

# Factores asociados al diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios

R. Molina Ramos<sup>a</sup>, J. L. Carrasco Perera<sup>b</sup>, A. Pérez Urdaniz<sup>a</sup> y S. Sánchez Iglesias<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario de Salamanca. <sup>b</sup> Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

## Factors associated to the diagnoses of borderline personality disorder in psychiatric out-patients

### Resumen

**Introducción.** Dentro de los trastornos de la personalidad el trastorno límite (TLP) es el más prevalente en poblaciones clínicas, sin embargo presenta dificultades diagnósticas en parte debidas a su propia heterogeneidad. El propósito de este estudio es describir y evaluar la posible relación entre variables clínico-psicobiográficas y el diagnóstico de TLP.

**Método.** Se realizó un estudio de tipo transversal en 73 pacientes psiquiátricos ambulatorios, mediante un protocolo de recogida de datos que contenía aspectos sociodemográficos, psicobiográficos de la infancia e historia sexual y antecedentes psiquiátricos. Como instrumento de evaluación de la personalidad se utilizó el International Personality Disorders Examination (IPDE).

**Resultados.** Los pacientes límites autoinformaban de experiencias traumáticas, abusos físicos y/o sexuales en la infancia en mayor proporción que el grupo sin TLP. Las dudas sobre la identidad sexual y la existencia de relaciones homosexuales eran características que diferenciaban a los pacientes con TLP. El análisis de los antecedentes psiquiátricos indicaba un mayor porcentaje de ingresos e intentos autolíticos y de trastornos por consumo de sustancias en el eje I.

**Conclusiones.** La consideración de estas características sugieren un perfil que puede ser de utilidad al clínico para sospechar la existencia de un TLP ayudando a realizar un diagnóstico precoz.

**Palabras clave:** trastorno, personalidad, límite, inestabilidad emocional, epidemiología, IPDE, diagnóstico.

### Summary

**Introduction.** Borderline personality disorder (BPD) is the most common personality disorder in clinical settings, however, this disorder presents diagnostic difficulties because of the own heterogeneous character. The purpose of this study was to describe and examine the possible relationship between clinic-psychobiographical aspects of the patients and diagnoses of BPD.

**Method.** A transversal study was assessed in 73 psychiatric outpatients, by protocol of data collection about social and demographic aspects, psychobiographic aspects about childhood, sexual history and psychiatric earlier. International Personality Disorders Examination (IPDE) was used to evaluate the personality disorder.

**Results.** Borderline patients self-reported of traumatic experiences, physical and/or sexual abuse in childhood in more percentage than the group without BPD. Sexual identity disturbance and homosexual relations were associated with BPD. Psychiatry earlier of hospitalization, suicide attempts and substance use disorders were more frequent in BPD patients.

**Conclusions.** These results suggest a profile that can be used to suspect a BPD and help to do precocious diagnoses.

**Key words:** borderline, personality, disorder, emotionally unstable, epidemiology, IPDE, diagnostic.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación de la personalidad puede resultar difícil ya que en muchos casos no es posible diferenciar si

estamos ante un trastorno de la personalidad (TP) o es un artefacto estado-rasgo derivado de la patoplastia que la personalidad premórbida tiene sobre otros trastornos mentales. En el caso del trastorno límite de la personalidad (TLP) esa dificultad diagnóstica es mayor, si tenemos en cuenta que durante muchos años ha sido una entidad cuestionable, caracterizándose por una marcada heterogeneidad clínica y una elevada comorbilidad con otros trastornos tanto del eje II<sup>1-6</sup> como del eje I<sup>7-15</sup>. Esta situación ha hecho con frecuencia sea una entidad

### CORRESPONDENCIA:

R. Molina Ramos.  
Hospital Universitario de Salamanca.  
Paseo de San Vicente nº 58-182.  
37007 Salamanca  
Correo electrónico: rosammolina@canal21.com

incorrecta o infradiagnosticada. De hecho, para muchos clínicos sigue constituyendo un auténtico cajón de sastre donde incluir a pacientes difíciles de clasificar en otras categorías o que presentan resistencia a los tratamientos, otros sin embargo son reacios a realizar este diagnóstico. Pero de lo que no cabe duda es que todos encuentran en su práctica clínica este tipo de pacientes, si tenemos en cuenta su elevada prevalencia. En este sentido, se considera que es el TP más prevalente en poblaciones clínicas. Se estima que en torno al 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y el 15%-20% de los hospitalizados tienen un TLP<sup>16-18</sup>.

Una correcta entrevista clínica adoptando un punto de vista longitudinal es esencial en el diagnóstico, si bien puede resultar útil el uso de instrumentos para la evaluación de la personalidad en forma de cuestionarios autoadministrados o entrevistas semiestructuradas. A pesar de que los cuestionarios autoadministrados tienen la ventaja de ahorrar tiempo al clínico, frecuentemente originan un diagnóstico de falso positivo y permiten la contaminación de los rasgos del eje II por los estados del eje I<sup>19</sup>, además de que requieren un grado de *insight* que, casi por definición, está ausente en la mayoría de los pacientes que padecen un TP<sup>20</sup>. Las entrevistas semiestructuradas permiten clarificar contradicciones o ambigüedades en las respuestas del paciente y determinar si los rasgos son permanentes o bien están limitados a una situación específica. Requieren que el entrevistador use ciertas preguntas, generalmente basadas en criterios DSM o CIE, que facilitan un diagnóstico preciso.

La información proporcionada por familiares u otras fuentes puede ser también de utilidad en el diagnóstico, aunque no existe consenso sobre cuál es más válida. Zimmerman<sup>21</sup> realizó una revisión de los estudios que usaban estos informadores para el diagnóstico, demostrando un pobre acuerdo entre la información dada por los propios pacientes y otras fuentes, identificándose más patología de la personalidad cuando se consideraba la versión de otros informadores.

Dentro de estas dificultades diagnósticas, de lo que no cabe duda es que todos los clínicos, independientemente de su orientación teórica, realizan el diagnóstico a partir de la información proporcionada por sus pacientes<sup>22</sup>. Por eso nuestro objetivo era evaluar si determinadas características clínicas y psicobiográficas autoinformadas por los pacientes se relacionaban con el diagnóstico de TLP.

## MÉTODO

Se diseñó un estudio unicéntrico, observacional y descriptivo de tipo transversal en pacientes psiquiátricos ambulatorios seleccionados por muestreo consecutivo en base a los siguientes criterios:

1. Edad comprendida entre los 18 y 65 años.
2. Puntuación  $\geq 3$  para el TLP en el cuestionario autoadministrado IPDE.

3. Ausencia de patología grave depresiva, ansiosa o psicótica evaluada mediante el Inventario para la depresión de Beck (BDI), Inventario ansiedad estado-rasgo (STAI) y la Escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS) –con el fin de que dicha patología del eje I no interfiriera en la evaluación de la personalidad.

4. Ausencia de patología orgánica grave que pudiera estar asociada con el desarrollo de síntomas psiquiátricos.

La muestra estaba constituida por 73 pacientes psiquiátricos ambulatorios que verificaban dichos criterios y a quienes se administró un protocolo de recogida de datos específicamente diseñado para el estudio, que incluía variables sociodemográficas, psicobiográficas respecto a la infancia, relaciones interpersonales, sexualidad, así como antecedentes psiquiátricos personales y familiares. Es decir aspectos básicos que pueden recogerse en una entrevista clínica psiquiátrica. La Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) fue utilizada para investigar el nivel de funcionamiento general de los pacientes a nivel psicológico, social y laboral.

Para evaluar la personalidad se utilizaron ambos módulos DSM-IV y CIE-10 del *International Personality Disorders Examination* –entrevista semiestructurada– (IPDE)<sup>23</sup>.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS 10.0. Utilizamos estadística descriptiva para sintetizar y organizar los datos obtenidos: en el caso de variables cualitativas a través de frecuencias absolutas o relativas y para variables cuantitativas mediante medidas de posición y dispersión. El análisis comparativo entre datos categóricos se calculó mediante el estadístico  $\chi^2$ , cuando las frecuencias esperadas eran inferiores a 5 se utilizó la corrección de Yates y si eran inferiores a 2 la prueba exacta de Fisher. Para la comparación entre dos grupos de variables ordinales utilizamos la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney y para el análisis comparativo entre las variables cuantitativas y cualitativas la «t» de Student. Se consideró significativo un valor de p igual o menor de 0,05.

## RESULTADOS

Tras la aplicación del IPDE los 73 pacientes que constituían la muestra quedaron distribuidos en dos grupos: 40 pacientes con diagnóstico positivo para el TLP y 33 sin TLP. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables sociodemográficas entre ambos grupos (tabla 1). El 65% de los pacientes límites tenían una edad comprendida entre los 18 y 33 años. Respecto a los aspectos psicobiográficos de la infancia (tabla 2), la mayoría de los pacientes límites no habían tenido problemas de enuresis. Analizando una posible relación entre la hiperactividad en la infancia y el TLP encontramos que la mayoría de los pacientes límites no tenían estos antecedentes y que la proporción que sí los presentaba no difería de forma significativa con el grupo sin TLP. Las experiencias traumáticas tempranas y los abusos físicos en la infancia están relacionados con el

**TABLA 1.** Características sociodemográficas

	<i>Pacientes con TLP</i>	<i>Pacientes sin TLP</i>	<i>p</i>
	<i>n=40</i>	<i>n=33</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Sexo			0,7*
Mujer	25 (62,5)	27 (81,8)	
Varón	15 (37,5)	6 (18,2)	
Estado civil			0,2*
Soltero	26 (65)	25 (75,8)	
Casado	10 (25)	6 (18,2)	
Separado/divorciado	3 (7,5)	0 (0)	
Viudo	1 (2,5)	2 (6,1)	
Estudios			0,4*
Sin estudios	1 (2,5)	0 (0)	
Primarios	11 (27,5)	8 (24,2)	
Bachiller/FP	17 (42,5)	10 (30,3)	
Diplomado	3 (7,5)	5 (15,2)	
Licenciado	8 (20)	10 (30,3)	
Nivel económico			0,08 †
Alto	6 (15)	6 (18,2)	
Medio-alto	4 (10)	7 (21,2)	
Medio	12 (30)	11 (33,3)	
Medio-bajo	12 (30)	8 (24,2)	
Bajo	6 (15)	1 (3)	
Edad (media ± DE)	32,3 ± 8,3	31,1 ± 11,3	0,6 ‡

\* Chi-cuadrado; † U Mann-Whitney; ‡ «t» de Student; TLP: trastorno límite de la personalidad; DE: desviación estándar.

TLP, encontrándose presentes en mayor proporción en los pacientes límites que en el grupo sin este diagnóstico. La presencia de abusos sexuales autoinformados fue también mayor en el grupo de pacientes límites.

**TABLA 2.** Aspectos psicobiográficos de la infancia

	<i>Pacientes con TLP</i>	<i>Pacientes sin TLP</i>	<i>p</i>
	<i>n=40</i>	<i>n=33</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Enuresis			0,9
Si	12 (30)	10 (30,3)	
No	28 (70)	23 (69,7)	
Hiperactividad			0,4
Si	19 (47,5)	13 (39,4)	
No	21 (52,5)	20 (60,6)	
Experiencia traumática			0,01
Si	26 (65)	12 (36,4)	
No	14 (35)	21 (63,6)	
Abuso físico			< 0,01
Si	14 (35)	3 (9,1)	
No	26 (65)	30 (90,9)	
Abuso sexual			0,05
Si	14 (35)	5 (15,2)	
No	26 (65)	28 (84,4)	

TLP: trastorno límite de la personalidad.

**TABLA 3.** Características de la historia sexual

	<i>Pacientes con TLP</i>	<i>Pacientes sin TLP</i>	<i>p</i>
	<i>n=40</i>	<i>n=33</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Vida sexual			0,3
Satisfactoria	21 (52,5)	21 (63,6)	
Insatisfactoria	19 (47,5)	12 (36,4)	
Impulsividad sexual			0,1
Si	20 (50)	11 (33,3)	
No	20 (50)	22 (66,7)	
Problemas por impulsividad			0,3
Si	12 (60)	5 (45,5)	
No	8 (40)	6 (54,5)	
Dudas identidad			<0,001
Si	16 (40)	1 (3)	
No	24 (60)	32 (97)	
Orientación sexual			0,2
Heterosexual	33 (82,5)	31 (93,9)	
Bisexual	5 (12,5)	1 (3)	
Homosexual	2 (5)	1 (3)	
Relaciones homosexuales			<0,01
Si	10 (25)	1 (3)	
No	30 (75)	32 (97)	

TLP: trastorno límite de la personalidad.

Analizando aspectos de la vida sexual (tabla 3), encontramos que los pacientes límites tenían un porcentaje mayor de insatisfacción sexual y eran más impulsivos sexualmente. El 60% de los pacientes límites que referían conductas sexuales impulsivas reconocían tener problemas y dificultades para el control de dichas conductas. Otra de las fuentes de insatisfacción eran las dudas frecuentes sobre su orientación sexual siendo más frecuentes en el grupo de pacientes límites que en los que no lo eran. Además, estos pacientes referían en mayor porcentaje haber mantenido relaciones homosexuales.

Los pacientes límites tenían mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos familiares que los pacientes sin TLP (65% frente 42,4%;  $\chi^2 = 3,72$ ; *gl*=1; *p*=0,05), principalmente de trastornos por consumo de sustancias (22,5%), afectivos (20%), psicóticos (12,5%), de personalidad (7,5%) y por ansiedad (2,5%). El análisis de los antecedentes personales psiquiátricos (tabla 4) indicaba que la presencia de conductas suicidas y el antecedente de ingresos hospitalarios se relacionaba con el diagnóstico de TLP. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a existencia de trastornos por consumo de sustancias, siendo mayor en el grupo de los pacientes límites (22,5% frente 3%;  $\chi^2 = 21,8$ ; *gl*=1; *p*<0,001) y para todas las sustancias evaluadas: tabaco (72,5% frente 48,5%;  $\chi^2 = 4,41$ ; *gl*=1; *p*=0,03), alcohol (55% frente 9,1%;  $\chi^2 = 16,9$ ; *gl*=1; *p*<0,001), cannabis (42,5% frente 6,1%,  $\chi^2 = 12,4$ ; *gl*=1; *p*<0,001) y cocaína

TABLA 4. Antecedentes psiquiátricos

	Pacientes con TLP n=40	Pacientes sin TLP n=33	P
	n (%)	n (%)	
Hospitalizaciones			0,001
Sí	17 (42,5)	3 (9,1)	
No	23 (57,7)	30 (90,9)	
Conductas suicidas			0,001
Sí	25 (62,5)	8 (24,2)	
No	15 (37,5)	25 (75,8)	
Edad 1ª consulta (media ± DE)	22,4± 9,1	25,7± 10,3	0,1

TLP: trastorno límite de la personalidad.

(30% frente 0%;  $\chi^2 = 11,8$ ;  $gI=1$ ;  $p=0,001$ ). Para otros trastornos del eje I las diferencias encontradas no fueron significativas (tabla 5). La edad media de primera consulta con algún especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra) era de 22,4 años (DE=9,10). Analizando esta variable por grupos de edad encontramos que el 67,5% habían demandado asistencia especializada entre los 18 y 36 años, el 22,5% por debajo de los 18 años y un 10% por encima de los 36 años.

Respecto al grado de funcionamiento global evaluado por la EEAG, los pacientes límites presentaban valores medios menores ( $70 \pm 6,25$ ) que el grupo sin este trastorno ( $75 \pm 9,92$ ) siendo la diferencia significativa ( $p=0,01$ ), lo que refleja un peor funcionamiento de los pacientes límites. Se evaluó la existencia de problemas con la justicia en estos pacientes: el 2,5% habían estado en prisión, un 7,5% habían estado detenidos en alguna ocasión, un 25% habían sido denunciados y el 65% no habían tenido ningún problema de este tipo.

## DISCUSIÓN

Nuestro objetivo era aportar los hallazgos encontrados en pacientes ambulatorios de manera que reflejen las situaciones que el clínico se encuentra en su práctica cotidiana, ya que una de las limitaciones presente en distintos trabajos y que dificultaba la generalización posterior de los resultados ha sido la utilización de muestras formadas por pacientes hospitalizados, y por tanto, con mayor gravedad psicopatológica.

Los resultados encontrados del análisis de las variables sociodemográficas en nuestro grupo de pacientes límites están en concordancia con los descritos en el estudio epidemiológico realizado por Swartz et al<sup>24</sup>, donde el trastorno fue más común en el intervalo de edad entre los 19 y 34 años, en mujeres y sujetos no casados. En nuestro estudio, el 65% de los pacientes límites tenían una edad comprendida entre los 18 y 33 años, el 75% no estaban casados y el 62,5% eran mujeres. Pero ese predominio de mujeres también estaba presente en el grupo

TABLA 5. Diagnósticos en el eje I

	Pacientes con TLP n=40	Pacientes sin TLP n=33
	n (%)	n (%)
T. del humor	17 (42,5)	15 (45,5)
T. consumo de sustancias	9 (22,5)	1 (3)
T. psicóticos	5 (12,5)	4 (12,1)
T. por ansiedad	3 (7,5)	7 (21,1)
T. conducta alimentaria	3 (7,5)	5 (15,2)
T. control impulsos	2 (5)	0 (0)
Sin Dx.	1 (2,5)	1 (3)

TLP: trastorno límite de la personalidad. T: trastornos; Dx: diagnóstico.

de pacientes sin TLP, de hecho para algunos autores<sup>3,25</sup> la mayor prevalencia del trastorno en el sexo femenino sería el efecto de estudiar poblaciones constituidas por un exceso de mujeres.

Hay estudios que también han asociado las experiencias traumáticas tempranas con el TLP<sup>26</sup>. De hecho estas experiencias se han relacionado con el desarrollo de mecanismos de defensa característicos en los pacientes límites. Así para Perry y Herman<sup>27</sup> los fenómenos disociativos parten de las experiencias traumáticas y la disociación es considerada como uno de los mecanismos de defensa característicos de este trastorno.

La historia de abuso sexual parece ser más frecuente entre las poblaciones psiquiátricas y algunos autores como Craine et al<sup>28</sup> señalan la participación etiológica en la psicopatología posterior. Pero sin duda alguna la existencia de abusos sexuales en la infancia ha sido uno de los aspectos más debatidos en el TLP. Inicialmente se le otorgó un papel importante en la etiopatogenia al describir algunos estudios una incidencia elevada de abusos sexuales en pacientes límites<sup>29-32</sup> pero posteriormente ha sido interpretada como una experiencia infantil que puede estar presente, pero sin ser una condición necesaria ni suficiente para el desarrollo de un TLP<sup>33</sup> ya que la presencia de abusos sexuales o físicos en la infancia también aparecen en otros TP e incluso en población sana que las ha superado sin desarrollar psicopatología<sup>34</sup>. En nuestro grupo de pacientes límites la presencia de abuso sexual fue mayor que en el grupo no límite, aunque el nivel de significación fue de 0,05 clínicamente la diferencia encontrada estaba en concordancia con los hallazgos de estudios anteriores.

Con frecuencia se habla de la sexualidad caótica de estos pacientes, con relación a su elevada impulsividad y falta de control. Hollander et al<sup>35,36</sup> sitúan en una dimensión compulsivo-impulsiva un importante número de trastornos entre los que incluyen en el polo impulsivo el llamado «sexo compulsivo» y el propio TLP. Como hemos comentado en los resultados, un porcentaje elevado de pacientes límites referían conductas sexuales impulsivas con problemas y dificultades para controlarlas. Sin embargo, es éste un aspecto poco estudiado aunque proba-

blemente tenga una representación importante en los pacientes límites.

Los pacientes límites tenían una mayor proporción de antecedentes psiquiátricos familiares. El alcoholismo y el abuso de sustancias fue encontrado también por van Reekum et al<sup>37</sup> en parientes de primer grado de pacientes límites. Las alteraciones del espectro afectivo fueron frecuentes en estos pacientes aunque no muy diferentes del grupo sin TLP, al igual que encontró Gasperini et al<sup>38</sup>.

Desde el punto de vista clínico tiene importancia el análisis de los antecedentes psiquiátricos de los pacientes límites. La edad de primera consulta con un especialista en salud mental se producía principalmente entre los 18 y 36 años, edad que coincide con la etapa del ciclo vital en la que se deben tomar decisiones importantes sobre estudios, trabajo, matrimonio, etc. que traduce las dificultades para responder de forma flexible y adaptativa a su entorno, a los cambios, demandas de la vida, así como una incapacidad para reaccionar ante situaciones de estrés. Un hecho curioso es que un porcentaje de pacientes habían consultado antes de los 18 años, lo que sugería que los rasgos de personalidad ya creaban disfunción a esas edades, aunque estrictamente no se pudiera hablar de TP según el DSM-IV. Por otro lado, en menor porcentaje consultaban por encima de los 36 años, lo que está en concordancia con el curso del trastorno que mejoraría por encima de los 40 años.

Estudios previos observaron que un porcentaje importante de pacientes límites ambulatorios habían estado hospitalizados<sup>39,40</sup>. El antecedente de ingresos fue significativamente mayor en nuestro grupo de pacientes límites frente al grupo sin TLP, este hecho puede interpretarse como un nivel de psicopatología más grave, ya que la mayoría de los casos eran motivados por amenazas o intentos autolíticos que requerían por tanto un abordaje terapéutico más incisivo. Gunderson<sup>41</sup> ya había informado de la alta tasa de antecedentes autolíticos, encontrando en su estudio que el 75% de sus pacientes habían presentado al menos un intento autolítico. El análisis de los diagnósticos que los pacientes límites recibían en el eje I demostró que los trastornos por consumo de sustancias eran significativamente más frecuentes en los pacientes límites que en el grupo sin TLP. Este hallazgo ha sido descrito por distintos estudios<sup>7,8,42</sup> y se relaciona con las propias características de los pacientes límites cuyos sentimientos crónicos de vacío sumados a su impulsividad les lleva a conductas desadaptativas con abuso de sustancias. Sin embargo, los trastornos más prevalentes fueron los trastornos del humor pero sin diferencias significativas con el grupo de pacientes no límites. La comorbilidad con los trastornos por ansiedad fue escasa como informan la mayoría de los estudios<sup>1,11,14,43,44</sup> siendo pocos los que han encontrado una asociación significativa<sup>7,13,14</sup>.

También es importante resaltar otro de los aspectos que pueden ser de utilidad en la clínica cotidiana. Los pacientes límites tenían un funcionamiento global medio significativamente menor que los pacientes no límites, situación que refleja el patrón desadaptativo del trastorno.

La importancia de la evaluación de la actividad global ha sido interpretada por autores como Sperry<sup>45</sup> de utilidad en el abordaje terapéutico, de forma que consideraba que los pacientes con un buen nivel de funcionamiento podrían ser atendidos mediante una única opción terapéutica mientras que los casos con un nivel funcional por debajo de 65 requerirían en su mayoría un tratamiento combinado.

Hay que tener en cuenta que nuestros resultados son descriptivos y como tales hay que entenderlos, radicando aquí la principal limitación del presente estudio. Pero en su conjunto sugieren que la consideración de dichas características (experiencias traumáticas tempranas, abusos físicos y/o sexuales autoinformados, dudas sobre la orientación sexual con relaciones homosexuales, antecedentes psiquiátricos familiares y personales de conductas autolíticas, hospitalizaciones psiquiátricas, trastornos por consumo de sustancias) dibujan un perfil que puede ser de utilidad para sospechar la presencia de un TLP en pacientes psiquiátricos ambulatorios y explorar los criterios diagnósticos DSM-IV o CIE-10 del TLP, bien a través de la entrevista clínica o mediante los distintos instrumentos de evaluación de la personalidad, pero facilitando el diagnóstico precoz y la posibilidad de establecer estrategias terapéuticas más eficaces para estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *Am J Psychiatry* 1984;141:1080-4.
2. Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollack S, Siegel O, Prince R. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148(10):1371-7.
3. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 1991;42:1015-21.
4. Dolan B, Evans C, Norton K. Multiple axis II diagnoses of personality disorders. *Br J Psychiatry* 1995; 166:107-12.
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sichel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis II comorbidity of borderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 1998;39(5):296-302.
6. Becker DE, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2000;157(12):2011-6.
7. Alnaes R, Torgersen S. The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:485-92.
8. Andrulonis PA, Vogel NG. Comparison of borderline personality subcategories to schizophrenic and affective disorders. *Br J Psychiatry* 1984;144:358-63.

9. Dahl AA. Some aspects of the DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1986; 328:61-7.
10. Fyer MF, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Comorbidity of borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:348-52.
11. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kriesman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153:1598-606.
12. Links PS, Steiner M, Offord DR, Eppel A. Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. *Can J Psychiatry* 1988;33:336-40.
13. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152: 571-8.
14. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1989;30:149-56.
15. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 1998; 155(12):1733-9.
16. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revisión (DSM-IV-TR). Washington DC: APA; 2000.
17. Phillips KA, Gunderson JG. Personality disorders. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry* 3<sup>rd</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999. p. 795-823.
18. Girolamo G, Reich JH. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: trastornos de la personalidad. Organización Mundial de la Salud; 1993.
19. Widiger TA, Frances AJ, Harris M, Jacobsberg LB, Fyer M, Manning D. Comorbidity among axis II disorders. En: Oldham JN, editor. *Personality disorders: new perspectives on diagnostic validity*. Washington: American Psychiatric Press; 1991.
20. Perry JC, Vaillant G. Personality disorders. En: Kaplan H, Sadock B, editores. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Willian and Wilkins; 1989. p. 1352-87.
21. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
22. Westen D. Diagnosing personality disorders. *Am J Psychiatry* 158:324-5.
23. Organización Mundial de la Salud. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Madrid: Meditor; 1996.
24. Swart M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord* 1990;4:257-72.
25. Akhtar S, Byrne JP, Doghramji K. The demographic profile of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1986;47:196-8.
26. Liotti G, Pasquini P. Predictive factors for borderline personality disorder: patients early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. The Italian Group for the Study of Dissociation. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(4):282-9.
27. Perry JC, Herman JL. Trauma and defenses in the etiology of borderline personality disorder. En: Paris J, editor. *Borderline personality disorder. Etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
28. Craine LS, Henson CE, Colliver JA, McLean DG. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry* 1988;39:300-4.
29. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1008-13.
30. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:490-5.
31. Carmen EH, Reiker PP. A psychosocial model of the victim to patient process: implications for treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1989;12:431-44.
32. Cole P, Putnam FW. Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:174-84.
33. Zanarini MC, Williams AA, Lewis R, Reich RB, Vera SC, Marino M, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development or borderline personality disorder. *Am J Psychiatric* 1997;154:1101-6.
34. Paris J. Borderline personality disorder: A multidimensional approach. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
35. Hollander E, Wong CM. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1995;56(Suppl 4): 3-6.
36. Hollander E, Rosen J. Impulsivity. *J Psychopharmacol* 2000;14(2)(Supl 1):39-44.
37. Van Reekum R, Links PS, Boiago I. Constitutional Factors in Borderline Personality Disorder: Genetics, Brain Dysfunction, and Biological Markers. En: Paris J, editor. *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*. Washington: American Psychiatric Press; 1993. p. 13-38.
38. Gasperini M, Battaglia M, Scherillo P, Sciuto G, Diaferia G, Bellodi L. Morbidity risk for mood disorders in the families of borderline patients. *J Affect Disord* 1991;21:265-72.
39. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis* 1983;171:405-10.
40. Weissman MM, Myers JK. Psychiatric disorders in US community. *Acta Psychiatry Scand* 1993;7:44-62.
41. Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press; 1984.

42. Zimmerman M, Coryell WH. Diagnosing personality disorders in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:527-31.
43. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the «borderline» realm. *Psychiatr Clin North Am* 1981;4: 25-46.
44. Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG. The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:23-30.
45. Sperry L. *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV personality disorders*. New York: Brunner & Mazel; 1995.