que el diagnóstico de TLP se realice únicamente tras estudiar al paciente a lo largo del tiempo, y en ausencia de crisis, para evitar el sobrediagnóstico y no confundir respuestas desadaptativas al estrés, como la ira o irritabilidad, con los criterios de TLP (Wu et al., 2022).

Finalmente, entre los principales factores de riesgo que incrementan significativamente la probabilidad de desarrollar esta patología, se incluyen tanto factores ambientales como predisposiciones genéticas. Destacan entre estos el haber sufrido abuso infantil y/o negligencia, un historial de abuso sexual, la pérdida temprana de los padres y antecedentes familiares de patologías psiquiátricas severas (APA, 2022).

Epidemiología

A nivel epidemiológico, la revisión sistemática y metaanálisis de Winsper et al. (2020), que incluyó una evaluación de 46 investigaciones de 21 países en 6 continentes, encontró que la prevalencia de los trastornos de la personalidad en general es de 7,8% a nivel global.

El mismo estudio evidenció además que 2,8 personas de cada 100 padecería un trastorno de personalidad del grupo B que, como mencionado en el capítulo anterior, incluye los trastornos límite, histriónico, narcisista y antisocial. Esta tasa es mayor en los países de altos ingresos (3,7%) que en los países de ingresos más bajos (1,5%). Estos hallazgos sugieren que factores económicos y sociales, como la disminución de la cohesión social y el aumento de la desigualdad, podrían estar relacionados con el desarrollo de este tipo de patologías. Sin embargo, los propios autores advierten que estos resultados deben ser interpretados con cautela, debido a la diversidad de criterios diagnósticos empleados en los estudios de distintas naciones, cada una con contextos socioeconómicos y culturales únicos. Podría suponerse además, que otro factor influyente es la disparidad en la calidad de los sistemas de registro de datos existente entre países de altos y bajos ingresos.

Al analizar específicamente la prevalencia del Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), diversas investigaciones sitúan su predominio entre el 0,7% y el 2,7% en la población adulta general. Sin embargo, se observan tasas considerablemente más altas en los distintos niveles de atención de los servicios de salud (Leichsenring et al., 2024). En línea con esto, se afirma en el DSM-5 TR (2022), que el TLP es más frecuente entre los usuarios del sistema de salud (6%), pacientes ambulatorios en clínicas de salud mental (10%) y, aún en mayor medida, entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados (20%).

Por su parte, una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión, realizada por Soares et al. (2023), y publicada por la Asociación Latinoamericana de Psiquiatría, sitúa en el entorno de 5,9% la prevalencia global en población general del TLP, con variaciones significativas según la ubicación y los criterios diagnósticos utilizados en las diferentes investigaciones. Los hallazgos reafirman también un mayor predominio estadísticamente significativo del trastorno en segmentos específicos de la población como los usuarios del sistema hospitalario (tanto ambulatorio como en internación), personas con otros trastornos psiquiátricos y la población carcelaria, donde el predominio de TLP puede llegar a superar hasta en 6 veces el de la población general. Esto sugiere, como el resto de la literatura, que las personas con este trastorno psiquiátrico son usuarios frecuentes de servicios médicos generales, lo que trae como consecuencia un alto costo para el presupuesto público tanto en el corto, como en el largo plazo.

En cuanto a la diferencia en la prevalencia del TLP por sexo, las investigaciones han arrojado resultados contradictorios. Aunque en poblaciones clínicas diagnosticadas se han encontrado tasas significativamente más altas en mujeres que en hombres, con una proporción estimada de 75% a 25%, la misma no se refleja en estudios epidemiológicos recientes, los cuales no reportan una variación significativa entre los subgrupos (Bozzatello et al., 2024). Sin embargo, si se han identificado diferencias de género en la comorbilidad del trastorno: los hombres presentan con mayor frecuencia abuso de sustancias y trastorno de la

personalidad antisocial, mientras que en las mujeres son más comunes los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y el trastorno de estrés postraumático (Soares et al., 2023).

Para finalizar, es importante resaltar que diversos autores destacan la necesidad de ampliar las investigaciones con el objetivo de obtener una mejor comprensión de los factores que intervienen en la variación de las tasas de prevalencia, así como explorar con mayor profundidad el impacto del TLP en la calidad de vida de las personas afectadas y en la sociedad como conjunto.

Surgimiento y evolución del concepto Trastorno de la Personalidad Límite

Los orígenes conceptuales del Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) pueden rastrearse casi cien años antes de su incorporación formal en los manuales diagnósticos, iniciando en 1884, de la mano del psiquiatra y neurólogo estadounidense C. H. Hughes, quien acuñó el término “borderland” para denominar a los pacientes que se consideraban en un campo fronterizo entre la locura y la razón (Londoño, 2015). En un contexto en el cual predominaba un pensamiento dicotómico y excluyente, este concepto hacía referencia a estados mentales difusos que no encajaban claramente en las categorías de patologías mentales definidas.

En línea con esto, el término “borderline” fue utilizado por primera vez en el ámbito clínico en 1938 por el neurólogo y psiquiatra húngaro Adolf Stern, como una categoría que nucleaba a un amplio grupo de personalidades que se encontraban en un área intermedia entre la “neurosis” y la “psicosis”, presentando síntomas graves de ambos estados, pero sin llegar a ubicarse completamente en ninguno de ellos (Espinosa Landaure, 2023). Eran pacientes funcionales, pero extremadamente frágiles. Y aunque no presentaban perturbaciones lo suficientemente graves como para ser diagnosticados con esquizofrenia, en situaciones de estrés mostraban pensamiento desorganizado y síntomas psicóticos (Azpiroz y Prieto, 2008).

Por su parte, Melita Schimberg (1947) resalta que lo más característico de estos pacientes es su “estable inestabilidad”, que afecta de manera global diversos aspectos de su vida (Azpiroz y Prieto, 2008). Se destaca una constante fluctuación entre ciclos de buena adaptación que se ven interrumpidos por períodos de ajuste deficiente (Fernández-Guerrero, 2017), señalando dificultades en la experiencia y el control de las emociones, en la identificación y la empatía, así como en la motivación y el autocontrol. También observa problemas en la manera en que establecen y gestionan vínculos interpersonales, en su disposición para el trabajo, y en su actitud frente a la sociedad y la realidad. Además, menciona limitaciones en su capacidad para experimentar placer, en su vida fantasiosa, sus

ideales, valores y metas, y define sus relaciones objetales como superficiales y frágiles (Azpiroz y Prieto, 2008).

En la década de 1960, desde una perspectiva psicodinámica, Otto Kernberg (1967) introdujo el concepto de "organización fronteriza de la personalidad", una noción más amplia que abarca a un grupo heterogéneo de pacientes con diferentes trastornos de la personalidad, pero con una base común, como ser los trastornos antisocial, narcisista, esquizoide, esquizotípico y paranoide. Esta organización fronteriza se caracteriza por la debilidad del yo, el uso de mecanismos de defensa primitivos (como la escisión, la idealización primitiva, la identificación proyectiva, la negación y la omnipotencia-desvalorización), relaciones objetales problemáticas, baja tolerancia al estrés y dificultades en el control de impulsos. Se diferencia de los cuadros neuróticos en que presenta una alteración significativa de la identidad, lo que impide mantener una cohesión estable a lo largo del tiempo y en distintas situaciones. A su vez, se distingue de los cuadros psicóticos al preservar el juicio de realidad (Azpiroz y Prieto, 2008). El trabajo de Otto Kernberg facilitó que se considerara la estructura de personalidad fronteriza o borderline como entidad discreta y diferenciada tanto de la neurosis como de la psicosis.

A lo largo de las décadas del 70 y 80, John G. Gunderson, Martha Singer y Robert Spitzer continuaron contribuyendo a la legitimación del Trastorno de la Personalidad Límite como síndrome clínico definido y diferenciado de otros trastornos psiquiátricos. Su abordaje centrado en la descripción de la conducta manifiesta de los pacientes permitió la delimitación de síntomas definidos, así como la formulación de criterios diagnósticos que permitieron delimitar un grupo poblacional más pequeño y homogéneo, en comparación a desarrollos anteriores (Fernández-Guerrero, 2017). Dentro de los rasgos comportamentales característicos del Síndrome Borderline, Gunderson y sus colaboradores resaltan la manifestación de patrones de pensamiento casi psicótico, conductas de automutilación, el despliegue de esfuerzos manipulativos suicidas y una marcada preocupación acerca del abandono. Describiendo la presentación de estos pacientes como personas demandantes y pretenciosas que suelen exhibir regresiones terapéuticas y generar importantes dificultades contratransferenciales durante el tratamiento (Azpiroz y Prieto, 2008). Esta propuesta tenía como objetivo impulsar que el TLP reciba la misma atención y consideración en términos de diagnóstico y tratamiento que estos otros trastornos importantes, debido al gran impacto y afectación que suponía para la vida de quienes lo padecían.

En paralelo, durante las décadas comprendidas entre 1960 y 1990, James Millon, desde una perspectiva integracionista basada en la teoría del aprendizaje social, argumenta que la problemática central de los pacientes límite radica en la falta de una identidad coherente, causada por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Debido a esta carencia la persona límite enfrenta dificultades como la escasez de metas

claras, acciones desorganizadas, impulsos descontrolados y ausencia de logros sólidos. En consecuencia, estos individuos desarrollan una mala gestión de emociones y problemas, que resulta en una relación paradójica de dependencia con quienes los rodean, ya que su necesidad de apoyo y seguridad entra en conflicto con su miedo al abandono y su deseo de independencia, generando una búsqueda constante de equilibrio entre estos dos extremos (Beck et al., 2002).

Dada la creciente popularidad del término "borderline", en 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluyó por primera vez el Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) como una entidad psiquiátrica definida en su tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). Esta incorporación supuso su formalización como categoría clínica, otorgándole distinción nosológica y estableciendo criterios específicos para su diagnóstico, entre los que se incluyen: patrones de relaciones interpersonales inestables e intensas (caracterizados por cambios marcados en la actitud, idealización, devaluación y manipulación); impulsividad o imprevisibilidad en al menos dos áreas potencialmente autodestructivas (gasto excesivo, conducta sexual riesgosa, juego, uso de sustancias, actos delictivos, ingesta excesiva o autolesiones); alteraciones en la identidad y una autoimagen inestable; sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento; inestabilidad afectiva (cambios marcados y generalmente de corta duración); ira inapropiada o falta de control sobre la misma; baja tolerancia a la soledad y esfuerzos desesperados por evitarla; y, por último, la presencia de comportamientos autolesivos o conductas de riesgo (APA, 1980).

Este sistema indica que el diagnóstico de TLP aplica a aquellos pacientes que cumplen con cinco o más de los nueve criterios mencionados, lo que supone que pueden estar ausentes características o síntomas considerados esenciales en conceptualizaciones precedentes, de forma que un TLP según el DSM III puede no serlo según los criterios de otros autores como Gunderson o Kernberg (Fernández-Guerrero, 2017).

En años más recientes, profesionales de la rama cognitivo-conductual han comenzado a prestar también mayor atención a esta patología y las problemáticas que la rodean. Aaron Beck (2002), uno de los fundadores de esta corriente teórica, ha abordado el TLP subrayando que los problemas centrales del trastorno están relacionados con la existencia de creencias disfuncionales y patrones de pensamiento negativos, que influyen en la manera en la que los individuos límite perciben el mundo e interpretan los acontecimientos, resultando en el desarrollo de conductas y respuestas emocionales desadaptativas. El autor afirma que existen tres creencias fundamentales que suelen estar presentes en pacientes con este tipo de diagnóstico: "El mundo es peligroso y malo", "Soy impotente y vulnerable" y "Soy intrínsecamente inaceptable". Estos supuestos junto con el sesgo cognitivo de pensamiento dicotómico, llevan a que estas personas se perciban a sí mismas, a quienes los rodean y al mundo en términos extremos ("todo o nada", "bueno o malo"). Esto les provoca una ansiedad

constante, extremo temor al rechazo, severos problemas para regular sus emociones y respuestas conductuales inapropiadas, reforzando y perpetuando así su visión de la vida como hostil, y por tanto su sufrimiento psíquico.

Dentro de la misma línea, John G. Young, cuyo enfoque se centra en la influencia que los vínculos y las experiencias tempranas tienen en el desarrollo de patrones y características la personalidad, postula que durante la niñez pueden desarrollarse esquemas inadaptados tempranos, extremadamente estables y duraderos, que son activados a lo largo de la vida por acontecimientos relacionados a ellos que generan y refuerzan patrones desadaptativos de pensamiento, conducta y respuesta emocional. Así, cada trastorno de la personalidad se relacionaría con la existencia de una cierta combinación de algunos de los 18 esquemas inadaptados tempranos identificados. Young afirma que las personas con TLP habrían desarrollado en promedio 2,5 esquemas inadaptados, lo que explicaría la amplia gama de síntomas presentes y sus fuertes crisis. A su vez, estos esquemas inadaptados deberían ser tomados como aspecto diana en la terapia para tratar a pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite (Beck et al., 2002).

También desde un enfoque cognitivo conductual, Marsha Linehan propone que el aspecto central del TLP es la desregulación emocional y la vacilación del individuo entre tres “dialécticas” (aceptación-cambio, flexibilidad-estructura e independencia-conexión). Esta disfunción sería el resultado de factores fisiológicos (alta sensibilidad emocional) y la interacción con un entorno invalidante que desestima sus emociones e insiste en que la persona mantenga una actitud positiva a pesar del malestar. Como resultado, estos individuos ya propensos a reacciones emocionales desproporcionadas, son enseñados a gestionar las emociones de manera inadecuada, asumiendo una actitud despectiva y punitiva hacia sus propios sentimientos. La autora afirma que esta compleja relación de factores es lo que precipita las reacciones dramáticas y los actos impulsivos de los individuos límite. (Beck et al., 2002). Linehan propone una visión centrada en el comportamiento y presenta un nuevo enfoque terapéutico denominado Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de pacientes diagnosticados con TLP. La DBT combina principios de la teoría cognitivo conductual con enfoques dialécticos y de aceptación, buscando que el paciente logre un equilibrio entre la aceptación de su realidad y la necesidad de cambio. Este enfoque opera a través de diversas técnicas y estrategias en áreas fundamentales, como la regulación emocional, la tolerancia a la angustia y la frustración, el desarrollo de habilidades sociales y la resolución eficaz de problemas (Linehan, 2003).

Para finalizar, en los últimos años se han publicado sucesivas actualizaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; el más reciente es el DSM-5-TR, publicado en el año 2022. En estas revisiones, se fueron ampliando los criterios diagnósticos, hasta llegar a un total de nueve ítems, lo que aumentó la variedad de

combinaciones de síntomas posibles para establecer la presentación de un TLP. El aumento significativo en el interés por el estudio de este trastorno ha estimulado diferentes líneas de investigación científica sobre aspectos como sus posibles bases biológicas, su carácter hereditario y su compleja multideterminada etiología, lo que también ha impulsado el desarrollo de nuevas y diversas opciones terapéuticas que han mejorado las perspectivas pronósticas (Díaz Arrieta et al., 2022).

Sin embargo, la actualización del DSM-5 no ha introducido avances sustanciales en la conceptualización del TLP, por lo que continúan persistiendo los mismos problemas de solapamientos y comorbilidades (Fernández-Guerrero, 2017). Aunque la APA propuso un enfoque dimensional alternativo para los trastornos de personalidad, este fue relegado a la Sección III del manual, debido a la falta de evidencia concluyente en los ensayos de campo realizados entre 2010 y 2012. No obstante, se espera que en futuras ediciones del manual este enfoque híbrido sea trasladado a la Sección II, una vez que nuevos estudios respalden su utilidad diagnóstica (Muñoz y Jaramillo, 2015).

Tratamientos e Intervenciones

Se ha demostrado que las personas con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) tienden a utilizar con mayor frecuencia que el resto de la población los servicios médicos, incluyendo tanto consultas de atención primaria como con especialistas. Existen herramientas de detección, como el Instrumento de Detección de McLean para TLP (MSI-BPD) y la Escala de TLP del Cuestionario Diagnóstico de Personalidad (PDQ-4), aunque en entornos sanitarios el diagnóstico suele basarse en la identificación de una serie de dificultades coexistentes, más que en el uso de estos instrumentos (Wu et al., 2022).

En cuanto al tratamiento, los estudios clínicos han mostrado resultados favorables en la mejora de los síntomas del TLP mediante psicoterapia, tanto general como especializada (Wu et al., 2022). Actualmente solo se recomienda complementar estos abordajes con farmacoterapia para tratar trastornos mentales comórbidos graves y discretos, y para el tratamiento a corto plazo de crisis (Leichsenring et al., 2024).

Se hace esencial además fortalecer los esfuerzos para disminuir el estigma asociado al diagnóstico de TLP, ya que, debido al mismo, las personas afectadas frecuentemente descartan o dilatan la búsqueda de ayuda. Y cuando finalmente lo hacen, a menudo deben enfrentar barreras en diversas áreas de la atención sanitaria, como discriminación y juicios negativos sobre la naturaleza y tratabilidad de su sufrimiento (Leichsenring et al., 2024).

Psicoterapia

La psicoterapia es considerada el tratamiento de primera línea para el TLP, con varios enfoques especializados que han demostrado ser eficaces en ensayos controlados aleatorizados, como la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia de Esquemas (ST), la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) y la Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP). Sin embargo, aún se encuentra bajo debate si algunos pacientes podrían beneficiarse más de un enfoque psicoterapéutico que de otro, o de si se requieren métodos psicoterapéuticos especializados o enfoques más generalistas para el tratamiento del TLP. Es importante además tener en cuenta que casi el 50% de los pacientes con TLP no responden adecuadamente a la psicoterapia, lo que indica claramente la necesidad de más investigaciones en esta área (Leichsenring et al., 2024).

En términos generales, se recomienda evitar formas breves de psicoterapia que duren menos de tres meses, así como favorecer tratamientos que ofrecen claridad, consistencia y continuidad, debido a los problemas con la coherencia del yo y la dificultad para confiar en otros que presentan estos pacientes. (Leichsenring et al., 2024). Además, se recomienda fomentar un ambiente seguro y de confianza en la relación terapéutica, estableciendo límites claros desde el principio (Wu et al., 2022).

También se sugiere brindar psicoeducación al paciente y su entorno sobre el diagnóstico y sus posibles comorbilidades. Discutir el diagnóstico de TLP con el paciente ayuda tanto a validar sus experiencias, como a definir los objetivos del tratamiento. La evidencia indica que las personas valoran la transparencia al abordar sus síntomas y el estigma que pueden enfrentar. Por el contrario, aquellos sujetos con TLP que se enteran que se les ha ocultado información relevante respecto a su diagnóstico tienden a presentar altas tasas de abandono. En busca de reducir el estigma se propone además enfatizar que el TLP refleja estrategias de afrontamiento desadaptativas o poco saludables que se han formado en respuesta a experiencias vividas en el pasado, que en la actualidad ya no resultan adecuadas para resolver sus dificultades, en lugar de enfocarse en problemas con la "personalidad" del individuo (Wu et al., 2022).

Considerando que gran parte de los pacientes con TLP cuentan además con antecedentes de trauma, adoptar un marco de tratamiento que enfoque la sintomatología del TLP como expresiones de trauma interpersonal significativo puede ser beneficioso. En estos casos, se enuncian como principios clave el construir un espacio seguro, fomentar la confianza y respetar la autonomía del paciente, con el objetivo de ofrecer un entorno estable y libre de prejuicios que facilite la adherencia y efectividad del tratamiento. Finalmente, el

enfoque integral para el tratamiento de personas con TLP implica además identificar y abordar trastornos concurrentes, así como brindar recursos al paciente y derivarlo a servicios especializados cuando sea necesario (Wu et al., 2022).

Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT), basada en principios cognitivo-conductuales, fue desarrollada por Marsha M. Linehan a finales de la década de 1980. Según su teoría biosocial, el Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) se entiende como una disfunción del sistema de regulación emocional, y su enfoque dialéctico destaca la importancia tanto de la aceptación como del cambio en el proceso terapéutico (Shearin & Linehan, 1994). Al igual que en la terapia conductual tradicional, la DBT es directiva e intervencionista, validando la angustia emocional del paciente y adoptando una postura realista hacia los comportamientos disfuncionales, considerándolos parte de su repertorio aprendido de resolución de problemas. Este enfoque se centra en el desarrollo de habilidades, la resolución colaborativa de problemas, la clarificación de contingencias y la gestión del comportamiento observable en el presente. Los terapeutas enseñan activamente estrategias de regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y autogestión, utilizando refuerzos directos para fomentar el progreso del paciente (Linehan, 1987).

Tradicionalmente, la DBT consta de cuatro componentes: terapia individual, capacitación en habilidades grupales, entrenamiento telefónico y consultas en equipo. En la terapia individual, el terapeuta principal se enfoca en el comportamiento parasuicida, la resolución de problemas y conductas que afectan la calidad de vida, aplicando habilidades conductuales a la vida diaria y abordando el historial de trauma. Las capacitaciones grupales se centran en temas como el miedo al abandono, la impulsividad y la inestabilidad emocional, organizadas en cuatro módulos: atención plena, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. Además, se incluye el entrenamiento telefónico para momentos de crisis y consultas semanales entre terapeutas para asegurar la fidelidad del tratamiento y mantener la motivación (Leichsenring et al., 2024).

Terapia de Esquemas (ST)

La Terapia de Esquemas (ST), desarrollada en la década de 1980 por el psicólogo Jeffrey Young, integra enfoques cognitivo-conductuales, psicodinámicos, de apego y centrados en las emociones (Kellogg & Young, 2006). Este modelo se orienta a abordar los esquemas disfuncionales característicos del TLP. En este contexto, el término “esquema” se refiere a patrones persistentes y disfuncionales de pensamiento, sentimiento y comportamiento que afectan las percepciones y las respuestas emocionales de los individuos.

Un Esquema Maladaptativo Temprano (EMS) se define como un patrón general disfuncional, desarrollado en la infancia a partir de la interacción entre el temperamento innato del niño y sus primeras experiencias. Los EMS tienden a persistir a lo largo del tiempo, dando lugar a ciclos autodestructivos que impactan la expresión emocional, el apego y la autonomía, así como la autodefinición y las elecciones relacionales de las personas (Greenwald & Young, 1998).

Entre estos EMS destacan cuatro modos principales: el "niño abandonado/abusado," que siente aislamiento y desesperación por encontrar una figura que brinde cuidado; el "niño enojado/impulsivo", que expresa ira ante necesidades emocionales insatisfechas y situaciones de abandono o maltrato; el "protector distanciado", que se desconecta emocionalmente para evitar el dolor; y el "padre punitivo", que representa la internalización de una figura parental abusiva, generando autocrítica intensa y comportamientos autodestructivos. El objetivo final de la ST es reorganizar esta estructura interna y desarrollar un "adulto sano," inicialmente reflejado en el terapeuta y luego internalizado por el paciente (Leichsenring et al., 2024).

Para lograr este objetivo, la ST se fundamenta en cuatro mecanismos de cambio: la reparentalización limitada, donde el terapeuta actúa como una figura de apoyo para satisfacer las necesidades emocionales no atendidas durante la infancia; técnicas de trabajo con imágenes y diálogos experienciales, que ayudan al paciente a procesar experiencias pasadas; psicoeducación y reestructuración cognitiva, que desafían creencias disfuncionales y enfatizan que los pacientes tienen derecho a expresar sus emociones y necesidades; y la ruptura de patrones de comportamiento, mediante entrenamiento en asertividad y gestión de la ira (Kellog & Young, 2006).

Por último, la ST se desarrolla en tres fases: vinculación y regulación emocional, cambio del modo de esquema, y desarrollo de la autonomía. En la primera fase, se busca crear una relación terapéutica que funcione como compensación de las experiencias abusivas o punitivas de la infancia, proporcionando un "entorno de contención" seguro. Luego, se exploran las vivencias pasadas del paciente, activando las necesidades emocionales insatisfechas, lo que permite al terapeuta adoptar un papel de crianza limitada. En la fase final, se transfiere el enfoque hacia el desarrollo de la independencia del paciente, promoviendo relaciones interpersonales saludables y un sentido de identidad más estable (Leichsenring et al., 2024).

Terapia Basada en la Mentalización (MBT)

La Terapia Basada en la Mentalización (MBT), desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy en la década de 1990, se basa en la teoría del apego y la investigación psicoanalítica. Se centra en el concepto de mentalización, entendido como una habilidad

aprendida que nos permite comprender los estados mentales propios y ajenos, incluidos pensamientos, sentimientos y deseos (Sánchez-Quintero & De la Vega, 2013). Los pacientes con TLP presentan déficits en los procesos de mentalización, lo que provoca perturbaciones interpersonales, desregulación afectiva e impulsividad. Estas dificultades pueden abarcar las cuatro dimensiones de la mentalización y, en particular, se observa una tendencia hacia la mentalización automática, que resulta en un funcionamiento reflexivo limitado, especialmente cuando se da un énfasis excesivo en la cognición social orientada hacia el exterior. No obstante, esta falta de mentalización no debe entenderse como un déficit permanente, sino como una vulnerabilidad que surge de la combinación de factores genéticos y experiencias tempranas adversas, como la negligencia y el trauma (Bateman et al., 2023).

En este contexto, el objetivo principal de la MBT es recuperar la capacidad de mentalización del paciente, y evitar aquellas situaciones que puedan socavar la misma (Bateman et al., 2023). Es así que, este tipo de abordaje se enfoca en trabajar los problemas de procesamiento emocional, la inestabilidad relacional y los comportamientos autolesivos o suicidas, combinando espacios de psicoterapia individual y grupal. Utiliza además una amplia gama de herramientas que abarcan intervenciones enfocadas en la clarificación y elaboración de experiencias subjetivas, intervenciones de apoyo, restauración de la mentalización básica, mentalización de la relación terapéutica, así como intervenciones diseñadas para traducir y generalizar el conocimiento adquirido en el proceso terapéutico a las relaciones interpersonales fuera del contexto clínico. Se han desarrollado modalidades específicas de MBT, como la ambulatoria intensiva y la basada en hospitalización diurna, que incluyen psicoeducación, estabilización de conductas de riesgo y validación empática, buscando promover la generalización de la mentalización a otros aspectos de la vida del paciente (Leichsenring et al., 2024).

Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP)

La Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP), desarrollada por Otto F. Kernberg, representa una extensión específica de la terapia psicoanalítica para el tratamiento de personas diagnosticadas con trastornos de personalidad. Sus objetivos generales incluyen reducir la suicidabilidad y la hostilidad, mejorar el control del comportamiento, disminuir la impulsividad, aumentar la regulación emocional y fortalecer la capacidad para mantener relaciones satisfactorias. (Levy et al., 2019).

Desde la perspectiva de la TFP, el TLP se origina en una falta de desarrollo de representaciones internas complejas y realistas del yo y de los demás, lo que causa fluctuaciones extremas en la identidad y emociones. La terapia se enfoca en observar y explorar estas experiencias dispares del paciente, para facilitar la integración de las mismas

(Levy et al., 2019). El conflicto inconsciente se manifiesta como una división fundamental entre experiencias idealizadas y positivas, y aquellas que son negativas y paranoides, que se activan y se manifiestan en el proceso de transferencia. Es así que clínico y paciente exploran las dinámicas interpersonales, compuestas por una representación del yo que interactúa con una representación de otro significativo, mediante las expresiones de relaciones objetales internalizadas, conflictivas y afectivamente invertidas que son activadas y puestas en acción dentro del espacio terapéutico (Leichsenring et al., 2024).

A través de un tratamiento exitoso, los pacientes logran desarrollar una visión más positiva de sí mismos y de los demás, lo que mejora sus relaciones y modula sus experiencias emocionales (Levy et al., 2019). En la TFP, la dominancia afectiva identifica el material emocionalmente relevante en la comunicación del paciente, guiando el enfoque terapéutico. Las técnicas utilizadas incluyen la interpretación, el análisis de la transferencia, la neutralidad técnica y la contratransferencia, cada una desempeñando un papel crucial en la comprensión de los conflictos que surgen durante la terapia (Leichsenring et al., 2024).

Psicofarmacología

Hasta la fecha, no se dispone de evidencia consistente que demuestre la eficacia de medicamentos psicoactivos para tratar los síntomas centrales del TLP, y ninguna medicación ha sido aprobada por agencias regulatorias como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (Wu et al., 2022). Aún más, según el Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención (NICE), la farmacoterapia debe ser utilizada únicamente para tratar síntomas graves comórbidos, características psicóticas o para la gestión de crisis agudas, y su administración debe ser por el menor tiempo posible. (Leichsenring et al., 2024). A pesar de esto, diversos estudios muestran que hasta el 96% de las personas con un diagnóstico de TLP reciben algún medicamento psicotrópico, y cerca del 19% reportan tomar cuatro o más fármacos, o que indica una alta prevalencia de polifarmacia en esta población (Bridler et al., 1993; Riffer et al., 2019; Paton et al., 2015).

Aún más, investigaciones recientes han evidenciado que en general, los antipsicóticos y antidepresivos muestran poco o ningún efecto sobre la gravedad de los síntomas del TLP, autolesiones, comportamientos suicidas o sobre el funcionamiento psicosocial. Los estabilizadores del estado de ánimo y otros medicamentos, como la memantina y la naltrexona, tampoco demostraron efectos significativos, salvo los ácidos grasos omega-3, que podrían influir en los resultados relacionados con el suicidio. Además, la combinación de antidepresivos y antipsicóticos no fue más efectiva que los tratamientos individuales. Las farmacoterapias han demostrado poder mejorar síntomas específicos, como la ira, pero no afectan de manera positiva el funcionamiento general de los pacientes, lo que cuestiona el

uso extendido de la polifarmacia (Stoffers-Winterling et al., 2022; Gartlehner et al., 2021). Se desaconseja además el uso de benzodiazepinas debido a su potencial para exacerbar la impulsividad, así como el uso de cualquier sustancia con potencial de dependencia, dado que existe una alta comorbilidad del TLP con trastornos adictivos (Wu et al., 2022; Leichsenring et al., 2024). En resumen, se recomienda prescribir medicamentos con cautela, siguiendo el principio de "no hacer daño" y por períodos cortos, suspendiéndose una vez que los síntomas o la crisis hayan remitido.

Críticas al concepto y diagnóstico categorial del Trastorno de la Personalidad Límite

El diagnóstico categórico es el enfoque predominante para clasificar y diferenciar enfermedades y trastornos en el ámbito de la salud. Quienes lo apoyan destacan que el Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), como entidad nosológica, es de gran utilidad clínica, particularmente en cuanto al desarrollo y evaluación de intervenciones psicoterapéuticas. Asimismo, se argumenta que investigaciones sobre el TLP han impulsado algunos de los conceptos clave en la comprensión de los trastornos mentales y la psicopatología en general, como la mentalización y su base neurobiológica, el trauma y las dinámicas relacionales (Leichsenring et al., 2024).

No existen dudas de que un diagnóstico preciso es esencial para que las personas puedan recibir el tratamiento adecuado, minimizando el riesgo de daños que podrían derivarse de la falta de información o de intervenciones que conlleven efectos iatrogénicos significativos, aspectos en gran medida evitables. (Campbell et al., 2020). Sin embargo, es importante reconocer que los diagnósticos no son fenómenos naturales ni objetivos, sino que por el contrario, se trata de construcciones sociales regidas por convenciones y la idea compartida de normalidad presente en un determinado momento social e histórico (Espinosa Landaure, 2023). No existen patrones de pensamiento o conductas que sean esencialmente normales o anormales, sino que estas son categorizadas como adaptativas o patológicas según la cultura y el contexto en que se evalúen.

En este marco, es relevante destacar que los Trastornos de la Personalidad presentan una alta prevalencia a nivel global, lo que sugiere que son sorprendentemente comunes en la sociedad occidental en la que vivimos. Esta creciente "moda diagnóstica" predominante en las últimas décadas ha llevado a que autores y profesionales de la salud mental refieran al término "diagnóstico papelera" para problematizar la sobreutilización de la etiqueta "borderline", argumentando que esta entidad carece de contenido claro y, que por el contrario, se convierte en un constructo que engloba a todos aquellos pacientes que los profesionales no saben cómo clasificar, debido a la heterogeneidad y multiplicidad de síntomas que presentan (Fernández-Guerrero, 2017). Sumado a esto, las controversias en torno a la

persistencia, solapamiento, comorbilidad, pronóstico desfavorable y el carácter egosintónico del TLP, fomentan el debate sobre la pertinencia del síndrome límite como trastorno de la personalidad y su relevancia y utilidad clínica como categoría diagnóstica. Habilitando la pregunta: ¿Es el diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad Límite realmente un punto de partida para el tratamiento, o más bien una prisión conceptual para quienes lo reciben?

Dificultades Diagnósticas

Con nueve criterios establecidos en el DSM-5 y un umbral diagnóstico que requiere cumplir con cinco de ellos, existen teóricamente 256 combinaciones sintomáticas posibles para establecer un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite, lo que lo convierte en una categoría diagnóstica heterogénea, conformada por subtipos de pacientes englobados bajo una misma etiqueta, pero que pueden no parecerse en nada entre sí (Leichsenring et al., 2024).

Un primer aspecto debatido a partir de esto, es si el TLP debería considerarse como una categoría nosológica definida y diferenciada, o podría ser más adecuado verlo como parte de un espectro más amplio de problemas de personalidad. Estudios bifactoriales han demostrado que los síntomas del TLP parecen estar vinculados principalmente a un factor general, en contraste con otros trastornos de personalidad que muestran asociaciones específicas (Sharp et al., 2015). Esto sugiere que el TLP podría reflejar una disfunción general en identidad y relaciones interpersonales, más que un trastorno único y definido (Leichsenring et al., 2024).

Otra cuestión controvertida es la cantidad de criterios necesarios para diagnosticar el TLP. El sistema politético utilizado por el DSM-5 requiere que se cumpla al menos la mitad de los criterios para establecer el diagnóstico, lo que genera límites arbitrarios. Como resultado, pacientes que presentan cuatro síntomas graves, con un considerable deterioro en su funcionamiento, no pueden ser diagnosticados por no cumplir un quinto criterio (Leichsenring et al., 2024). Por el contrario, un paciente puede ser encasillado como borderline, sin presentar síntomas claves como sentimientos intensos y persistentes de vacío, relaciones interpersonales inestables, alteración de la identidad, comportamientos autolesivos o conductas de riesgo. Aspectos que derivan en dificultades para los profesionales de la salud al momento de trazar un plan terapéutico efectivo y, por consiguiente, aumenta el riesgo de implementar intervenciones inadecuadas o incluso iatrogénicas.

A las críticas anteriormente mencionadas, se le suman los problemas relativos a las altas tasas de comorbilidad que presentan habitualmente los pacientes con un diagnóstico de

TLP. Una revisión realizada por Shah y Zanarini (2018), subraya que, en general, los trastornos del eje I son comunes en pacientes con TLP, aunque las tasas de prevalencia tienden a disminuir con el tiempo, como muestran estudios longitudinales de seguimiento a 10 años. Dentro de las patologías comórbidas los autores destacan en primer lugar, y como más frecuente, los trastornos del estado de ánimo, con una prevalencia estimada del 96%. Los estudios muestran que estas tasas se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo, lo que se estima podría estar relacionado con una mayor frecuencia de recaídas (Shah y Zanarini, 2018). En el caso específico del Trastorno Bipolar, la coexistencia tiende a tasas de entre 10% y 20% (Leichsenring et al., 2024).

La coocurrencia de trastornos de ansiedad en pacientes con TLP ha sido reportada hasta en un 88% de los casos; sin embargo, a lo largo del tiempo la misma tiende a disminuir significativamente. La prevalencia de subtipos concretos de trastornos de ansiedad varía ampliamente pudiendo llegar a un 48% para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, 46% para la fobia social, 35% para el trastorno de ansiedad generalizada y 20% para el trastorno obsesivo compulsivo. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), por su parte, es también común en esta población con tasas de prevalencia que varían entre el 25% y el 56% (y una mediana del 46,9%), indicadores que también tienden a disminuir (Shah y Zanarini, 2018).

Distintas investigaciones muestran además que los trastornos comórbidos por uso de sustancias son frecuentes en pacientes con TLP, con una prevalencia que varía entre el 23% y el 84% (mediana del 65,1%). La concurrencia de abuso o dependencia de alcohol puede llegar a un 66%, y el uso o dependencia de otras drogas hasta un 87%. En general, su prevalencia disminuye considerablemente con el paso de los años. Esta misma tendencia siguen los trastornos de la conducta alimentaria de morbilidad asociada, con concurrencia variable, destacando la bulimia nerviosa (26%) y la anorexia nerviosa (21%) (Shah y Zanarini, 2018). Además, el 37,7% de los individuos con TLP son propensos a recibir diagnósticos concurrentes de trastorno por déficit de atención/hiperactividad, y más de la mitad (53%) presentan otros trastornos de personalidad asociados (Leichsenring et al., 2024).

Los críticos del sistema categorial afirman que los altos niveles de comorbilidad mencionados podrían ser una ilusión creada por la forma en que los diagnósticos se definen, reflejando una “construcción errática de criterios y límites difusos dentro de las patologías” (Arana, 2023, p.18), más que una verdadera co-ocurrencia de enfermedades distintas. Así, una misma persona puede ser diagnosticada con varios trastornos que, en realidad, podrían estar interrelacionados o ser manifestaciones de un problema subyacente. En otras palabras, estas altas tasas de comorbilidad indicarían una falta de validez discriminativa, de un único diagnóstico imperfecto, y por tanto de utilidad clínica limitada (Arana, 2023).

Por último, existen también en la comunidad científica quienes plantean preocupaciones por el sesgo de género en torno al diagnóstico de TLP. Aunque en el ámbito

clínico el 75% de los diagnósticos corresponden a mujeres, estudios epidemiológicos recientes muestran tasas de prevalencia similares entre hombres y mujeres, con variaciones significativas entre países. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2022), en su última versión del manual diagnóstico DSM-5-TR, argumenta que esta discrepancia en entornos clínicos versus comunitarios se debería a que las mujeres son más propensas a buscar ayuda en servicios de salud mental que los hombres. Si bien esto es cierto, el tamaño de esta diferencia podría reflejar la incidencia de factores biológicos y socioculturales, un sesgo de género en los procedimientos de detección y en la evaluación, o incluso en el propio constructo diagnóstico (Bozzatello et al., 2024).

Desde una perspectiva feminista se plantea que esta feminización del TLP responde a la patologización de las emociones de las mujeres, especialmente aquellas sobrevivientes de violencia, desvinculando sus emociones y comportamientos de su contexto social (Espinosa Landaure, 2023). Diversas autoras cuestionan las expectativas culturales sobre lo que se considera "normal" y los ideales sociales que invalidan a las mujeres, señalando que estos influyen directamente en la evaluación y diagnóstico de sus comportamientos, juzgando como patológicos aquellos que no se ajustan a la idea convencional de feminidad (Bozzatello et al., 2024). En esta línea, Linehan (1993) sostiene que se espera que las mujeres sean suaves, generosas, respetuosas, empáticas y afectuosas. Sin embargo, cuando su temperamento se aleja de estas expectativas sociales, y muestran por el contrario características consideradas "masculinas", no solo no son valoradas, sino que son castigadas, lo que a su vez afecta negativamente su desarrollo emocional.

Esto también se ve reflejado en una histórica inclinación de la psiquiatría de clasificar a las mujeres dentro del espectro de la "irracionalidad" y la "locura", sobre todo cuando sus comportamientos se desvían de las normas tradicionales (Espinosa Landaure, 2023). Kaplan (1983), una de las pioneras en identificar y denunciar un sesgo de género en los diagnósticos psiquiátricos, señaló que los criterios del DSM fueron definidos por un equipo de trabajo integrado principalmente por hombres, utilizando características masculinas como patrón de salud, y por tanto relegando la presentación de ciertos rasgos en mujeres al lado de la enfermedad.

Algunos teóricos sugieren además que la aumentada representación femenina podría estar relacionada con el fuerte vínculo entre este trastorno y las experiencias traumáticas tempranas, en particular el abuso sexual infantil, un tipo de violencia que afecta mayormente a las mujeres (Ruíz y Vairo, 2008). En este contexto, el diagnóstico de TLP, resulta particularmente problemático, ya que patologiza sus respuestas emocionales sin considerar el contexto social y de poder en el que ocurrieron. En lugar de reconocer las experiencias de violencia de las mujeres como factor clave en su malestares, se tiende a medicalizarlas. En este sentido, las respuestas emocionales a la violencia son vistas como desviaciones

patológicas en lugar de reacciones humanas normales a circunstancias traumáticas. Muchas conductas asociadas al TLP, como la autolesión, son expresadas por las propias mujeres como intentos de manejar su sufrimiento extremo. Estas estrategias, en lugar de ser interpretadas como simples "síntomas" desde una perspectiva patologizante, deberían ser entendidas como mecanismos de regulación emocional y supervivencia frente a la violencia (Espinosa Landaure, 2023).

La comorbilidad entre el TLP y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se manifiesta en la superposición de síntomas, como dificultades en la regulación afectiva, el autoconcepto y las relaciones interpersonales. Este solapamiento puede llevar a que algunos pacientes reciban un diagnóstico de TLP cuando, en realidad, el TEPT complejo refleja mejor su experiencia. Además, es fundamental considerar los aspectos fisiológicos asociados con la relación con el trauma infantil y el desarrollo del TLP, como la disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y su inflamación crónica. Factores, que son más reactivos al estrés en mujeres, afectan en los circuitos cerebrales y podrían estar influyendo también en la mayor prevalencia del TLP en esta población (Bozzatello et al., 2024).

Los roles de género también juegan un papel determinante en la presentación sintomática del TLP en hombres y mujeres. Tanto estudios teóricos, como la experiencia clínica, indican que los hombres tienden a manifestar más frecuentemente síntomas como ira intensa o inapropiada e impulsividad. Por el contrario, las mujeres muestran mayor propensión a padecer inestabilidad afectiva, sensación crónica de vacío y conductas autolesivas o suicidas. Estas diferencias se ven también reflejadas en los patrones de comorbilidad. Un mayor porcentaje de hombres diagnosticados con TLP presenta además abuso y dependencia de sustancias (82% hombres versus 59% mujeres), mientras que, por otro lado, un número significativamente más grande de mujeres manifiesta trastornos alimentarios (62% mujeres versus 21% hombres) y, como se mencionó anteriormente, trastornos de estrés postraumático (61% mujeres versus 35% hombres). También se observan diferencias significativas en la co-ocurrencia de trastornos del Eje II. Un mayor porcentaje de hombres cumple con los criterios para los trastornos narcisista, antisocial o paranoide de la personalidad. En cambio, las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos de la personalidad histriónica, dependiente y obsesivo-compulsiva. En síntesis, se sugiere que las mujeres con TLP tienden a experimentar principalmente trastornos internalizantes en comorbilidad, mientras que los hombres reportan predominantemente trastornos externalizantes (Bozzatello et al., 2024).

En resumen, la mayor prevalencia diagnóstica de TLP en mujeres sugiere una combinación de factores relacionados con diferencias biológicas, influencias socioculturales, la expresión de síntomas, y el riesgo a sufrir experiencias traumáticas tempranas. Sin embargo, nuevas investigaciones que analicen en profundidad estos aspectos son aún

necesarias para lograr esclarecer las discrepancias de prevalencia entre las poblaciones clínica y comunitaria.

Estigma e Impacto en la identidad de los pacientes

El Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) es objeto de un estigma significativo, tanto por parte de la población general como de los profesionales de la salud mental. Diversas investigaciones han demostrado que las personas diagnosticadas con TLP experimentan niveles de estigmatización más severos en comparación con aquellos que tienen otros trastornos de la personalidad (Ociskova et al., 2023) u otras patologías mentales (Stiles et al., 2023). Esta estigmatización genera consecuencias a nivel social, estructural e interno, repercutiendo de manera global en el funcionamiento y la calidad de vida de quienes lo padecen (Ociskova et al., 2023).

El estigma, es conceptualizado por Link y Phelan (2001), como la co-ocurrencia de determinados factores: etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación, facilitados por una situación de poder. Estos procesos representan un dilema persistente y tienen un impacto profundo en la vida de las personas estigmatizadas, afectando sus oportunidades en áreas como ingresos, vivienda, salud, implicación en el sistema penal y relaciones sociales. Según estos autores, el estigma surge cuando se destacan diferencias humanas, que son vinculadas a características negativas a través de estereotipos. Esto genera una separación entre "nosotros" y "ellos", permitiendo la devaluación y exclusión de quienes portan la etiqueta. Además, los estereotipos culturales sobre la enfermedad mental influyen en las expectativas sociales, lo que puede llevar a que las personas diagnosticadas actúen de manera defensiva o eviten interacciones con otros, reforzando así su exclusión.

El proceso de estigmatización involucra tanto mecanismos individuales como estructurales, y puede operar incluso sin actos de discriminación directos. De tal forma, el estigma desempeña un papel central en la desigual distribución de oportunidades en la sociedad, condicionando aspectos como la educación, el bienestar psicológico, la salud y la calidad de vida en general (Link y Phelan, 2001).

En este sentido, las narrativas en torno al TLP van más allá de una mera descripción clínica objetiva, incorporando juicios de valor sobre los pacientes (Espinosa Landaure, 2013). La falta de conocimiento sobre esta patología provoca que sus síntomas sean interpretados como conductas deliberadas en lugar de signos de un trastorno mental complejo. (Ociskova et al., 2023). Las personas diagnosticadas con TLP suelen ser vistas a través de estereotipos negativos como "dramáticas", "manipuladoras", "débiles", "locas" o "peligrosas", reforzando la idea de que sus comportamientos son intentos por "llamar la atención" (Espinosa Landaure, 2013).

Los relatos de personas con TLP reflejan sentimientos de inadecuación y desconexión social debido a su diagnóstico, especialmente en relación con el cumplimiento de las expectativas sociales percibidas (Stiles et al., 2023). La falta de comprensión sobre las características e implicaciones de este trastorno puede llevar a la exclusión, rechazo o trato despectivo por parte de amigos, familiares y la comunidad en general. Los problemas físicos suelen considerarse más serios que los psíquicos, lo que contribuye a que los síntomas del TLP sean percibidos como irrelevantes, generando frustración en quienes los padecen, ya que sus emociones y experiencias son minimizadas. Además, existe una creencia errónea que asocia el TLP con comportamientos agresivos, lo que lleva a que las conductas de quienes cuentan con un diagnóstico sean frecuentemente vistas como "caprichos" o "inventos", reforzando la noción de que son personas "enfermas" y "peligrosas". En algunos casos, el entorno cercano las percibe como "anormales", lo que limita su autonomía y capacidad de decisión (Espinosa Landaure, 2023). También es frecuente que, por temor a la estigmatización y la discriminación, algunas familias mantengan el diagnóstico en secreto o desincentiven la búsqueda de atención psiquiátrica, incluso llegando a aislar a la persona del resto de la comunidad (Ociskova et al., 2023).

En el ámbito de la salud, el estigma asociado al TLP es un fenómeno común. Aunque el diagnóstico puede proporcionar a los pacientes una explicación para su malestar, también puede generar efectos negativos, alimentando estereotipos desalentadores sobre su condición y sus posibilidades de recuperación (Espinosa Landaure, 2023). Muchos profesionales de la salud exhiben juicios notablemente negativos y actitudes más pesimistas hacia los pacientes con TLP, en comparación con aquellos que presentan otras condiciones de salud mental, como ansiedad, depresión o esquizofrenia (Stiles et al., 2023). El diagnóstico de TLP tiende a suscitar percepciones de tratamientos complejos, baja probabilidad de éxito y altos costos, lo que influye en las actitudes y comportamientos desde el inicio del proceso terapéutico (Ociskova et al., 2023). Diversos estudios indican que los profesionales de la salud a menudo experimentan reacciones emocionales adversas hacia los pacientes con TLP, incluyendo preocupación, frustración y rechazo (Fernández-Guerrero, 2017). Según Azpiroz y Prieto (2008), estas reacciones se deben a los mecanismos de defensa primitivos que despliegan los pacientes, proyectando emociones conflictivas en sus cuidadores. Además, los clínicos suelen encontrarlos en crisis, lo que distorsiona su percepción (Stiles et al., 2023). Las personas con TLP son frecuentemente etiquetadas como pacientes difíciles y estresantes (Fernández-Guerrero, 2017), problemáticos y emocionalmente agotadores, convirtiendo el diagnóstico en una "barrera para la atención" (Stiles et al., 2023, p. 189).

Pacientes con TLP reportan además resistencia de los clínicos para brindarles un diagnóstico claro o psicoeducación adecuada, lo que los lleva a investigar por su cuenta para entender su condición (Stiles et al., 2023). Aunque esto suele hacerse con la intención de

protegerlos del estigma, puede comprometer la efectividad del tratamiento, generando prácticas iatrogénicas o provocando la desvinculación del paciente de los servicios (Ociskova et al., 2023). En algunos casos, se les asigna un diagnóstico alternativo, como trastorno bipolar, comprometiendo el principio de veracidad y dificultando el acceso a un tratamiento adecuado y a la financiación de servicios especializados (Campbell et al., 2020). Además, hay quienes consideran que el TLP no es una "enfermedad real" y ven a los pacientes como una carga para el sistema, lo que promueve un enfoque excesivo en la farmacoterapia en detrimento de un tratamiento integral. Muchas prescripciones son inadecuadas para el diagnóstico y carecen de eficacia predecible, lo que lleva a cambios frecuentes de medicación sin resultados satisfactorios. Estas actitudes negativas de los psiquiatras y otros profesionales marginan a los pacientes y refuerzan su autopercepción estigmatizada, afectando la adherencia al tratamiento. (Ociskova et al., 2023).

En conjunto, estas creencias y prácticas hostiles mantenidas por el personal de salud generan un ciclo vicioso de retrasos en la atención, menor efectividad de las intervenciones y mayores tasas de recaída, lo que puede reforzar las actitudes negativas de los demás y contribuir a la autoestigmatización de las propias personas con TLP (Stiles et al., 2023).

Sobre este último punto, estudios recientes indican que los pacientes con TLP experimentan niveles más altos de autoestigma en comparación con aquellos que tienen otras patologías, como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y trastornos de ansiedad (Ociskova et al., 2023). El riesgo de autoestigma se incrementa en personas con rasgos de personalidad como baja autodirección y un alto nivel de vergüenza. Pacientes con TLP manifiestan que la etiqueta tuvo un impacto negativo directo en su autoestima, autoeficacia y calidad de vida, además de asociarse a síntomas depresivos más intensos, mayor probabilidad de abuso de sustancias y una tendencia marcada a evitar estrategias para afrontar el estrés. Asimismo, se observan tasas elevadas de intentos de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes y dificultades en las relaciones interpersonales (Ociskova et al., 2023). Las personas con TLP a menudo sienten que son una carga y temen que su entorno, incluidos los profesionales de la salud, se cansen de sus problemas recurrentes (Stiles et al., 2023).

El autoestigma dificulta además que estos sujetos identifiquen aspectos positivos en situaciones adversas, reduciendo su esperanza y su confianza en alcanzar una vida satisfactoria. Esto los lleva a emplear estrategias de afrontamiento centradas en las emociones en vez de resolver problemas, lo cual afecta negativamente su colaboración en el tratamiento y su pronóstico (Ociskova et al., 2023). Investigaciones mostraron además que a menudo los pacientes vinculan su sensación de desesperanza con la errónea noción percibida de permanencia del diagnóstico, lo que promueve poca esperanza de futuro, así

como un aumento en su sensación de marginación y alienación de la sociedad en general (Stiles et al., 2023).

En cuanto a la permanencia del diagnóstico, es importante reflexionar sobre cómo la visión del TLP como una "enfermedad crónica", cuyos síntomas solo pueden ser controlados, pero no superados, puede resultar desalentadora para las personas diagnosticadas, su entorno y los profesionales de la salud (Espinosa Landaure, 2023). Si bien un trastorno de la personalidad, por definición, implica un patrón persistente de pensamiento, sentimiento y comportamiento que es generalizado, inflexible y relativamente estable a lo largo del tiempo (APA, 2022), lo que sugiere una tendencia a la cronicidad, diversos estudios longitudinales, realizados con muestras clínicas en varios países, muestran que el TLP tiende a la remisión diagnóstica a largo plazo. No obstante, persisten manifestaciones sintomáticas crónicas y una comorbilidad psiquiátrica y médica relevante en parte de la población. Análisis prospectivos, como el McLean Study of Adult Development (MSAD) y el Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study (CLPS), han aportado información valiosa sobre la evolución clínica de esta patología (Alvarez-Tomás, 2022).

El estudio MSAD encontró que las remisiones en el TLP son más comunes de lo anticipado, alcanzando un 74%, con recurrencias poco frecuentes (6%) y una reducción de la comorbilidad psiquiátrica a largo plazo. Los síntomas agudos, como la autolesión y los intentos de suicidio, tienden a resolverse rápidamente, mientras que síntomas temperamentales como la ira intensa y el miedo al abandono se resuelven más lentamente y afectan la funcionalidad psicosocial (Zanarini et al., 2005). Por su parte, el CLPS reporta que menos de la mitad de los pacientes cumplen con los criterios diagnósticos tras períodos breves, y que un 50% experimenta reducción sintomática durante al menos 12 meses, aunque síntomas como la inestabilidad afectiva persisten más. Además, la co-ocurrencia de trastornos como la depresión o el TEPT impacta negativamente en la remisión del TLP (Skodol et al., 2005). Ambos estudios sugieren que el TLP no es necesariamente crónico en términos clínicos, aunque persisten síntomas subclínicos y la necesidad de tratamiento ambulatorio y psicofarmacológico a largo plazo (Alvarez-Tomás, 2022).

En línea con esto, diversas investigaciones muestran que los propios pacientes declaran haber experimentado mejoras significativas, y en muchos casos, ya no se sienten identificados con el diagnóstico después de pasado cierto tiempo, aunque pueden persistir algunas dificultades subclínicas. Esto sugiere la necesidad de replantear la noción de recuperación, no como una dicotomía entre "sano" y "enfermo", sino como la capacidad de aprender a resolver problemas de manera más asertiva y gestionar mejor las emociones, alcanzando una mayor estabilidad a través de la adquisición de recursos y la creación de contextos propicios (Espinosa Landaure, 2023). En este sentido, el diagnóstico podría entenderse como una categoría relacional y contextual, en lugar de una etiqueta fija e

inmutable, lo cual tiene importantes implicaciones clínicas en cómo las personas se perciben a sí mismas e interactúan con los servicios de salud, la sociedad y sus familias en el futuro (Stiles et al., 2023).

En síntesis, el impacto del estigma en el funcionamiento, calidad de vida y pronóstico de personas con TLP subraya la importancia de desmitificar el trastorno y promover una visión menos discriminatoria y más esperanzadora (Stiles et al., 2023). Las intervenciones más eficaces incluyen mensajes positivos sobre la recuperación y explicaciones biológicas del TLP, así como la participación de los familiares en el tratamiento en casos graves. La psicoeducación para pacientes, clínicos y la población general es esencial para reducir el estigma y el autoestigma, fortaleciendo el empoderamiento y bienestar del paciente. Además, las terapias grupales, al ofrecer contacto con personas que han superado el estigma, brindan apoyo emocional y seguridad a los pacientes (Ociskova et al., 2023).

Propuestas alternativas: el enfoque dimensional

Cómo se ha desarrollado en el capítulo anterior, existen múltiples problemas y cuestionamientos relacionados a la naturaleza y clasificación del Trastorno de la Personalidad Límite (TLP) como modelo categorial. Dentro de las principales críticas se reconoce que el mismo está cargado de problemas de baja validez, cortes diagnósticos arbitrarios (Verheul, 2005), escasa fiabilidad, heterogeneidad dentro del propio trastorno y dificultades de comorbilidad diagnóstica (Campbell et al., 2020).

La clasificación de los trastornos de personalidad en clusters carece de respaldo empírico y muestra baja validez de contenido, siendo frecuente el diagnóstico residual de TP no especificado (Arana, 2023). La alta comorbilidad entre estos trastornos, con personas que cumplen criterios de tres o más categorías, sugiere la existencia de una condición subyacente común, dividida artificialmente en varios diagnósticos, lo cual dificulta la comprensión global del paciente y la selección de tratamientos específicos (Herpertz et al., 2017). Además, numerosos estudios han mostrado que existe una continuidad entre personalidades normales y patológicas, basando los diagnósticos categoriales en umbrales arbitrarios que estigmatizan a los pacientes (Figueroa Cave, 2018). La evidencia actual respalda, en cambio, un modelo dimensional que se centra en cuatro dimensiones fundamentales —psicopatía, neuroticismo, obsesividad y distanciamiento emocional—, el cual sería más preciso y explicativo que los 10 trastornos de personalidad tradicionales. Esto sugiere que las categorías rígidas en psicopatología de la personalidad son inusuales y posiblemente inexistentes (Arana, 2023).

Sumado a esto, la clasificación categorial de los TP, basada en comportamientos observables, limita la comprensión de la patología al no incluir aspectos subyacentes y estables como los rasgos de personalidad (Coyne, 2013). La evidencia respalda que un

enfoque dimensional es más estable en el tiempo, ya que los rasgos de personalidad serían la base de los síntomas del DSM y se caracterizan por ser más duraderos debido a factores genéticos y biológicos, mientras que los comportamientos sintomáticos son más intermitentes y responden a experiencias de vida y estrés (Arana, 2023; Skodol et al., 2005). Además, los cambios en los rasgos del modelo de cinco factores preceden a los cambios en la psicopatología del TLP, sugiriendo una influencia significativa del temperamento (Leichsenring et al., 2024).

Los aspectos mencionados anteriormente se traducen en una baja utilidad clínica del modelo categorial, el cual evidencia una capacidad limitada para asistir a los profesionales de la salud en funciones esenciales, como el diagnóstico y la planificación de intervenciones (Campbell et al., 2020). Esto refuerza la postura de varios investigadores que argumentan que la visión categorial de los trastornos de personalidad debería ser sustituida (Arana, 2023).

En conclusión, no existe evidencia sólida que respalde la idea de que los trastornos de personalidad sean de naturaleza categórica ni que existan 10 trastornos de personalidad como entidades separadas y discretas (Campbell et al., 2020). Sin embargo, muchos clínicos e investigadores siguen prefiriendo este enfoque por razones de familiaridad y legitimidad. No obstante, se ha demostrado que la patología de la personalidad se conceptualiza de manera más precisa desde un enfoque dimensional, lo que ha llevado al desarrollo de modelos jerárquicos más complejos (Verheul, 2005). Por esta razón, tanto el DSM-5 como el CIE-11, los manuales diagnósticos más utilizados, han adoptado recientemente modelos de carácter dimensional para clasificar los trastornos de la personalidad, orientándose hacia la comprensión de estas patologías mediante rasgos estables y conductas disfuncionales (Skodol et al., 2005). El DSM-5, aunque mantiene la etiqueta de Trastorno de la Personalidad Límite, ha incluido en su tercera sección un modelo híbrido alternativo que incorpora cinco dominios de rasgos —afectividad negativa, distanciamiento, antagonismo, desinhibición y psicoticismo— y un enfoque dimensional para evaluar el "self" y las relaciones interpersonales, con una categorización reducida de seis trastornos de personalidad: evitativo, antisocial, borderline, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico (Figueroa Cave, 2018). Por su parte, el CIE-11 presenta un cambio paradigmático al adoptar un enfoque totalmente dimensional, caracterizado por un único síndrome categórico. Según esta propuesta, la evaluación de los trastornos de personalidad se realiza en tres etapas: determinar la existencia de un problema de personalidad, definir la severidad del problema y cualitativamente identificar el dominio que mejor describe al paciente (Arana, 2023, p.24).

El Modelo Híbrido Alternativo del DSM-5

El modelo alternativo propuesto para el DSM-5 fue diseñado para alinearse con el conocido modelo de los “cinco grandes” factores de personalidad o “Big Five” (neuroticismo, extraversión, agradabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia), pero en su versión “patológica”, centrada en los aspectos problemáticos de estos rasgos (afectividad negativa, distanciamiento, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). Esta propuesta cubre con mayor precisión los trastornos de personalidad categoriales en comparación con el modelo tradicional de los cinco factores (Arana, 2023).

Este modelo híbrido dimensional-categorico “define el trastorno de la personalidad en términos de deficiencias en el funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos” (APA, 2022, p.1617). Para establecer un diagnóstico, el primer paso consiste en evaluar si la persona cumple con el Criterio A, que implica determinar la gravedad de los déficits en la autoimagen y las relaciones interpersonales (Arana, 2023). La evidencia empírica sugiere que la disfuncionalidad se entiende mejor basada en la severidad, que abarca la alteración de la personalidad, el nivel de disfunción social y el impacto del trastorno, en lugar de centrarse en un tipo específico de TP. Este enfoque facilita la identificación de los trastornos de personalidad y aumenta la utilidad clínica, permitiendo a los profesionales distinguir entre niveles de alteración y, por ende, facilitar intervenciones más efectivas (Crawford et al., 2011).

Según el nuevo DSM 5 – TR (2022), para considerarse el diagnóstico el paciente debe entonces mostrar un deterioro moderado o mayor en al menos dos de las siguientes áreas de funcionamiento personal/interpersonal: (a) **Identidad**, que implica una experiencia de uno mismo como un individuo único, con límites claros y una autoestima estable; (b) **Autodirección**, que se refiere a la búsqueda de objetivos coherentes y significativos, el uso de normas internas constructivas y la autorreflexión; (c) **Empatía**, que abarca la comprensión de las experiencias y motivaciones de los demás, la tolerancia hacia distintas perspectivas y el reconocimiento del impacto de la propia conducta; e (d) **Intimidad**, que se relaciona con la profundidad de las conexiones interpersonales, el deseo de cercanía y la reciprocidad en el comportamiento.

Cada uno de estos aspectos se evalúa en un continuo y una escala de cinco niveles de disfuncionalidad, “que van desde poco o ningún deterioro (es decir, funcionamiento saludable y adaptativo; Nivel 0) hasta algunos (Nivel 1), deterioro moderado (Nivel 2), grave (Nivel 3) y extremo (Nivel 4)” (APA, 2022, p.1619). Para establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad, es necesario que el individuo presente dificultades de moderadas a extremas en su funcionamiento general (Arana, 2023).

El segundo criterio necesario para la confirmación del diagnóstico de un TP, el Criterio B, supone una evaluación de los rasgos patológicos de la personalidad que se organizan en 5 grandes dominios: (a) **Afectividad Negativa** (versus estabilidad emocional); (b) **Desapego**

(versus extroversión); (c) **Antagonismo** (versus agradabilidad); (d) **Desinhibición** (versus responsabilidad), y (e) **Psicoticismo** (versus lucidez). A su vez, cada uno de estos rasgos tiene sus propias facetas de un total de 25 (Arana, 2023), lo que resulta útil para realizar descripciones detalladas de la psicopatología individual y para la planificación del tratamiento (Herpertz et al., 2017)

Para constituirse un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Límite específicamente, según el nuevo modelo híbrido del DSM 5 – TR (2022), la persona no solo debe entonces presentar un deterioro al menos moderado en su funcionamiento (Criterio A), sino que también tiene que cumplir con cuatro o más de los siguientes rasgos patológicos de personalidad:

1. **Labilidad emocional** (un aspecto de la Afectividad Negativa): Experiencias emocionales inestables y cambios de humor frecuentes, caracterizados por emociones que surgen con facilidad, son intensas y a menudo desproporcionadas en relación con los eventos desencadenantes.
2. **Ansiedad** (un aspecto de la Afectividad Negativa): Intensos sentimientos de nerviosismo, preocupación o pánico que surgen en respuesta a tensiones interpersonales, incertidumbre, los efectos negativos de experiencias desagradables pasadas, y temor a perder el control.
3. **Inseguridad de separación** (un aspecto de la Afectividad Negativa): Miedos al rechazo y/o separación de personas significativas, acompañados con temor a la dependencia excesiva y la pérdida de autonomía.
4. **Depresión** (un aspecto de la Afectividad Negativa): Sentimientos frecuentes y persistentes de tristeza, desesperanza y pensamientos suicidas. Pesimismo sobre el futuro, vergüenza generalizada y baja autoestima.
5. **Impulsividad** (un aspecto de la Desinhibición): Actuar de manera espontánea sin un plan o consideración de las consecuencias; sentido de urgencia y comportamiento autodestructivo bajo angustia emocional.
6. **Toma de riesgos** (un aspecto de la Desinhibición): Participación innecesaria en actividades peligrosas, sin tener en cuenta los peligros reales, o las propias limitaciones.
7. **Hostilidad** (un aspecto del Antagonismo): Sentimientos persistentes de ira e irritabilidad ante desaires menores.

La APA (2022) subraya como mandatorio además que al menos uno de los rasgos patológicos exhibidos por el paciente debe ser (5) impulsividad, (6) toma de riesgos u (7) hostilidad. Sumado a esto, las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos patológicos de la personalidad deben ser relativamente omnipresentes y estables en

el tiempo (Criterio C). Estos aspectos deben mostrar además un inicio que se remonte al menos a la adolescencia (Criterio D), no deben ser mejor explicados por otra patología mental (Criterio E), y no pueden ser atribuibles a efectos fisiológicos por consumo de sustancias o producto de otra condición médica (Criterio F). De manera más sutil, también se observa la diferencia de agregar la palabra "relativamente" a los criterios de estabilidad temporal e inflexibilidad del trastorno, en respuesta a evidencia empírica que respalda la necesidad de suavizar los mismos (Arana, 2023).

Además de la categoría de TLP, este nuevo modelos híbrido dimensional-categorial del DSM mantiene la presencia de otros cinco síndromes de la personalidad categóricos, los trastornos: antisocial, evitativo, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. Mientras que los cuatro TP restantes fueron eliminados por falta de evidencia empírica. Este enfoque también contempla el diagnóstico de "Trastorno de la Personalidad: Especificado por Rasgos" (PD-TS), el cual se aplica cuando se reconoce la presencia de un trastorno de personalidad, pero la persona no cumple con los criterios completos para uno de los trastorno específicos mencionados (APA, 2022).

Según la propia Asociación Americana de Psiquiatría (2022), la inclusión de ambos abordajes para el diagnóstico de trastornos de la personalidad en el DSM 5 refleja un esfuerzo por preservar la continuidad de la práctica clínica actual, al mismo tiempo que se intenta abordar algunas de sus limitaciones al centrarse en el deterioro funcional del yo y en el ámbito interpersonal como características principales del nuevo enfoque híbrido alternativo.

El Modelo Alternativo Dimensional del CIE 11

A diferencia del modelo categorial predecesor, el nuevo enfoque completamente dimensional de la undécima actualización del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) reconoce el trastorno de la personalidad como un continuo de los estados de personalidad saludable. Este modelo reduce la clasificación del trastorno de la personalidad al uso de una sola categoría simple; es decir, la persona cumple con la definición general de trastorno de la personalidad o no (Campbell et al., 2020), eliminando todas las categorías de trastornos de la personalidad, excepto una descripción general que puede especificarse como "leve", "moderada" o "severa" (Mulder, 2021), en función de la gravedad de la disfunción que presente el paciente. El Grupo de Trabajo del CIE-11, reconoce además que los trastornos de personalidad pueden tener un curso fluctuante a lo largo del tiempo, con un inicio temprano, pero sin necesariamente mantener la misma intensidad. Asimismo, para que los rasgos sean útiles en la práctica clínica, deben ser consistentes entre los evaluadores, mientras que los rasgos más complejos serán analizados exclusivamente por especialistas (Figueroa Cave, 2018).

De acuerdo a La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) el Trastorno de la Personalidad se caracteriza por problemas en el funcionamiento del yo, como la identidad, la autoestima y la autodirección, así como por disfunciones en las relaciones interpersonales, que afectan la capacidad para desarrollar y mantener vínculos satisfactorios y gestionar conflictos. Para establecerse el diagnóstico estos problemas deben persistir durante al menos dos años, perjudicando el sano desarrollo del individuo, y manifestándose en patrones inadaptados de cognición, emoción y comportamiento, que son inflexibles, mal regulados, y generan un malestar significativo o un deterioro importante en múltiples áreas de la vida de la persona como la vida personal, familiar, social, educativa y ocupacional.

Esta nueva forma de diagnosticar un TP según la CIE-11 consta entonces de tres etapas: primero, se determina si la persona presenta un problema de personalidad; luego, se evalúa la gravedad del problema; y, por último, se identifica el dominio cualitativo que mejor describe las características del paciente (Arana, 2023).

Con respecto al primer paso, se evalúan los siguientes aspectos: (a) el grado y la extensión de los problemas en el funcionamiento del yo, (b) la severidad y la presencia de la disfunción interpersonal en diferentes contextos, (c) la prevalencia, severidad y cronicidad de las manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales de la alteración de la personalidad, y (d) la relación entre estos patrones y el malestar o deterioro psicosocial (Reed et al., 2019, citado en Arana, 2023). La noción de dificultades de la personalidad es valiosa, ya que permite al clínico señalar rasgos destacados del paciente sin recurrir a una patologización (Arana, 2023), disminuyendo también el estigma.

En la segunda fase, se establecen cinco niveles de severidad para los trastornos de personalidad: (1) sin problemas evidentes, (2) dificultades de personalidad, (3) trastorno de personalidad leve, (4) moderado y (5) severo. Los dos primeros niveles se consideran no patológicos, mientras que los tres últimos corresponden a diagnósticos de trastorno de personalidad (Arana, 2023). El Trastorno de Personalidad Leve (3) cumple con los criterios diagnósticos, pero las alteraciones afectan solo algunas áreas, generando problemas en varias relaciones sociales, aunque algunos roles se mantienen. Las manifestaciones son leves, con poco daño a sí mismo o a otros, pero pueden causar un malestar significativo en áreas específicas. En el Trastorno de Personalidad Moderado (4), se cumplen todos los criterios, con alteraciones que impactan múltiples áreas, como la identidad y el control de impulsos, y hay dificultades significativas en las relaciones y en el desempeño social y laboral. Las manifestaciones pueden incluir daños moderados a sí mismo o a otros y un notable deterioro en varias áreas de la vida. Finalmente, el Trastorno de Personalidad Grave (5) cumple con los criterios diagnósticos, presentando alteraciones severas en el funcionamiento del yo y en las relaciones interpersonales, con un compromiso grave en la capacidad para desempeñar roles sociales y laborales. Las manifestaciones son graves, a menudo con daños

significativos a sí mismo o a otros, y un deterioro severo en casi todas las áreas de la vida (OMS, 2019).

Como última etapa del proceso diagnóstico, se busca describir la cualidad del trastorno a través de los dominios de rasgos, que pueden ser o no patológicos. El comportamiento del paciente se describe entonces utilizando cinco dominios de rasgos de personalidad, basados en dimensiones similares al Modelo de Cinco Factores y al DSM-5 (Figueroa Cave, 2018), donde se incluyen según la OMS (2019):

1. **Afectividad negativa:** Tendencia a experimentar un amplio rango de emociones perturbadoras (como angustia, rabia, autodesprecio, irritabilidad), labilidad y regulación deficiente de las emociones, actitudes negativistas, problemas de autoestima y confianza en sí mismo, y desconfianza en los demás, a menudo con una frecuencia e intensidad desproporcionadas a la situación.
2. **Desapego:** tendencia a mantener una distancia interpersonal (distanciamiento social) y emocional (distanciamiento emocional), incluyendo evitar interacciones sociales, falta de amistades, evitar la intimidad, mostrar reserva, aislamiento, y una expresión y experiencia limitadas de las emociones.
3. **Comportamiento Disocial:** caracterizado predominantemente por la indiferencia por los derechos y sentimientos de los demás, manifestándose en la falta de empatía por los demás, el egocentrismo, expectativa de admiración por parte de otros, comportamientos manipuladores, un sentido magnificado de autorización, indiferencia respecto al impacto que tiene las propias acciones en los demás, ser engañoso, agresivo, insensible ante el sufrimiento ajeno y cruel en busca de lograr los propios objetivos.
4. **Desinhibición:** tendencia a actuar de manera precipitada ante sensaciones, emociones, pensamientos inmediatos, sin considerar las posibles consecuencias negativas. Algunas manifestaciones comunes incluyen la impulsividad, la distracción, la irresponsabilidad, la imprudencia y la falta de planificación.
5. **Características anancásticas:** se distingue principalmente por un enfoque rígido y estrecho en el estándar de perfección y de lo correcto e incorrecto, así como por el control del comportamiento de uno mismo y de los demás, y de las situaciones. Algunas manifestaciones comunes incluyen el perfeccionismo, la preocupación por las obligaciones y las normas de lo correcto e incorrecto, la atención exacerbada al detalle, las rutinas diarias rígidas y sistemáticas, la programación y planificación excesivas, el énfasis en el orden y la pulcritud, limitación y control rígido de las emociones, obstinación e inflexibilidad, evitación del riesgo, perseverancia y deliberación.

Los calificadores de los dominios de rasgos permiten describir las características de personalidad más acentuadas o las dificultades de la personalidad que contribuyen a la alteración en trastornos o dificultades de la personalidad. Estos dominios son continuos y presentes también en personas sin trastornos, no como categorías diagnósticas, sino como dimensiones que reflejan la estructura subyacente de la personalidad. Se pueden usar tantos calificadores como sean necesarios, siendo más numerosos en los casos de trastornos de personalidad más graves (OMS, 2019).

A pesar del drástico cambio de enfoque, el modelo de CIE-11 también adolece de ciertos residuos categoriales, incluyendo un solo diagnóstico categorial llamado “Patrón Borderline” (Arana, 2023). Este especificador se aplica a personas cuya alteración de la personalidad se caracteriza por una inestabilidad generalizada en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, junto con impulsividad marcada. Y que muestran la presencia de al menos cinco de las siguientes manifestaciones: (a) esfuerzos desesperados por evitar el abandono (ya sea real o imaginado); (b) relaciones interpersonales intensas e inestables; (c) una autoimagen o sentido del yo alterados; (d) impulsividad en situaciones de gran afectividad negativa, con comportamientos autodestructivos; episodios de autolesiones; (e) inestabilidad emocional; (f) sentimientos persistentes de vacío; ira intensa y difícil de controlar; y (g) episodios de disociación o síntomas psicóticos bajo estrés emocional intenso (OMS, 2019).

Entre los síntomas adicionales, que no siempre están presentes en todos los individuos, se incluyen una visión negativa de uno mismo, viéndose como inadecuado, culpable o despreciable; una profunda sensación de ser diferente y aislado de los demás, lo que genera una dolorosa alienación y soledad; además, es común la hipersensibilidad al rechazo, con dificultades para mantener niveles estables de confianza en las relaciones interpersonales y frecuentes malas interpretaciones de señales sociales (Wu et al., 2022).

Mientras que en el entorno clínico se espera que la mayoría de los pacientes con TLP sean clasificados como teniendo un trastorno de personalidad severo, este nuevo modelo del CIE-11 permite calificar a pacientes con TLP en los que algunas áreas del funcionamiento de la personalidad están relativamente menos afectadas como si sufrieran un trastorno de personalidad moderado (Wu et al., 2022). A su vez, existe un clasificador de inicio tardío que se aplica en casos donde no haya evidencias previas de un TP antes de los 25 años de edad del paciente (Figuroa Cave, 2018).

El modelo diagnóstico dimensional del CIE-11 para los trastornos de la personalidad, es oficial y puede ser utilizado por los profesionales desde enero de 2022. Esta onceava actualización del manual representa un modelo basado en evidencia y más simple en comparación con su versión predecesora (Mulder, 2021). Los avances conceptuales significativos del nuevo modelo, sumados a su alcance masivo como el sistema diagnóstico oficial más utilizado a nivel mundial y adoptado por los 194 países de la OMS, establecen las

bases para un posible cambio de paradigma, cuyo éxito solo podrá evaluarse con el tiempo (Arana, 2023). Se espera que su implementación conduzca a una mejor comprensión y atención de los trastornos de la personalidad, pero para que esta nueva clasificación pueda mostrarse exitosa, debe ser adoptada por los profesionales de la salud mental en la práctica cotidiana, así como estudios futuros que confirmen su efectividad (Mulder, 2021).

Discusión y direcciones futuras sobre los nuevos modelos diagnósticos dimensionales

Tanto la propuesta del modelo híbrido presentado en el DSM-5 como la alternativa enteramente dimensional del CIE-11 han generado reacciones mixtas en los clínicos y la comunidad científica.

Quienes son más optimistas respecto al cambio de paradigma para el diagnóstico y abordaje de los trastornos de la personalidad refieren a que en general, los modelos dimensionales ofrecen un marco basado en evidencia con potencial para facilitar el diagnóstico y los planes de tratamiento personalizados, por lo que les atribuyen un futuro prometedor (Monaghan y Bizumic, 2023). Además, los datos indican que las descripciones basadas en rasgos predicen mejor el funcionamiento de los pacientes que las categorías, sugiriendo que los cambios en los rasgos de personalidad pueden predecir cambios en los síntomas, pero no viceversa. Esto implica que los rasgos reflejan de manera más precisa la realidad de los TP (Herpertz et al., 2017).

Se destaca también, que la evidencia respalda una mayor utilidad clínica de los sistemas dimensionales, especialmente en términos de cobertura, fiabilidad y capacidad para guiar la toma de decisiones clínicas (Verheul, 2005). Asimismo, se afirma que el trabajo relacionado a estos nuevos modelos promueve la realización de investigaciones empíricas y el uso de herramientas diagnósticas estandarizadas, facilitando no solo el diagnóstico clínico, sino también un seguimiento de las patologías y una comprensión clara de las variaciones del paciente en su entorno (Figueroa Cave, 2018).

Por otro lado, investigaciones han encontrado que herramientas como el SCID-II-PQ y el PID-5 son útiles para detectar los rasgos del Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), apoyando la precisión del modelo alternativo del DSM-5 para este diagnóstico. A pesar de algunas limitaciones, como el enfoque en un entorno hospitalario específico y el uso de distintas muestras, los resultados refuerzan la validez de este abordaje (Fowler et al., 2018). A su vez, en el CIE-11 se ha incluido un calificador de "patrón límite" con el objetivo de lograr una mejor alineación de este manual con el DSM-5, lo cual facilita un diagnóstico más coherente entre ambos sistemas (Mulder, 2021).

Respecto a este punto, se afirma que los dominios de rasgos en la CIE-11 en general están diseñados de manera que se alinean con los del modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad (AMPD), mostrando similitudes en cómo ambos sistemas describen los rasgos de la personalidad. Esto ha sido respaldado por investigaciones que señalan que ambos modelos capturan características similares, desarrollándose un algoritmo basado en datos de diferentes poblaciones para delinear estos cinco dominios de rasgos, lo que refuerza su rigor científico (Mulder, 2021). Aún más, estudios meta-analíticos han encontrado una validez convergente moderada ($r = 0.62$) entre los nuevos sistemas diagnósticos de la CIE-11 y el DSM-5 en lo que respecta a la severidad y los rasgos de los trastornos de la personalidad, lo que indica una armonización empírica entre ambos (Figueroa Cave, 2018), pudiendo ser utilizados de manera intercambiable para medir los mismos constructos (Hualparuca-Olivera et al., 2023).

Por último, aunque la evidencia sobre la utilidad clínica de estos modelos es aún limitada debido a su grado de novedad y reciente publicación, algunos estudios ya indican que los clínicos encuentran la CIE-11 ligeramente más útil que la CIE-10 (Mulder, 2021). Estudios recientes indican que los dominios de rasgos del CIE-11 capturan efectivamente los trastornos de personalidad categoriales tradicionales, sin pérdida de información clínica relevante al cambiar a un modelo dimensional. El CIE-11 se presenta entonces como una herramienta accesible para los profesionales, especialmente en países con recursos limitados, facilitando la clasificación de trastornos de personalidad de manera más ágil (Figueroa Cave, 2018).

Sin embargo, los modelos propuestos no están exentos de críticas. Aunque las revisiones recientes realizadas por el Grupo de Trabajo de Trastornos de la Personalidad del DSM-5 introdujeron cambios importantes en la conceptualización y diagnóstico de estos trastornos, la decisión de mantener seis de los diez trastornos de personalidad categoriales dentro de un esquema híbrido decepcionó a quienes apoyaban firmemente el cambio hacia un enfoque completamente dimensional (Arana, 2023). Si bien este sistema híbrido busca facilitar la implementación del nuevo enfoque en la práctica clínica, han surgido dudas sobre su capacidad para resolver problemas persistentes en el modelo anterior, como la superposición de categorías y la alta comorbilidad. De hecho, se ha argumentado que los modelos puramente dimensionales superan a los enfoques clínicos espectrales en términos de cobertura y consistencia con la etiología subyacente (Verheul, 2005).

En esta línea, también se cuestiona la inclusión del especificador del patrón límite en el nuevo enfoque de la CIE-11, señalando que permite a los clínicos diagnosticar el TLP de manera muy similar al modelo categorial, sugiriéndose que esta decisión responde principalmente a un compromiso político y a una solución pragmática. Se critica que este

especificador carece de validez empírica (Arana, 2023) y se considera redundante, ya que no aporta información adicional a la ofrecida por los dominios de rasgos (Mulder, 2021).

Quienes son más críticos con la idea de migrar a un paradigma dimensional, abandonando el sistema categorial para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, señalan que un cambio tan radical en los sistemas de clasificación plantea el problema de que los hallazgos de estudios previos no se traducirían directamente al nuevo enfoque. Esto, a su vez, limita la evidencia disponible sobre su utilidad y validez en la actualidad. Sin embargo, el modelo AMPD, aunque no es la clasificación oficial del DSM-5, se ha utilizado ampliamente en investigaciones recientes sobre trastornos de la personalidad y se puede traducir razonablemente al sistema de la ICD-11 (Mulder, 2021).

En cuanto a la utilidad clínica, también se cuestiona la falta de facilidad de uso del AMPD del DSM-5, señalando que su complejidad dificulta su aplicación en la práctica. Se argumenta además que la adopción de un modelo dimensional para el diagnóstico de los TP exigiría que los profesionales se familiaricen con todo un nuevo proceso y conjunto de criterios. Y aunque un sistema de clasificación no debería priorizar la simplicidad a costa de la validez o la atención al paciente, la facilidad de uso sigue siendo fundamental para la adopción exitosa de nuevos enfoques (Coyne, 2013).

De igual manera, se ha criticado la baja confiabilidad entre pares del CIE-11 debido a la rigidez de sus criterios basados en respuestas de sí/no (Figuroa Cave, 2018). Además, se señala que, aunque la introducción de una dimensión de severidad puede ser útil para reflejar cambios en el deterioro funcional, se basa en descripciones generales y no proporciona una imagen normativa de una personalidad bien funcionante, lo que puede afectar la fiabilidad del diagnóstico y contribuir a la estigmatización (Herpertz et al., 2017). Se señala también que la heterogeneidad de la psicopatología abarcada bajo una misma dimensión diagnóstica podría limitar la utilidad terapéutica y la planificación específica, al contrario de lo esperado. Y aunque se han desarrollado guías clínicas, estas se han evaluado en estudios de campo limitados y solo existe un instrumento de autoaplicación, "The Personality Inventory", que no ha sido validado (Figuroa Cave, 2018). Aún más, se cuestiona que los dominios de rasgos propuestos en la CIE-11 son considerados calificadores secundarios y carecen de detalles a nivel de faceta, lo que complica la gestión clínica y la atención a los problemas interpersonales, que suelen ser el enfoque principal. La evaluación de estos dominios recaería en especialistas, pudiendo generar confusión en el diagnóstico y tratamiento (Herpertz et al., 2017).

En lo que sí se evidencia un consenso general de la comunidad, es en la necesidad de aumentar los esfuerzos y realizar una mayor cantidad de estudios empíricos comparativos que permitan confirmar con certeza la efectividad y utilidad clínica superior de las nuevas propuestas dimensionales, así como evaluar su impacto en la conceptualización, diagnóstico

y tratamiento de los TP (Samuel et al., 2012). También se resalta la necesidad de abordar los problemas como la pérdida de información y la cobertura insuficiente (Verheul, 2005), así como asegurar una integración eficaz entre las dimensiones del deterioro funcional y las facetas de rasgos en el diagnóstico de TP (Herpertz et al., 2017).

Se destaca además la importancia de diversificar las medidas ampliando el uso de herramientas psicométricas, fomentar estudios longitudinales que integren factores biológicos, evaluar la eficacia del tratamiento, integrar modelos transculturales, explorar si estos enfoques reducen el estigma (Monaghan y Bizumic, 2023) y considerar las opiniones de los pacientes antes de implementar cambios significativos en la clasificación que afecten de forma profunda la atención médica (Herpertz et al., 2017).

En síntesis, cualquiera que sea el modelo utilizado, debe asegurar diagnósticos empíricamente válidos, así como proporcionar herramientas clínicamente útiles y reducir el riesgo de estigmatización continua para las personas que padecen este tipo de patologías (Herpertz et al., 2017). Un diagnóstico preciso es fundamental para garantizar el acceso y la derivación a tratamientos adecuados, tomando en consideración las características y el contexto particular de cada persona (Campbell et al., 2020).

Consideraciones Finales

¿Es posible capturar la complejidad de las experiencias y las características de una persona en un diagnóstico? Al categorizar el Trastorno Límite de la Personalidad, ¿estamos ayudando a quienes lo padecen o simplemente los estamos encasillando en una definición reductiva y estigmatizante? Estas fueron algunas de las preguntas que inspiraron esta monografía, y son puntos sobre los cuales se propone problematizar.

La importancia y los beneficios de realizar diagnósticos oportunos y precisos están ampliamente demostrados. El diagnóstico es una pieza central de la atención clínica ya que, como se ha desarrollado anteriormente, permite al profesional de la salud mental una mejor comprensión de lo que le sucede al paciente, lo guía en la toma de decisiones, facilita la planificación de intervenciones adecuadas y efectivas, lo orienta sobre el curso típico de la patología y le permite anticipar posibles desafíos, mejorando el pronóstico del paciente a largo plazo. A su vez, un diagnóstico sólido y bien fundado, puede ayudar, tanto al paciente como a su entorno, a comprender la naturaleza del sufrimiento, dar sentido a sus experiencias y legitimidad a su dolor (Espinosa Landaure, 2023), facilitando el abordaje del problema. A nivel macro, los diagnósticos proporcionan un lenguaje común entre los profesionales de la salud, impulsan la investigación científica y promueven la creación de políticas públicas.

Sin embargo, a pesar de que estos entendimientos son compartidos, se sigue discutiendo cuáles son los métodos más adecuados para lograr los resultados mencionados.

El sistema diagnóstico categorial en salud mental es en el presente el modelo más utilizado para establecer las bases de los tratamientos e investigaciones, pero también ha demostrado ser problemático y estar dotado de limitaciones, especialmente cuando lo que se intenta abordar es la complejidad de la personalidad.

A lo largo de este trabajo, se han analizado diversas dificultades diagnósticas inherentes al enfoque categorial del Trastorno de Personalidad Límite (TLP), incluyendo las altas tasas de comorbilidad, el considerable solapamiento diagnóstico, la excesiva variedad de combinaciones sintomáticas posibles en su presentación y la elevada heterogeneidad de los pacientes que abarca. También se ha abordado la cuestión de su rigidez, cronicidad y pronóstico desfavorable, así como su contribución a la perpetuación de estereotipos negativos que resultan en niveles significativos de discriminación y estigmatización para los pacientes, incluso dentro del propio sistema de salud. Llegando a ser llamado por ciertos autores y profesionales un “diagnóstico papelera” que es sobreutilizado como constructo para englobar a aquellos pacientes que el sistema no sabe cómo clasificar (Fernández-Guerrero, 2017).

En un intento por solucionar algunos de estos desafíos, es que en los últimos años se ha generado un importante caudal de investigaciones que exploran modelos alternativos basados en la visión de que las personas con trastornos de la personalidad, incluyendo el TLP, no son cualitativamente distintas a la población general, sino que tanto la personalidad normal como la patológica son parte de un continuo de rasgos subyacentes (Monaghan y Bizumic, 2023), siendo la severidad de la patología un mejor predictor del sufrimiento y la disfunción de los individuos (Mulder, 2021). Estas alternativas dimensionales han ido ganando terreno llegando a ser incluidas en las últimas versiones de los principales manuales diagnósticos y estadísticos, el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría, y el CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud.

Si bien es cierto que estos enfoques más flexibles, que ofrecen una comprensión más matizada del sufrimiento y las experiencias de los pacientes, no están exentos de cuestionamientos, y que la realización de un mayor volumen de estudios es necesaria, tal como se ha demostrado en el capítulo anterior, existe evidencia científica que afirma que las descripciones basadas en rasgos predicen mejor el funcionamiento de los pacientes que las categóricas, permitiendo una consideración profunda de la singularidad y complejidad de cada individuo. Los hallazgos respaldan además su superior utilidad clínica, especialmente en términos de cobertura, fiabilidad y guía para la toma de decisiones.

A pesar de estos beneficios potenciales, la adopción de los modelos dimensionales en la práctica clínica es reducida y enfrenta aún varios obstáculos, como la resistencia al cambio y la falta de formación adecuada en la comunidad. Esto dificulta a su vez la recopilación de datos empíricos que podrían demostrar de manera todavía más contundente

su superioridad. No obstante, se proyecta un futuro prometedor para estos enfoques ya que no solo podrían mejorar la precisión diagnóstica y la efectividad del tratamiento mediante intervenciones más personalizadas, sino también reducir el estigma asociado a las etiquetas rígidas que fomentan el rechazo social.

En síntesis, este trabajo busca contribuir al debate sobre la necesidad de actualizar los sistemas diagnósticos y promover la adopción de enfoques más inclusivos, y que representen mejor la complejidad humana. Superar la falta de aplicación de las propuestas dimensionales en el ámbito clínico permitiría una transición efectiva hacia nuevos enfoques en el tratamiento de personas con TLP, avanzando hacia un diagnóstico más preciso, un tratamiento más eficaz y una menor estigmatización, garantizando una atención que no solo se ajuste mejor a las necesidades reales de los pacientes, sino que sea también más ética y respetuosa. Para cerrar, y en sintonía con lo expresado, las palabras de Coral More (2018) en su inspiradora charla TED "*Borderline Talks Back*" nos recuerdan la importancia de un enfoque humano y comprensivo hacia quienes viven con este diagnóstico:

Históricamente, los psicólogos han clasificado a las personas en categorías de trastornos de la personalidad basadas en una combinación de rasgos clínicos. Esto es un caldo de cultivo para el estigma porque sugiere que nacimos en esta categoría y permaneceremos allí para siempre. Sin embargo, lo que sabemos sobre los seres humanos es que no encajamos fácilmente en cajas; cambiamos con el tiempo e interactuamos con nuestro entorno (...). Me llaman "borderline" como si fuera un insulto, pero yo sé cómo se siente ser ilimitada. A las mujeres que sentimos en extremos se nos enseña a silenciar nuestro dolor, a moldearnos en una contorsión controlada, como un bonsái doblado en posiciones imposibles (...). Si las personas como yo, que experimentamos el extremo patológico del continuo, fuéramos vistas a través de un lente dimensional, no seríamos "borderlines". En lugar de eso, seríamos personas. Seríamos personas que no tenemos los recursos para lidiar con nuestro lugar en el continuo. Si las personas con trastornos de la personalidad fuéramos vistas primero como humanas y después como patológicas, no se negarían a atendernos. Si existiera un modelo dimensional, las personas que presentan rasgos de TLP no serían privadas de una atención adecuada debido al miedo de los clínicos a marcar sus registros con el estigma (00:08:13, 00:01:41, 00:10:44)

Referencias Bibliográficas

- Álvarez-Tomás, I. (2022). Evolución clínica y funcional a largo plazo del Trastorno Límite de la Personalidad. *Informaciones Psiquiátricas*, 248, 71-82.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- Arana, F. (2023). ¿Por qué diagnosticar la personalidad no es para cualquiera? En *Diagnóstico, nomenclatura y clasificación en salud mental: Perspectivas actuales* (pp. 375-417). Editorial Salerno.
- Azpiroz Núñez, M. del C., & Prieto Loureiro, G. (2008). *Trastornos de la personalidad*. Editorial Psicolibros y Wasala.
- Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & otros. (2002). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (2ª ed.). Paidós Psicología Psiquiatría Psicoterapia.
- Bozzatello, P., Blua, C., Brandellero, D., Baldassarri, L., Brasso, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2024). Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1320546. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1320546>
- Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D., & Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 972–981. <https://doi.org/10.1111/inm.12737>
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 92(3), 263–275. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.92.3.263>
- Coyne, C. (2013, 30 de mayo). *The clinical utility of a dimensional classification of BPD: A literature review*. Minnesota Psychological Association. https://www.mnpsych.org/index.php?option=com_dailyplanetblog&view=entry&year=2013&month=05&day=30&id=138:the-clinical-utility-of-a-dimensional-classification-of-bpd-a-literature-review
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of personality disorders*, 25(3), 321–330. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321>
- Díaz Arrieta, Z., Martínez Santamaría, E., & González Gualdrón, D. (2022). *Una mirada al trastorno límite de la personalidad o borderline* (Tesis de pregrado, Universidad

- Cooperativa de Colombia). Repositorio Institucional UCC.
<https://hdl.handle.net/20.500.12494/48441>
- Espinosa Landaure, P. M. (2023). *Vivir al borde: Narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Lima). Repositorio Institucional de la PUCP.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/194644>
- Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200005>
- Figueroa Cave, G. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: La clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 260-268. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v56n4/0717-9227-rchnp-56-04-0260.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v56n4/0717-9227-rchnp-56-04-0260.pdf)
- Fowler, J. C., Madan, A., Allen, J. G., Patriquin, M., Sharp, C., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2018). Clinical utility of the DSM-5 alternative model for borderline personality disorder: Differential diagnostic accuracy of the BFI, SCID-II-PQ, and PID-5. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 97–103.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.003>
- Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E., & Viswanathan, M. (2021). Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS drugs*, 35(10), 1053–1067. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00855-4>
- Greenwald, M., & Young, J. (1998). Schema-focused therapy: An integrative approach to psychotherapy supervision. *Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly*, 12(2), 109–126. https://www.researchgate.net/publication/291491675_Schema-focused_therapy_An_integrative_approach_to_pschotherapy_supervision
- Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., Moran, P., Newton-Howes, G., Scott, L., & Sharp, C. (2017). The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. *Journal of personality disorders*, 31(5), 577–589. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338
- Hualparuca-Olivera, L., Caycho-Rodríguez, T., Torales, J., & Ramos-Campos, D. (2023). Convergence between the dimensional PD models of ICD-11 and DSM-5: a meta-analytic approach. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1325583.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1325583>
- Kaplan M. (1983). A woman's view of DSM-III. *The American psychologist*, 38(7), 786–792.

- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445–458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Levy, K., Draijer, N., Kivity, Y., Yeomans, F., & Rosenstein, L. (2019). Transference-focused psychotherapy (TFP). *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6, Article 10.1007/s40501-019-00193-9. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00193-9>
- Linehan M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261–276.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de la personalidad límite*. Paidós.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Londoño Paredes, D. E., (2015). Epistemología, filosofía de la mente y bioética. Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad límite o borderline. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 189-195.
- Monaghan, C., & Bizumic, B. (2023). Dimensional models of personality disorders: Challenges and opportunities. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1098452. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1098452>
- More, C. (2018, marzo). *Borderline Talks Back*. TED. Recuperado el 18 de Octubre de https://www.ted.com/talks/coral_more_borderline_talks_back?subtitle=en&lng=es
- Mulder R. T. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in psychiatry*, 12, 655548. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655548>
- Muñoz, LF. & Jaramillo, LE. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos?. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35 (125), 111-121 Madrid. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
- Ociskova, M., Prasko, J., Vanek, J., Nesnidal, V., Sollar, T., & Slepecky, M. (2023). Stigma and self-stigma in borderline personality disorder: A narrative review. *Neuro endocrinology letters*, 44(4), 206–215.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 11.^a revisión (CIE-11). <https://icd.who.int/browse11>

- Ruiz, M., & Vairo, M. C. (2008). Trastorno límite de la personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres (Borderline personality disorder. Kingdom of women, land without men). *Vertex* (Buenos Aires, Argentina), 19(81), 303–308.
- Samuel, D. B., Miller, J. D., Widiger, T. A., Lynam, D. R., Pilkonis, P. A., & Ball, S. A. (2012). Conceptual changes to the definition of borderline personality disorder proposed for DSM-5. *Journal of abnormal psychology*, 121(2), 467–476. <https://doi.org/10.1037/a0025285>
- Sánchez-Quintero, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad (Introduction to the mentalization-based treatment for borderline personality disorder). *Acción psicológica*, 10(1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 583–593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Sharp, C., Wright, A. G., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors?. *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 387–398. <https://doi.org/10.1037/abn0000033>
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 379, 61–68. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05820.x>
- 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., & Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487–504.
- Soares, L., Silva, A., Balliari, E., Perrote, G., Caracuel, F., Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. (2023). Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* Volumen 22, número 3, 7-16.
- Stiles, C., Batchelor, R., Gumley, A., & Gajwani, R. (2023). Experiences of Stigma and Discrimination in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of personality disorders*, 37(2), 177–194. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.177>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Pereira Ribeiro, J., Kongerslev, M. T., Völlm, B. A., Mattivi, J. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., Callesen, H. E., Sales, C. P., Schaug, J. P., Simonsen, E., & Lieb, K. (2022). Pharmacological interventions

- for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD012956. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012956.pub2>
- Verheul R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of personality disorders*, 19(3), 283–302. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.283>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P. Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. doi:10.1192/bjp.2019.166
- Wu, T., Hu, J., Davydow, D., Huang, H., Spottswood, M., & Huang, H. (2022). Demystifying borderline personality disorder in primary care. *Frontiers in medicine*, 9, 1024022. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1024022>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505–523.