



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

# **Revisión bibliográfica sobre la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con otros cuadros clínicos**

---

Grado en Psicología

**Autora: Marta Gasulla Bellido. 73399347-E**

**Tutora: Helena Villa Martín**

Convocatoria: Junio

# Índice

1. Resumen / Abstract.....	3
2. Extended Summary .....	5
3. Introducción .....	7
4. Metodología.....	9
5. Resultados / Discusión.....	15
5.1 Comorbilidad general.....	15
5.2 TDAH.....	16
5.3 Trastorno por consumo de sustancias.....	16
5.4 Trastorno disociativo de la identidad.....	17
5.5 Trastornos de la personalidad: Antisocial y Narcisista.....	18
5.6 TOC y TEPT .....	18
5.7 Trastorno Psicótico .....	19
5.8 Trastorno del Sueño.....	19
5.9 Trastorno depresivo .....	20
5.10 Ciclotimia.....	21
5.11 Trastorno alimentario.....	21
6. Conclusión .....	23
7. Referencias Bibliográficas .....	25

## 1. Resumen/Abstract

### *Resumen*

Este estudio tiene por objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura científica de los últimos 5 años (2010-2014) de los artículos científicos incluidos en la base de datos Socopus, con el objetivo de determinar cuáles son los trastornos o cuadros clínicos más comórbidos con el trastorno límite de la personalidad (TLP). En primer lugar, se hizo una búsqueda general de aquellos artículos que incluyeran en el abstract las palabras clave “borderline personality disorder” y “comorbidity”, para a partir de ahí ir realizando búsquedas cada más específicas. Tras esta segunda búsqueda más sistemática, se llevó a cabo una preselección de artículos por título (eligiendo aquellos que se consideraron más pertinentes para el objetivo de este trabajo). Posteriormente, se llevaron a cabo dos preselecciones más en función del contenido del abstract. Tras los distintos filtros aplicados, finalmente, se seleccionaron 38 artículos que fueron analizados con profundidad uno por uno para poder responder al objetivo de este estudio. La revisión de la literatura pone de manifiesto que los trastornos más comórbidos con el TLP fueron los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de consumo de sustancias, trastornos de la personalidad (concretamente, el antisocial y el narcisista) y trastornos alimentarios. No obstante, un aspecto importante a destacar es que, no conviene olvidar la existencia de diferencias individuales en toda manifestación clínica, y que más importante que conocer las categorías comórbidas con el TLP, es la realización de un acercamiento dimensional a dichas condiciones, ya que ciertas condiciones subclínicas, pueden no estar siendo detectadas como comórbidas si nos acercamos a ellas desde una aproximación categorial.

**Palabras Clave:** Trastorno límite de la personalidad (TLP) y comorbilidad.

### *Abstract*

This study aims to perform a systematic review of the scientific literature of the last five years (2010-2014) of scientific articles included in the data base Socopus, in order to determine which are the most comorbid disorders or clinical symptoms with the borderline personality disorder (BPD). First of all, it was done a broad search for those articles that included in the abstract the keywords “borderline personality disorder” and “comorbidity”. Then, by doing this, the search was carried out more specifically each time. After this second systematic search, it was carried out a pre-selection of articles by title (choosing those considered more relevant to the purpose of this study). Then, two more pre-selections were made, now depending on the content of the abstract. After applying the different filters, 38 articles were included, which were fully explored one by one in order to meet the objective of

this study. The literature review shows that the most comorbid disorders with BPD were mood disorder, anxiety disorder, substance use disorder, personality disorders (antisocial and narcissistic) and eating disorders. However, an important aspect is that we should not forget the existence of individual differences in every clinical manifestation. Moreover, it is more important to make a dimensional approach to these conditions than knowing the categories comorbid with BPD. It is because subclinical conditions could not being detected as comorbid if we approach them from a categorical approach.

**Keywords:** Borderline personality disorder (BPD) and comorbidity.

## 2. Extended Summary

The study I have done aims to determine what disorders keep more comorbidity with borderline personality disorder, in order that professionals in this field have a more updated knowledge of it. Thanks to that, diagnoses and interventions are made more effective, patient prognosis are improved and healthcare costs of this type of pathology could be reduced.

For this I conducted a review of the literature published from 2010 until 2014 on the subject according to my objective. I used Scopus as database, in which I followed these criteria to complete the search: keywords (“comorbidity & BPD”), place (abstract), type of study (review or article) and areas (Health Sciences and Social and Human Sciences). In this way I got 158 documents by the first literature search which I selected 49 for the content of the title. Then, using these selected items was obtained information about which direction to continue to expand the search, that is, what kind of disorders had comorbidity with the borderlines personality disorder. The results that were removed were: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), dissociative identity disorder, antisocial, narcissistic disorder, sleep disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD), substance use disorder, psychotic disorders, post-traumatic stress disorder, eating disorder, mood disorder and cyclothymia. For this reason there was a second literature search of those disorders named recently with the same database. Thus, a total number of articles were obtained of each of the disorders. I did two great preselections to rule out those which did not interest me (preselection by title and by abstract). But for this it is worth mentioning that firstly was done an automatic removing when the articles were saved in the MENDELEY, since these were already because of the first search (“comorbidity & borderline personality disorder”) and therefore, they were already saved. After that the first screening was performed using the article title and to make the second screening more specific was made after reading the abstract. As in the second search I obtained a large number of articles. What I did, was making another selection via abstract which would be the ultimate, which I remove the articles that are away from my subject to conclude with a total of 38. These 38 articles are the ones I would use in my study.

After the analysis of each of the disorders it is observed that all of them have a relationship with the BDP in greatly lesser. This leads me to reflect on my goal of my study in giving it a more meaningful, that is, what good is to know that is it to know that a very specific disorder has a high comorbidity with BDP if this comorbidity value is also seen in other disorders. Therefore, I draw the conclusion that we must talk about comorbidity of BDP on dimensional levels rather than on specific terms. Since as more literature I study I realize the need of seeing the comorbidity of BDP as something dimensional. For this reason I conclude

that BDP has a comorbidity with: mood disorder, anxiety disorders, substance abuse disorder, personality disorder (antisocial and narcissistic) and finally, eating disorders.

To conclude, I will discuss the limitation I found during the conduct of this study: The difficulty I have had in accessing to the complete articles, since most of them the university did not have access. So I had to work with the information from the abstract (very limited information) and taking other articles that I had access but were already discarded because of its less relationship with the subject.

### 3. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es el más estudiado del Eje II, ya que se estima que afecta al 2% de la población, al 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y al 20 % de los pacientes internados. Sin embargo, a pesar de ser el más estudiado, el TLP sigue generando gran confusión en los profesionales de la salud mental (Regalado & Gagliesi, 2012).

Esta incertidumbre entre los profesionales puede ser causa de la múltiple sintomatología que padece este tipo de pacientes, ya que este trastorno engloba síntomas tanto internalizantes como externalizantes, los cuales se recogen en los criterios diagnósticos del DSM-V.

Como por ejemplo, la inestabilidad afectiva debido a la reactividad del estado de ánimo parece relacionarse con más fuerza a la internalización, mientras que otros, tales como la impulsividad y la inapropiada e intensa ira parecen relacionarse con la externalización. Esto llevaría a entender el TLP como una confluencia de síntomas internalizantes y externalizantes (Eaton et al., 2011).

Para entender a este tipo de pacientes es necesario profundizar un poco más sobre su sintomatología. Además, de esta forma también se clarificará lo que Eaton y su colaboradores (2011) quieren decir respecto a la dimensiones internalizantes y externalizantes que comento anteriormente. Para ello, posteriormente explicaré los síntomas específicos de diagnóstico que aparecen en el DSM-V, los cuales se utilizan para identificar la presencia de un TLP una vez haya cumplido previamente las características de un trastorno de la personalidad (rasgos muy arraigados e inflexibles, egosintónico, que se mantienen durante mucho tiempo, tienen patrones de conducta muy desadaptativas, arrastran mucho sufrimiento personal tanto propio como de terceros y con mal funcionamiento personal en general), los cuales son:

Un patrón general de inestabilidad en la regulación afectiva, control de impulsos, relaciones interpersonales y autoimagen, causando un grave deterioro funcional de los afectados. Además, esa inestabilidad e impulsividad se puede observar en su forma de actuar, sin medir las consecuencias de sus actos, que pueden conllevar conductas de riesgo, por lo que generan mucha conflictividad en el entorno familiar, laboral y sociosanitario (Fortes, Sánchez & Antequeda, 2012).

Todos estos síntomas comentados se agravan o/y confluyen con otros síntomas debido a los diferentes trastornos comórbidos que aparecen en el transcurso de la enfermedad. Según

Cabeza Monroy & Palomino Huertas (2010) el 96,7% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienen al menos un diagnóstico del Eje I, y el 16,3% tienen tres o más diagnósticos, significativamente más altos en comparación con otros grupos. Por tanto, lo que se aprecia con estos resultados es que hay una alta comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y otros trastornos del eje I. Además, hay estudios que demuestran que los individuos con un diagnóstico TLP son propensos a tener trastornos concurrentes de por vida como por ejemplo: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, por uso de sustancias y otros trastornos de la personalidad (Tomko et al., 2014), lo cual también confirman los autores nombrados anteriormente.

En definitiva, que un paciente con TLP confluye con otros cuadros clínicos, es decir, que padezca comorbilidad con otros trastornos provoca graves consecuencias tanto a nivel personal del paciente para su buen pronóstico como a nivel de la sanidad:

La presentación clínica, el tratamiento y la discapacidad de las personas con TLP se complica debido a su alto grado de comorbilidad con otros trastornos mentales graves. Además, esto tienen un alto coste social, lo cual una mejora en la comprensión de las asociaciones del TLP y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tendría un impacto positivo hacia la salud pública y las implicaciones etiológicas (Eaton et al., 2011). Además, estas personas son muy propensas a buscar terapia o recibir medicamentos para sus problemas de salud mental (Tomko et al., 2014), lo cual se reduciría de forma significativa si se consiguiera entender mejor la comorbilidad del TLP, y de esta forma, se podría intervenir de forma más efectiva en estos pacientes, con la consiguiente reducción de los gastos sanitarios en este colectivo dejándolos al alcance de los que más lo necesiten.

Por esto motivo, el objetivo de mi trabajo es abordar una revisión de la literatura de los últimos 4 años sobre la comorbilidad del TLP con otros trastornos mentales, para recopilar toda la información de más actualidad sobre este tema. Con la finalidad, de concluir cuáles son los trastornos más comórbidos con el TLP, para que tanto los profesionales de las unidades de salud mental como los estudiantes que están formándose en el ámbito de la salud tengan un mejor conocimiento de ello y esto les pueda ayudar tanto en la realización del diagnóstica diferencial como en la aplicación adecuada y eficaz de las intervenciones, ya sea a nivel psicológica como farmacológica. Además, todo ello repercutirá de forma positiva en los pacientes que padecen esta patología ya que el objetivo último y común que tienen todos los profesionales de las unidades de salud mental es que el paciente se recuperé lo antes posible y de la manera más efectiva, para que de esta forma puedan integrarse de nuevo en su día a día con la mínimas dificultades posibles y así estar más cerca de conseguir el bienestar psicosocial.

#### 4. METODOLOGÍA

La metodología empleada para realizar este estudio ha sido una revisión de la literatura publicada desde el año 2010 hasta el 2014 sobre la temática comentada anteriormente, comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con otras patologías.

Se ha utilizada la base de datos Scopus para obtener estudios científicos y actualizados sobre la temática a responder. En esta base de datos se han buscado artículos que tenían que cumplir una serie de criterios de inclusión para poder ser utilizados en este trabajo, los cuales son: Publicados entre el año 2010 y 2014, que la temática gire alrededor de la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad y que estos artículos sean fiables y válidos.

Para ello el procedimiento de búsqueda en Scopus se hizo completando los siguientes criterios: palabras claves (“comorbidity & TLP”), lugar (abstract), tipo de estudio (revisión o artículo) y áreas (Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y humanas).

De esta forma, se realizó la primera búsqueda bibliográfica de la cual se obtuvieron 158 documentos de los cuales se seleccionaron 49 por el contenido del título, de estos artículos seleccionados se obtuvo información respecto en qué dirección seguir ampliando la búsqueda, es decir, qué tipo de trastornos tenían comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad y los resultados que se extrajeron fueron: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno disociativo de la identidad, trastorno antisocial, trastorno narcisista, trastorno del sueño, trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), trastorno de consumo de sustancias, trastornos psicóticos, trastorno por estrés post-traumático, trastorno de alimentación y trastorno del estado de ánimo depresivo y ciclotimia (ver **Tabla 1**).

**Tabla 1.** Resumen de la primera búsqueda general

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>SCOPUS</b>
<b>OBJETIVO</b>	Comorbilidad y TLP
<b>PALABRAS CLAVE</b>	comorbidity & borderline personality disorder
<b>LUGAR</b>	abstract
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión o artículo
<b>FECHAS</b>	2010-2014
<b>ÁREAS</b>	Ciencia de la Salud y Ciencias Sociales y humanas
<b>RESULTADOS SELECCIÓN</b>	158 documentos
<b>INFORMACIÓN OBTENIDA</b>	Por el contenido del título TDAH, trastorno disociativo de la identidad, trastorno antisocial, trastorno narcisista, trastorno del sueño, TOC, trastorno de consumo de sustancia, trastornos psicóticos, trastorno por estrés post-traumático, trastorno de alimentación, trastorno del estado de ánimo depresivo y ciclotimia

Por este motivo, se hizo una segunda búsqueda bibliográfica de cada uno de los trastornos nombrados anteriormente con la misma base de datos (Scopus) y poniendo los mismo

parámetros que antes, excepto en el apartado de palabras claves que se escribió el “trastorno elegido & borderline personality disorder”, por ejemplo “dissociative identity disorder & borderline personality disorder”.

De cada uno de los trastornos se obtuvo un número de artículos totales, de los cuales se hicieron dos grandes preselecciones para ir eliminando los que no me interesaban (preselección por título y preselección por abstract) porque no tenían utilidad para mi temática, es decir, no me servían para obtener información eficaz para mi trabajo. Además, cabe comentar que primero de forma automática se hacía una eliminación directa al guardar los artículos en el MENDELEY debido a que estos ya estaban, ya que se habían encontrado en la 1º búsqueda (“comorbidity & borderline personality disorder”) y por tanto, ya estaban guardados. Después, se realizó la primera preselección a través del título del artículo y para hacer la segunda preselección más específica se hizo tras la lectura del abstract. Cómo en la segunda selección me salió un número elevado de artículos, lo que hice fue realizar otra selección por abstract la cual sería la definitiva, donde elimino los artículos que más se alejan de mi tema para concluir con un total de 38, los cuales utilizaría para la revisión de este trabajo.

A continuación, aparece la **Tabla 2** donde se aprecia el procedimiento que he llevado para realizar la selección y el número de artículos que se van quedando de cada uno de los trastornos escogidos:

**Tabla 2.** Resumen de las búsquedas específicas

Palabras clave	Resultado inicial	Tras ser eliminados por duplicación	Preselección por título	1º Preseleccionados por abstract	2º preselección por abstract
Comorbilidad y TLP	158	–	49	24	4
Trast.de consumo de sustancias y TLP	82	63	21	7	6
TDAH Y TLP	73	65	23	5	3
Trast. disociativo de la identidad y TLP	47	27	10	2	2
Trast. Antisocial de la personalidad y TLP	215	44	10	2	1
Trast. Narcisista de la personalidad y TLP	101	32	2	2	2
TOC y TLP	93	36	6	1	1
TEPT y TLP	87	50	22	2	2
Trast. psicótico y TLP	65	12	4	3	3
Tras. Del sueño y TLP	27	18	12	3	3
Tras. Del estado de ánimo depresivo y TLP	229	187	29	10	6
Tras. Ciclotímico y TLP	11	4	3	3	3
Trast. alimentario y TLP	144	12	2	2	2
<b>TOTAL DE ARTÍCULOS</b>					<b>38</b>

En definitiva, para la realización de esta revisión se van a utilizar los 38 artículos seleccionados como se ha podido apreciar en la tabla anterior, los cuales se irán profundizando a lo largo del trabajo con la finalidad de extraer las conclusiones más relevantes del tema de estudio que más adelante serán comentadas.

Como se ve reflejado en la tabla, me llaman la atención algunos trastorno en concreto por el gran número de estudios que se han realizado sobre la comorbilidad del TLP con estos trastornos, como por ejemplo: 229 estudios nos hablan de la relación entre TLP y el trastorno depresivo, le sigue el trastorno antisocial de la personalidad con 215, después con 144 el trastorno alimentario y con 101 otro trastorno de la personalidad el narcisista. En un segundo nivel, se aprecian los trastornos de ansiedad con 93 estudios el trastorno obsesivo-compulsivo y con 87 el trastorno por estrés post-traumático. Después aparece con 82 estudios el trastorno por abuso de sustancias y por último, dentro de esta categoría intermedia con 73 estudios el TDAH. De los trastornos que menos se ha estudiado su relación con el TLP, según la tabla se aprecia que con 65 estudios el trastorno psicótico, al cual le sigue con 47 estudios el trastorno disociativo de la identidad. Y los que más destacan por su número tan reducido son el trastorno del sueño con 27 artículos y el Ciclotímico con 11.

A modo de resumen, de toda esta jerarquía que a cabo de realizar por el número de artículos que se han encontrado de mayor a menor, se pueden extraer una serie de conclusiones a niveles más generales: los cuales serían que los trastornos más estudiados sobre este tema, es decir, los que más artículos publicados he encontrado tendrían mayor relevancia o impacto con la comorbilidad del TLP ya que si se han realizado más estudios será porque se consideraba importante su relación o influencia por los motivos que correspondiesen y por el contrario, los que se han apreciado menores publicaciones será porque su relación con el trastorno límite de la personalidad es inferior. De esta deducción se concreta que el trastorno depresivo, el antisocial de la personalidad, el alimentario y el narcisista de la personalidad son los más relacionados con el TLP y los que menos se pueden relacionar serían el trastorno psicótico, el trastorno disociativo de la identidad, el trastorno del sueño y el ciclotímico. Pero todo esto que acabo de comentar es necesario que se examine de forma más detallada, para ello habrá que analizar los 38 artículos seleccionados con profundidad que se muestran en la **Tabla 3**.

**Tabla 3.** Artículos seleccionados

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Título</b>	<b>Revista</b>
<b>COMORBILIDAD Y TLP</b>			
Cabeza y Palomino	2010	Comorbilidad en el Eje I del Trastorno límite de la personalidad	Vertex (Buenos Aires, Argentina)
Eaton, Krueger, Keyes et al	2011	Borderline personality disorder comorbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders	Psychological medicine
Trull, Distel y Caroenter	2011	DSM-5 Borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view.	Current psychiatry reports
Tomko, Trull, Wood et al.	2014	Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning.	Journal of personality disorders
<b>TDAH Y TLP</b>			
Speranza, Revah-Levy, Cortese et al.	2011	ADHD in adolescents with borderline personality disorder.	BMC psychiatry
Ramos, Vidal, Prats y Casas	2013	Personality disorders in adult attention-deficit hyperactivity disorder	Minerva Psichiatrica
Stepp, Olino, Klein et al	2013	Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features.	Personality disorders
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TLP</b>			
Bornovalova, Hicks, Lacono y McGue	2013	Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences.	Personality disorders
Zanarini, Frankenburg, Frankenbur et al.	2011	The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study.	Addiction
Araos, Vergara, Pedraz, Pavón, Campos, Calado, Ruiz, García, Gornemann, Torrens y Rodríguez	2014	Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio	Adicciones
Langas, Malt, Opjordsmoen	2012	In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders.	BMC psychiatry
Chen, Banducci, Guller et al.	2011	An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program.	Drug and alcohol dependence
Jahng, Solhan, Tomko et al.	2011	Affect and alcohol use: an ecological momentary assessment study of outpatients with borderline personality disorder.	Journal of abnormal psychology
<b>Trastorno Disociativo de la Identidad y TLP</b>			
Chlebowski y Gregory	2012	Three cases of Dissociative identity disorder and co-occurring borderline personality disorder treated with dynamic deconstructive psychotherapy	American Journal of Psychotherapy
Ross, Ferrell, y Schroeder	2014	Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder.	Journal of trauma & dissociation
<b>TRASTORNO ANTISOCILA DE LA PERSONALIDAD Y TLP</b>			
Paris, Chenard-Poirier y Biskin	2013	Antisocial and borderline personality disorders revisited.	Comprehensive psychiatry

<b>TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD Y TLP</b>			
Diamond, Clarkin, Levy, Meehan, Cain, Yeomans y Kernberg.	2014	Change in Attachment and Reflective Function in Borderline Patients with and without Comorbid Narcissistic Personality Disorder in Transference Focused Psychotherapy	Contemporary Psychoanalysis
Ritter, Roepke, MerKL et al.	2010	Comorbidity in patients with narcissistic personality disorder in comparison to patients with borderline personality disorder.	Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie
<b>TOC Y TLP</b>			
Latas y Milovanovic	2014	Personality disorders and anxiety disorders: what is the relationship?	Current opinion in psychiatry
<b>TEPT Y TLP</b>			
Pagura, Stein, Bolton et al	2010	Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. Journal of psychiatric re	Journal of psychiatric research
Rodrigues, Wenzel, Riberiro et al.	2011	Hippocampal volume in borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a meta-analysis.	European psychiatry
<b>TRASTORNO PSICÓTICO Y TLP</b>			
Slotema, Daalman, Blom, Diederer, Hoek y Sommer	2012	Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia.	Psychological medicine
Glaser, Van Os, Thewissen et al	2010	Psychotic reactivity in borderline personality disorder.	Acta psychiatrica Scandinavica
Pearse, Dibben, Ziauddeen et al	2014	A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder.	The Journal of nervous and mental disease
<b>TRASTORNO DEL SUEÑO Y TLP</b>			
Simon y Horváth	2013	Altered sleep in Borderline Personality Disorder in relation to the core dimensions of psychopathology.	Scandinavian journal of psychology
Hafizi	2013	Sleep and borderline personality disorder: a review.	Asian journal of psychiatry
Plante, Frankenburg, Fitzmaurice et al.	2013	Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder.	Journal of psychosomatic research
<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO Y TLP</b>			
Hellerstein, Skodol, Petkova et al.	2010	The impact of comorbid dysthymic disorder on outcome in personality disorders.	Comprehensive psychiatry
Yalvac, Kaya y Nal.	2013	Personality disorders and some clinical variables in suicidal individuals	Anatolian Journal of Psychiatry
Sharp, Green, Yaroslavsky et al.	2012	The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents.	Journal of personality disorders
Skodol, Grilo, Keyes et al.	2011	Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample.	The American journal of psychiatry
Reichborn-Kjennerud, Czajkowski, Roysamb et al.	2010	Major depression and dimensional representations of DSM-IV personality disorders: a population-based twin study.	Psychological medicine

Wedig y Silverman	2012	Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up.	Psychological medicine
<b>TRASTORNO CICLOTÍMICO Y TLP</b>			
Sjastad, Grawe, y Egeland.	2012	Affective disorders among patients with borderline personality disorder	PLoS one
Zimmerman y Morgan	2013	Problematic boundaries in the diagnosis of bipolar disorder: the interface with borderline personality disorder.	Current psychiatry reports
Riemann, Weisscher, Goossens et al.	2014	The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: a protocol for a randomized controlled trial.	BMC psychiatry
<b>TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TLP</b>			
Gaudio y Di Ciommo	2011	Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa.	Psychosomatic medicine
Sansone y Sansone	2010	Personality disorders as risk factors for eating disorders: clinical implications.	Nutrition in clinical practice

## 5. RESULTADOS/DISCUSIÓN

Una vez se han expuesto los datos correspondientes de los artículos a utilizar, se procede a la explicación de las conclusiones que se han ido extrayendo de cada uno de ellos, con la finalidad de especificar qué tipo de relación existe con cada cuadro clínico (trastorno concreto) y el TLP para poder abordar el objetivo de este trabajo. Para ello, a continuación aparecerá la información correspondiente dividida por apartados según la patología de estudio:

### *5.1 Comorbilidad general*

En primer lugar, se empezará explicando las conclusiones halladas en los artículos que aportan información directa sobre las relaciones de comorbilidad del trastorno límite de la personalidad de forma más general: en el artículo de Eaton et al., (2011) se explica que la mayoría de los diagnósticos de trastorno límite de la personalidad que se realizan no están aislados sino que están acompañados por otros cuadros clínicos, los cuales estos autores engloban en dos grandes dimensiones que son los trastornos internalizantes y externalizantes. Como trastornos internalizantes que se han diagnosticado a la vez con el TLP se han encontrado: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés post-traumático. Por otro lado, como trastornos externalizantes se han apreciado los que hacen referencia a la dependencia de una droga (alcohol, nicotina y marihuana) y el trastorno antisocial de la personalidad.

En otro artículo de Cabeza y Palomino (2010) se explica que tras la realización de un estudio con una muestra formada por 92 pacientes con TLP, 69 pacientes que tenían otros trastornos de la personalidad y 74 pacientes que padecían trastornos del eje I, es decir, trastornos que no son de la personalidad. Se concluyó que de los 3 grupos el que mayor comorbilidad tenía era el grupo de pacientes con TLP ya que el 96'7% de ellos tenía un diagnóstico en el eje I y el 16'3 % tenía tres o más diagnósticos. Además, de ese 96'7% los trastornos más diagnosticados eran el trastorno del estado de ánimo, el trastorno de ansiedad y por último el de abuso por sustancias. Esta información que se acaba de comentar coincide con la de Tomko et al., (2014), ya que en su artículo se concluye que los trastornos que mayor relación de comorbilidad tienen con el TLP son el trastorno o episodio del estado de ánimo, el trastorno por ansiedad, el trastorno por abuso de sustancias y otros trastornos de la personalidad. También afirman que el 84'8% de los pacientes con TLP padecen trastornos de ansiedad, seguido por trastornos o episodios del estado de ánimo con un 83'7% y un 78'2% con uso de sustancias.

Por último, los autores Trull, Distel, & Carpenter (2011) explican que debido a un intento de abordar la comorbilidad excesiva que hay en ciertos trastornos de personalidad como en el TLP, se ha realizado una revisión de ello en el DSM-V con la finalidad de colocar la patología de la personalidad en continua, y sustituir los criterios de comportamientos individuales con los rasgos de personalidad.

### *5.2 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*

En su artículo los autores Ramos, Vidal, Prats & Casas (2013) explican que el TDAH que padecen los niños se ve como un predisponente que indicará que en la edad adulta habrá un gran porcentaje de estos niños que padecerán trastornos de la personalidad del clúster B, como es el trastorno antisocial de la personalidad el cual lo define como una impulsividad y una dificultad para mantener las metas a largo plazo y el trastorno límite de la personalidad, relacionado con esa dificultad en las regulación emocional y en la inestabilidad interpersonal.

Además, otros autores como Speranza et al., (2011) también afirman esta información ya que dicen que el padecer TDAH en la infancia influye de manera positiva a que aparezcan las características clínicas de un TLP en la etapa de la adolescencia.

Por último, según los autores Stepp, Olino, Klein, Seeley, & Lewinsohn (2013) los cuales realizaron un estudio longitudinal para evaluar cuáles eran los factores de riesgo para tener TLP y los resultados afirmaban que el padecer un trastorno del eje I con un inicio precoz como era la aparición temprana del TDAH aumentaba el riesgo de TLP en la edad adulta.

### *5.3 Trastorno por consumo de sustancias*

El siguiente a comentar, el trastorno por consumo de sustancias, el cual según Zanarini et al., (2011) se asocia con los pacientes con TLP ya que afirman que el consumo de alcohol y el abuso de drogas son una práctica frecuente y relativamente estable en este tipo de población.

Además, según los autores Bornovalova, Hicks, Lacono & McGue (2013) los rasgos que componen el TLP y el consumo de sustancias muestran asociaciones concurrentes y futuras. También explican que en la adolescencia la comorbilidad entre los rasgos de TLP y el consumo es debido a una consecuencia de factores de riesgo comunes más que debido a que uno de ellos sea un antecedente ocasional del otro.

Referente a esta relación de TLP y consumo según Langås, Malt, & Opjordsmoen (2012) se aprecia que el 46% de los pacientes que padecen un trastorno por consumo de sustancias también tienen un trastorno de personalidad donde el cluster que prevalece es el B

(21%) concretamente con un 16% el antisocial y con 13% el límite, seguido del cluster C (18%) y por último, el cluster A (8%). Además, en este estudio se resalta que el tipo de consumo que más utilizan son las drogas estimulantes (cannabis) y depresoras (alcohol). También, explican que los pacientes las utilizan como una herramienta para afrontar la ansiedad o la depresión y que el 42'6 % padece trastornos comórbidos del eje I y la misma proporción para el eje II resaltando los del cluster B como los más prevalentes. Esta combinación comórbida de trastorno del eje I y II en estos pacientes consumidores de drogas provoca que las consecuencias negativas de la droga sean más adversas, además del mal pronóstico de cara a la intervención del trastorno de la personalidad si no se trata este consumo. Por tanto, los resultados de este estudio subrayan la necesidad de diagnosticar comórbidos del eje I y II en pacientes consumidores de drogas.

En otro artículo de Chen et al., (2011) también se ha afirmado esta relación, ya que el 60'6% de los pacientes que tienen un trastorno actual se encuentran comórbidos con la dependencia de sustancias que puede ser bien al alcohol, al cannabis o a la cocaína y opiáceos con porcentajes similares. Además, estos pacientes suelen tener en el eje I trastorno depresivo mayor o trastorno por estrés post-traumático y respecto al eje II destacan el trastorno antisocial y límite de la personalidad con porcentajes similares a los explicados anteriormente. De forma más específica el tipo de sustancia que se consume se ha encontrado en el artículo de Araos et al., (2014), el cual explica que un 61'8% de los pacientes que padecen un trastorno que está comórbido con el de consumo de cocaína, especifica que de este 61'8% el 21% tiene como trastorno el límite de la personalidad, aunque cabe recalcar que el porcentaje es mayor en otros trastornos como el del estado de ánimo (34'5%) y el de la ansiedad (22'7%).

Por último, otro dato importante que anteriormente se ha comentado es que según explica Jahng et al., (2011) el consumo de alcohol puede ser visto como un intento (aunque de mala adaptación) para regular las emociones negativas que padecen estos pacientes, es decir, como una técnica de afrontamiento desadaptativa.

#### *5.4 Trastorno disociativo de la identidad*

Según los autores Ross, Ferrell & Schroeder (2014) el padecer el trastorno disociativo de la identidad junto con el TLP predice una peor respuesta a la terapia dialéctico-conductual para la intervención del trastorno de personalidad afectado, ya que el trastorno de identidad disociativo comúnmente co-produce con trastorno límite de la personalidad y viceversa, y personas que cumplan los criterios para ambos trastornos tienen mayor comorbilidad y trauma que las personas que cumplen con los criterios por sólo un trastorno.

Además, esta información también se corrobora con el artículo de Chlebowski & Gregory (2012) el cual afirma que el TLP comúnmente se co-produce con trastorno disociativo y esto puede empeorar su curso.

### *5.5 Trastornos de la personalidad: Antisocial y Narcisista*

A continuación, se expondrá la relación que existe entre el TLP con dos tipos de trastornos de la personalidad:

En primer lugar, empezaré comentando los resultados que se han obtenido sobre el trastorno antisocial de la personalidad ya que según refieren Paris, Chenard-Poirier, & Biskin (2013) este trastorno y el TLP tienen una superposición en los síntomas y factores de riesgo, lo que sugiere que podrían reflejar la misma forma de psicopatología. Sin embargo, otras líneas de evidencia apuntan a la presencia de una parte única, aunque existan dimensiones superpuestas de rasgos pero la conclusión final es que son trastornos separados.

El segundo a explicar es el trastorno narcisista de la personalidad, del cual se ha obtenido que en general los pacientes con narcisismo mostraron trastornos concurrentes similares a los pacientes con TLP (comorbilidad semblante), pero se apreciaron puntuaciones más bajas para el estrés síntoma general y la depresión que los del grupo TLP (Ritter et al., 2010). Otro artículo de Diamond et al., (2014) explica que la investigación ha encontrado de forma consistente altas tasas de comorbilidad entre el trastorno narcisista y el límite de la personalidad debido al tipo de apego que tuvieron en la infancia.

### *5.6 Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT).*

Como conclusiones más generales, según Latas & Milovanovic (2014) la tasa de prevalencia que existe en los trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad son altas ya que hay un 35% con TEPT, un 47% con Pánico con agorafobia y con ansiedad generalizada, un 48% con fobia social y un 52% con TOC. Además, de que de estos trastornos de personalidad el 39% pertenecen al cluster C y el 80-84'5% al TLP (cluster B).

En definitiva, según estos autores los trastornos de personalidad co-ocurren con trastornos de ansiedad, y esto tiene una serie de implicaciones clínicas que incluye desde un mayor riesgo de suicidio, mayor gravedad de los trastornos de ansiedad y un impacto negativo en el resultado, por tanto, es importante que los médicos al buscar posibles trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad dispongan de la información relevante para saber cuál será la forma más efectiva de tratamiento.

En lo que respecta a la relación del TEPT con el TLP de una manera más específica se ha encontrado que ambos trastornos tienen importantes relaciones con el trauma y que durante mucho tiempo la superposición entre ellos ha sido reconocida. Los resultados muestran que de las personas que padecen TLP el 30'2% también fueron diagnosticadas de TEPT, mientras que de las que padecen TEPT el 24'2 % fueron diagnosticadas con TLP. Estos resultados muestran que el TEPT y el TLP tienen un alto grado de co-ocurrencia en la vida pero no están totalmente superpuestos, y estos autores al igual que los anteriores afirman que toda esta comorbilidad provoca una peor calidad de vida, una mayor comorbilidad con otros trastornos del eje I y un mayor intento de suicidio (Pagura et al., 2010). Además, según Rodrigues et al., (2011) que hicieron un metanálisis del cual obtuvieron resultados que muestran como el volumen del hipocampo está más reducido en pacientes con TLP que en pacientes sanos, pero aún está más disminuido cuando los pacientes padecen una comorbilidad de TEPT y TLP.

### *5.7 Trastorno psicótico*

La información que los autores Pearse, Dibben, Ziauddeen, Denman, & McKenna (2014) explican en su artículo es que hay un 60% de pacientes con TLP que informaban de síntomas psicóticos que no estaban relacionadas con el consumo de drogas, debido a esto se ha cuestionado si estos síntomas son intrínsecos al TLP. Además, el tipo de síntoma psicótico más común eran las alucinaciones auditivas, similares a las que aparecen en la esquizofrenia con contenido negativo y de crítica.

Esta información también se corrobora en el artículo de Stolema, Daalman, Blom, Diederer, Hoek & Sommer (2012), los cuales afirman que las alucinaciones auditivas que aparecen en el TLP son similares a las que existen en la esquizofrenia.

Por último, se han realizado los primeros estudios que validan la psicosis que puede aparecer en el TLP debido al estrés que experimentan estos pacientes (Glaser, Van Os, Thewissen, & Myin-Germeys, 2010) .

### *5.8 Trastorno del sueño*

Según ambos artículos, tanto el de Simor & Horváth (2013) como el de Hafizi (2013) se ha explicado el TLP como un trastorno mental común y grave se asocia con diferentes tipos de trastorno del sueño como: el trastorno de la continuidad del sueño, alteraciones en el sueño de onda lenta y el sueño REM. Además, se muestra que tienen una mayor comorbilidad con este trastorno en comparación con los restantes pero a pesar de esta elevada prevalencia de casos se sigue descuidando este aspecto en los entornos clínicos.

También se ha podido apreciar en el artículo de Plante, Frankenburg, Fitzmaurice, & Zanarini (2013) que los pacientes con TLP no recuperados tenían significativamente peor calidad de sueño que los pacientes con TLP recuperados, esto demuestra la asociación que existe entre las alteraciones del sueño y el estado de recuperación en los pacientes con TLP.

### *5.9 Trastorno depresivo*

Ahora entraré en profundidad con el trastorno depresivo pero antes de enfocarme en él, me gustaría explicar que el trastorno distímico el cual aparece cuando una persona tiene un estado de ánimo bajo en comparación con pacientes sanos durante un periodo prolongado de 2 años como mínimo, se ha visto que también está relacionado con el TLP ya que según Hellerstein et al., (2010), el diagnóstico de línea base de trastorno distímico se asocia con la persistencia de diagnósticos de trastornos de personalidad a los 2 años, sobre todo para los TLP y de evitación.

También se ha apreciado según el artículo de Yalvac, Kaya, & nal (2013) que el 90% de los pacientes que padecen un trastorno de personalidad han tenido intentos de suicidio, entre ellos el 66% tenían TLP, 56% trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el 42% trastorno paranoide de la personalidad. Además, otros artículos como el de Sharp et al., (2012) afirman que el TLP configura un riesgo adicional para la ideación suicida y autoagresión deliberada, también explican Wedig et al., (2012) en su artículo que hay mayores intentos de suicidio en pacientes con TLP si tienen comorbilidad con trastorno depresivo mayor, consumo de sustancias y TEPT.

Siguiendo con la relación general que hay con el trastorno depresivo según el artículo de Skodol et al., (2011) el TLP sigue siendo un predictor robusto de gran persistencia del trastorno depresivo, por este motivo la psicopatología de la personalidad en particular el TLP debe evaluarse en todos los pacientes con trastorno depresivo mayor. El autor Reichborn-Kjennerud et al., (2010) en su artículo explican que la asociación entre trastorno depresivo mayor y los trastornos de la personalidad se asocian significativamente con los 10 tipos cuando se realiza la correlación con cada uno por separado, por ejemplo, trastorno antisocial con trastorno depresivo. Pero solo con TLP, trastorno paranoide y de la evitación de la personalidad cuando se realizó la correlación con todos juntos. También explican que esta relación es más fuerte en el TLP, seguido de paranoide y por último el de evitación. Además, afirman que el TLP y el trastorno depresivo tienen superposición de factores de responsabilidad y que también encontraron un solapamiento importante en los factores de riesgos genéticos para el trastorno depresivo y el TLP ya que se apreciaron elevadas tasas de trastorno depresivo mayor en los

familiares con TLP sin antecedentes de trastorno del estado de ánimo, lo que sugiere correlaciones de factores etiológicos familiares.

### *5.10 Ciclotimia*

Debido a que al realizar la búsqueda sobre esta relación no se han encontrado artículos que hablen de la ciclotimia (son fluctuaciones del trastorno bipolar pero no son episodios) pero sí sobre la relación con el trastorno bipolar. Por este motivo, se pasará a exponer la información que se ha obtenido de los artículos que hablan sobre el trastorno bipolar y el TLP:

Según Sjøstad, Gråwe, & Egeland (2012) los resultados sugieren que el TLP tiene una fuerte asociación con los trastornos afectivos en el espectro bipolar, esta asociación puede reflejar una relación causal o criterial de solapamiento de diagnóstico. Además, según los autores Zimmerman & Morgan (2013) explican que los estudios más recientes han encontrado evidencias del trastorno bipolar sobre-diagnosticado y que el TLP es un importante contribuyente al sobre-diagnóstico, por este motivo hay riesgo de diagnósticos falsos positivos y falsos negativos, y la facilidad con la que cada tipo de error diagnóstico se puede corregir mediante observaciones longitudinales. En sus resultados se observa que el 20% de los pacientes con TLP tienen el trastorno bipolar II y solo el 10% el bipolar I. También explican que mientras las tasas de comorbilidad son sustanciales, cada trastorno sin embargo se diagnostica en la consecuencia del otro (80-90% de los casos).

Por último, otro artículo que corrobora la existencia de esta relación es el de Riemann et al., (2014), afirma que el trastorno bipolar y el TLP son trastornos psiquiátricos graves y crónicos, ambos trastornos tienen síntomas que se superponen y la investigación actual muestra que la prevalencia de un TLP tiene un efecto adverso sobre el curso del trastorno bipolar. Ya que cuando se da el caso de que un paciente padece el TLP más el trastorno bipolar las consecuencias de esta unión pueden ser: Un peor pronóstico y peor respuesta de la medicación, un curso desfavorable de la enfermedad, una mayor duración del tratamiento, un mayor riesgo de abuso de sustancias, un mayor riesgo de suicidio y por último un mayor deterioro a nivel social.

### *5.11 Trastorno alimentario*

Para finalizar este bloque, acabaré explicando el trastorno alimentario en el TLP, para ello utilizaré el artículo de Gaudio & Di Cionno (2011) el cual dice que el 24,8% de los pacientes ambulatorios (16-18 años) que padecen este trastorno tenían además 1 o más trastornos de la personalidad en comparación con el grupo control. Los trastornos de la personalidad que

aparcan en este tipo de pacientes con más frecuencia son el evitativo, el límite y el obsesivo-compulsivo. Este tipo de pacientes que padecen ambos trastornos, empezaban a una edad más temprana, tenían más bajo el índice de masa corporal y tenían un mayor número de ingresos hospitalarios. Los resultados que se han comentado respecto a esta asociación entre trastornos de la personalidad y trastorno alimentarios encontrados en adolescentes son similares a los adultos. Además, esta asociación provoca un aumento de gravedad en el trastorno alimentario.

Otro artículo de Sansone & Sansone (2010) afirma que de acuerdo con una revisión de la literatura, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo es el trastorno del eje II más común en personas con trastorno alimentario con conducta restrictiva, mientras que el TLP es el trastorno del eje II más común en las personas con impulsiva patología alimentaria. Esto refleja que debido al tipo de trastorno de la personalidad desarrollado precede a un tipo u otro del trastorno de la alimentación, es decir, las características del trastorno de la personalidad a menudo reflejen el estilo de patología alimentaria. Un ejemplo de esto sería: Los estilos de personalidad impulsiva daría lugar a una patología alimentaria de tipo impulsiva y por otro lado, los estilos de personalidad muy controladores darían lugar a patrones de alimentación de alto control.

En definitiva, lo que estos autores dicen es que es probable que los trastornos de la personalidad funcionen, en cierto grado, como factores de riesgo para el desarrollo de determinados tipos de trastornos alimentarios.

## 6. CONCLUSIÓN

Una vez finalizada la revisión de la literatura correspondiente sobre la comorbilidad del TLP con otras patologías se expondrán las conclusiones generales que se han obtenido a lo largo de este trabajo.

En primer lugar, destacar que este trastorno al ser una alteración de la personalidad ya es por sí más complejo a la hora de trabajarlo, por el simple hecho de que lo que está alterado es la forma en que percibe y actúa sobre el ambiente, lo cual provoca que una variedad de contextos estén alterados dando como resultado un gran número de comorbilidades. Por tanto, el poder responder al objetivo de mi trabajo, abordar una revisión de la literatura de los últimos 5 años sobre la comorbilidad del TLP con otros trastornos mentales, ha presentado ciertas dificultades.

Una vez comentado esto, se empezará a explicar las conclusiones principales del estudio: A lo largo, del análisis que realizo de cada uno de los trastornos se observa que todos tienen una relación con el TLP en menor o gran medida desde el TDAH que es un trastorno de tipo más infantil hasta un trastorno del sueño que se puede apreciar en otros patología también. Esto me lleva a reflexionar sobre mi objetivo de trabajo a darle una utilidad o valor más significativo, es decir, de qué me sirve saber que un trastorno muy específico tiene un alta comorbilidad con el TLP si este grado de comorbilidad también se aprecia en otros. Por tanto, extraigo la conclusión de que hay que hablar de la comorbilidad del TLP en niveles dimensionales más que en especificaciones concretas ya que a medida que voy estudiando toda la literatura comentada anteriormente más aprecio la necesidad de ver la comorbilidad del TLP como algo dimensional.

De esta manera, la revisión de la literatura pone de manifiesto que los trastornos más comórbidos con el TLP fueron los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de consumo de sustancias, trastornos de la personalidad (concretamente, el antisocial y el narcisista) y trastornos alimentarios. Pero siguiendo en la línea de lo que acabo de comentar anteriormente, concluyo que el TLP tiene una gran comorbilidad a nivel dimensional como sintomatología internalizante y/o externalizante (como por ejemplo, elevada emotividad negativa, impulsividad, neuroticismo, etc...).

Además, otro aspecto muy importante que apoya la conclusión obtenida es que no se debe olvidar que tratamos con personas y esto da lugar a que es necesario tener en cuenta la existencia de diferencias individuales en cada uno de los pacientes que padecen esta patología, ya que hay numerosos factores que afectan o influyen en el TLP como en otros trastornos.

Por ejemplo, el tipo de experiencias que haya vivido la persona, el tipo de infancia, el nivel intelectual, si tiene o no apoyo familiar o social, si existe conciencia de enfermedad, si hay antecedentes familiares, la adherencia al tratamiento... Con todo esto que acabo de comentar lo que pretendo dar a entender es que la finalidad de mi trabajo es ayudar al paciente para su mayor bienestar y para ello, el que tenga un diagnóstico más acorde a lo que padece es prescindible y a veces se nos olvida que se trabaja con personas y esto significa que no hay una formula específica para ellos ya que cada uno es diferente aunque puedan tener sus semejanzas son seres distintos. En definitiva, si un paciente tiene alterado las dimensiones internalizantes y/o extrernalizantes habrá que estar muy atento para ver si hay algo más detrás que sea el foco que está dando lugar a esa comorbilidad como es el caso del TLP.

Para concluir, comentaré la limitación que se ha encontrado a lo largo de este estudio: La dificultad que he tenido para acceder a los artículos enteros ya que la mayoría de ellos la universidad no tenía acceso, por tanto, tenía que quedarme solo con la información del abstract (información muy limitada) y coger otros que sí que podía pero que ya había descartado por su menor relación con el tema.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araos, P., Vergara, E., Pedraz, M., Pavón, F., Campos, R., Calado, M., Ruiz, J. J., García, N., Gornemann, I., Torrens, M., & Rodríguez, F. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 26(1), 15–26. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84893899611&partnerID=tZOtx3y1>
- Bornovalova, M.A., Hicks, B.M., Lacono, W.G., & McGue, M. (2013). Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Personality Disorders*, 4(1), 23–32. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84879102945&partnerID=tZOtx3y1>
- Cabeza, G. M., & Palomino, L. D. (2010). Comorbilidad en el Eje I del Trastorno Límite de la Personalidad. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 21(90), 97–104. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79953004702&partnerID=tZOtx3y1>
- Chen, K. W., Banducci, A. N., Guller, L., Macatee, R. J., Lavelle, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2011). An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 92–9. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.003>
- Chlebowski, S. M., & Gregory, R. J. (2012). Three cases of Dissociative identity disorder and co-occurring borderline personality disorder treated with dynamic deconstructive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 66(2), 165–180. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865125529&partnerID=tZOtx3y1>
- Diamond, D., Clarkin, J.F., Levy, K.N., Meehan, K.B., Cain, N.M., Yeomans, F.E., & Kernberg, F. (2014). Change in Attachment and Reflective Function in Borderline Patients with and without Comorbid Narcissistic Personality Disorder in Transference Focused Psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 175–210. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84902358047&partnerID=tZOtx3y1>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41(5), 1041–50. <http://doi.org/10.1017/S0033291710001662>
- Fortes, J. L., Sánchez, A., & Antequeda, J. (2012). Trastorno de la personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 16, 2-3. Recuperado el 17 de marzo de 2015, de [http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201208/1612\\_rt\\_trastorno\\_limite\\_personalidad\\_como\\_reconocerlo](http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201208/1612_rt_trastorno_limite_personalidad_como_reconocerlo)
- Gaudio, S., & Di Ciommo, V. (2011). Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 769–74. <http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318235b9b5>
- Glaser, J.-P., Van Os, J., Thewissen, V., & Myin-Germeys, I. (2010). Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 125–34. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01427.x>

- Hafizi, S. (2013). Sleep and borderline personality disorder: a review. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 452–9. <http://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.016>
- Hellerstein, D. J., Skodol, A. E., Petkova, E., Xie, H., Markowitz, J. C., Yen, S., ... McGlashan, T. H. (2010). The impact of comorbid dysthymic disorder on outcome in personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 449–57. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.11.002>
- Jahng, S., Solhan, M. B., Tomko, R. L., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Trull, T. J. (2011). Affect and alcohol use: an ecological momentary assessment study of outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 572–84. <http://doi.org/10.1037/a0024686>
- Langås, A.-M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 180. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-180>
- Latas, M., & Milovanovic, S. (2014). Personality disorders and anxiety disorders: what is the relationship? *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 57–61. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000025>
- Bornoalova, M.A., Hicks, B.M., Lacono, W.G., & McGue, M. (2013). Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Personality Disorders*, 4(1), 23–32. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84879102945&partnerID=tZOtx3y1>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 1190–8. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Paris, J., Chenard-Poirier, M.-P., & Biskin, R. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 321–5. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.006>
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (2014). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 368–71. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
- Plante, D. T., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2013). Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 278–82. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.006>
- Ramos, J., Vidal, R., Prats, I., & Casas, M. (2013). Personality disorders in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Minerva Psichiatrica*. Edizioni Minerva Medica S.p.A. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84895832278&partnerID=tZOtx3y1>
- Regalado, P., & Gagliesi, P. (2012). Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4, 66–67. Recuperado el 30 de marzo de 2015, de

file:///C:/Users/Marta/Downloads/DialnetEncuestaAProfesionalesDeLaSaludMentalSobre  
Diagnost-4391019%20(1).pdf

- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Røyamb, E., Ørstavik, R. E., Neale, M. C., Torgersen, S., & Kendler, K. S. (2010). Major depression and dimensional representations of DSM-IV personality disorders: a population-based twin study. *Psychological Medicine*, 40(9), 1475–84. <http://doi.org/10.1017/S0033291709991954>
- Riemann, G., Weisscher, N., Goossens, P. J. J., Draijer, N., Apenhorst-Hol, M., & Kupka, R. W. (2014). The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 172. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-172>
- Ritter, K., Roepke, S., Merkl, A., Heuser, I., Fydrich, T., & Lammers, C.-H. (2010). [Comorbidity in patients with narcissistic personality disorder in comparison to patients with borderline personality disorder]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(1), 14–24. <http://doi.org/10.1055/s-0028-1102943>
- Rodrigues, E., Wenzel, A., Ribeiro, M. P., Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, A., de Sena, E. P., & de Oliveira, I. R. (2011). Hippocampal volume in borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(7), 452–6. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.005>
- Ross, C., Ferrell, L., & Schroeder, E. (2014). Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation : The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 15(1), 79–90. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84891522813&partnerID=tZOtx3y1>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Personality disorders as risk factors for eating disorders: clinical implications. *Nutrition in Clinical Practice : Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 25(2), 116–21. <http://doi.org/10.1177/0884533609357563>
- Sharp, C., Green, K. L., Yaroslavsky, I., Venta, A., Zanarini, M. C., & Pettit, J. (2012). The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 927–38. <http://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.927>
- Simor, P., & Horváth, K. (2013). Altered sleep in Borderline Personality Disorder in relation to the core dimensions of psychopathology. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4), 300–12. <http://doi.org/10.1111/sjop.12048>
- Sjåstad, H. N., Gråwe, R. W., & Egeland, J. (2012). Affective disorders among patients with borderline personality disorder. *PloS One*, 7(12), e50930. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0050930>
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257–64. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050695>

- Slotema, C., Daalman, K., Blom, J.D., Diederer, K.M., Hoek, H.W., & Sommer, J.E. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 42(9), 1873–8. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84864542087&partnerID=tZOtx3y1>
- Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A., & Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11, 158. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-11-158>
- Stepp, S. D., Olino, T. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (2013). Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features. *Personality Disorders*, 4(3), 223–9. <http://doi.org/10.1037/per0000015>
- Tomko, R. L., Brown, W. C., Tragesser, S. L., Wood, P. K., Mehl, M. R., & Trull, T. J. (2014). Social context of anger in borderline personality disorder and depressive disorders: findings from a naturalistic observation study. *Journal of Personality Disorders*, 28(3), 434–448. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84906929064&partnerID=tZOtx3y1>
- Trull, T. J., Distel, M. A., & Carpenter, R. W. (2011). DSM-5 Borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 43–9. <http://doi.org/10.1007/s11920-010-0170-2>
- Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*, 42(11), 2395–404. <http://doi.org/10.1017/S0033291712000517>
- Yalvac, H., Kaya, B., & nal, S. (2013). Personality disorders and some clinical variables in suicidal individuals. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(1), 1. <http://doi.org/10.5455/apd.40634>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Frankenbur, F. R., Weingeroff, J. L., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Weiss, R. D. (2011). The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(2), 342–8. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03176.x>
- Zimmerman, M., & Morgan, T. A. (2013). The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 155–169. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84888059468&partnerID=tZOtx3y1>