



**Universidad
Europea** MADRID

Evaluación neuropsicológica y tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) mediante DBT: Mejoras cognitivas en jóvenes adultos

Autora: Jeimy Paola Florez Giraldo

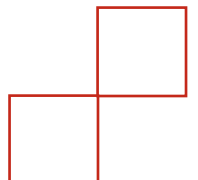
Tutora: Ana María Sion
Coordinador de TFM:

Fecha de realización del trabajo: 17 abril 2026

Nº palabras: 18.987

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid





Agradecimiento

En primer lugar, me agradezco a mí misma por la dedicación, la constancia y la pasión que he puesto en mi formación profesional. Este logro representa el resultado de años de esfuerzo, compromiso y amor por mi carrera.

A mi pareja, por ser un pilar fundamental durante este proceso. Gracias por su apoyo emocional y económico, por su motivación constante y por sus palabras que siempre me impulsaron a salir adelante y a buscar soluciones ante cada dificultad. En este trabajo no fue la excepción; su acompañamiento fue esencial para culminar esta etapa con éxito.

A mi tutora de Trabajo Final de Máster, Ana María Sion, por su orientación académica permanente, por la retroalimentación rigurosa que me permitió mejorar continuamente y por su acompañamiento en la identificación de errores como oportunidades de aprendizaje y crecimiento profesional.

A la universidad y a todos los docentes que hicieron parte de mi proceso formativo, por brindarme las herramientas académicas necesarias, fortalecer mi comprensión conceptual y contribuir significativamente a mi desarrollo profesional.

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por inestabilidad afectiva, impulsividad, alteraciones en la identidad y patrones relacionales disfuncionales, lo que impacta significativamente el funcionamiento global. La evidencia sugiere que, además de la desregulación emocional, existen alteraciones neuropsicológicas asociadas a sus criterios clínicos. Este trabajo propone un protocolo de evaluación e intervención neuropsicológica en adultos jóvenes con TLP, mediante pruebas estandarizadas que valoren el funcionamiento cognitivo global y permitan diseñar un plan jerarquizado por funciones cognitivas, integrado a la Terapia Dialéctico-Conductual como abordaje central. Se plantea como hipótesis que la combinación de DBT con evaluación y estimulación neuropsicológica mejorará la regulación emocional, el control conductual y la adherencia terapéutica. La metodología propuesta es mixta y se espera fortalecer los resultados clínicos y la adherencia al tratamiento.

Palabras clave

Adultos jóvenes, desregulación emocional, evaluación neuropsicológica, funciones ejecutivas, impulsividad, intervención clínica, Terapia Dialéctico-Conductual, Trastorno Límite de la Personalidad.

Abstract

Borderline Personality Disorder is characterized by affective instability, impulsivity, identity disturbances, and dysfunctional relational patterns, significantly impacting overall functioning. Current evidence suggests that, beyond emotional dysregulation, there are neuropsychological

alterations associated with its clinical criteria. This study proposes a neuropsychological assessment and intervention protocol for young adults with BPD, using standardized measures to evaluate global cognitive functioning and to design a function-based, hierarchically structured intervention plan integrated with Dialectical Behavior Therapy as the core treatment approach. The hypothesis is that combining DBT with neuropsychological assessment and cognitive stimulation will improve emotional regulation, behavioral control, and treatment adherence. A mixed-methods design is proposed, with the expectation of enhancing clinical outcomes and therapeutic engagement.

Keywords

Borderline Personality Disorder, clinical intervention, Dialectical Behavior Therapy, emotional dysregulation, executive functions, impulsivity, neuropsychological assessment, young adults.

Índice

1.	Introducción	6
1.1.	Marco teórico	12
1.1.1.	Objetivos	39
2.	Metodología	40
2.1.	Evaluación	45
2.1.1.	Intervención	49

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psicológica caracterizada principalmente por la inestabilidad emocional (Núñez Morales et al. 2019). Esta se manifiesta como un patrón persistente de cambios del estado de ánimo intensos, rápidos y difíciles de regular, es decir una persona puede, pasar de la tristeza a la irritabilidad o la ansiedad en un corto periodo (American Psychiatric Association – DSM-5, 2013). Se pueden presentar reacciones emocionales frecuentes e intensas, como ira, llanto o desesperanza y tener dificultades para calmarse o recuperar la estabilidad emocional (Adams, Bernat & Luscher, 2001). En el contexto clínico, se observan síntomas como cambios fluctuantes del ánimo, irritabilidad o ira intensa, ansiedad, sentimientos constantes de vacío e impulsividad, lo que genera relaciones interpersonales inestables, con alta sensibilidad al rechazo y al abandono (Núñez Morales et al. 2019). Este perfil de síntomas genera malestar intenso y se refleja en problemas frecuentes como conflictos en casa, bajo rendimiento o ausencias en el estudio y/o trabajo y relaciones inestables, como, por ejemplo, peleas, rupturas o aislamiento con las personas que lo rodean (American Psychiatric Association – DSM-5, 2013).

Por otro lado, el trastorno límite de la personalidad (TLP) anteriormente se explicaba desde un enfoque clínico centrado en la desregulación emocional afectiva y en patrones psicológicos e interpersonales (Oviedo y Muñoz, 2025). Sin embargo, en los últimos años se han integrado modelos psicológicos con la comprensión de los mecanismos cognitivos que están detrás de los síntomas, como la regulación emocional, la reactividad al estrés y el control inhibitorio (Valero, 2022). Esto permite comprender cómo los procesos neurocognitivos, como el control inhibitorio o respuesta fisiológica al estrés, están implicados e influyen en síntomas y dificultades emocionales característicos del TLP (D'Iorio, Di Benedetto, & Santangelo, 2024). En el TLP, algunos síntomas vinculados al funcionamiento cognitivo se relacionan con dificultades en el control inhibitorio, es decir, con la capacidad de frenar impulsos y evitar respuestas automáticas, así como con la toma de decisiones bajo emociones intensas y con respuestas fisiológicas elevadas ante el

estrés (Aslan et al., 2023). Esto puede hacer que la emoción aumente rápidamente y sea difícil de regular. Por ejemplo, ante una discusión o una crítica, una persona con TLP puede escalar con rapidez a una emoción muy intensa y responder de forma impulsiva, sin pensar, en que puede terminar en conflicto y aumentar el malestar (Valero, 2022).

Estas dificultades afectan la vida diaria, ya que incrementan la probabilidad de conflictos interpersonales repetidos, cambios frecuentes o interrupciones de la rutina, así como la dificultad para mantener actividades de manera sostenida, como estudiar, trabajar o permanecer en un tratamiento (Castro, 2020). Además, cuando el malestar emocional es muy elevado, la persona puede recurrir a estrategias de afrontamiento poco adaptativas (Keuroghlian, Frankenburg y Zanarini, 2013). Por ello, las guías clínicas recomiendan tratamientos psicológicos estructurados que enseñen a regular emociones intensas y a desarrollar estrategias adaptativas, priorizando intervenciones con respaldo científico (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2010).

En el aspecto social, a menudo sucede que, en el contexto de las personas que rodean a alguien con TLP, disminuye el tiempo que pasan con él o ella, ya que comienza a ocurrir el rechazo social debido a sus comportamientos conflictivos e impulsivos (Apfelbaum & Gagliesi, 2004). Estos comportamientos son frecuentes, lo que limita sus amistades y redes de apoyo (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2010). En el ámbito laboral, les resulta difícil mantener un empleo, dado que las crisis ocurren en todos los sectores de su vida; esto puede generar un mal ambiente de trabajo y también ausencias laborales debido a hospitalizaciones o agotamiento emocional, lo que disminuye la productividad (Castro, 2020). Las constantes alteraciones emocionales pueden dificultar la concentración y la realización de las tareas, afectar la entrega de resultados y, por lo tanto, contribuir al desempleo (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

En relación con el tratamiento, la literatura reciente coincide en que la psicoterapia constituye el tratamiento de elección para el TLP, existiendo varios modelos que han demostrado eficacia en ensayos controlados y revisiones sistemáticas, entre ellos la Terapia Dialéctica

Conductual (DBT) y el tratamiento basado en la mentalización (Storebø et al. 2020). Estas intervenciones reportan mejoras en los síntomas centrales del trastorno y en el funcionamiento psicosocial (Linehan et al., 1993, 2015; Bateman & Fonagy, 2010; Doering et al., 2010; Mehlum et al., 2016). En particular, la DBT cuenta con el mayor respaldo empírico, dado que se centra en el desarrollo de habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, mindfulness y efectividad interpersonal, con el objetivo de reducir la desregulación afectiva, la impulsividad y las conductas de riesgo (Zahediabghari et al., 2020).

El trastorno límite de la personalidad suele iniciar durante la adolescencia y la adultez temprana, aproximadamente entre los 12 y 25 años, una etapa del ciclo vital en la que aún se están consolidando la identidad, la autonomía, el proyecto educativo, la vida laboral y las relaciones interpersonales (Bornovalova et al., 2009; Kaess, 2025). En este periodo, el TLP puede interferir de manera significativa con dichas tareas evolutivas, incrementando el riesgo de dificultades persistentes en el ajuste social, académico y laboral (Cailhol et al., 2018). Asimismo, este impacto se relaciona con síntomas centrales como la inestabilidad afectiva, es decir, cambios emocionales intensos, impulsividad, dificultades en la identidad y patrones interpersonales inestables, lo que puede influir en problemas para sostener rutinas, manejar conflictos, mantener vínculos estables y cumplir responsabilidades cotidianas (Guilé et al., 2018). Dada su asociación con deterioro funcional y mayor utilización de servicios de salud (Keuroghlian et al. (2013).

Ahora bien, entre los 18 y 25 años se ubica la etapa de la adultez joven, en la cual es común, observar ideas persistentes de muerte o pensamientos suicidas, como “no quiero seguir”, “preferiría no estar aquí” etc, y también autolesiones sin intención de morir como, por ejemplo, hacerse daño a sí mismo como forma de aliviar tensión (Bornovalova, Hicks, Iacono, & McGue, 2009). En adultos jóvenes con trastorno límite de la personalidad (TLP), el riesgo de conductas suicidas puede aumentar por la impulsividad y la intensidad emocional (Cailhol et al., 2018). Además, en esta etapa suelen coexistir comorbilidades como depresión, pérdida de interés, desesperanza, ansiedad, preocupación intensa, crisis de angustia, consumo problemático de

sustancias y trastornos alimentarios, que pueden presentarse junto con el TLP y volver más complejo el tratamiento y el pronóstico (Bornovalova et al., 2009).

Por esta razón, el impacto que tiene este trastorno en los adultos jóvenes puede llevarlos a frustraciones en la transición de sus vidas, tanto educativa, laboral y social, lo que puede llevarlos a un aislamiento o rechazo, reforzando la inestabilidad emocional y la impulsividad (Keuroghlian et al., 2013). Ya que, puede reflejarse en abandono o cambios frecuentes de estudios, inestabilidad laboral por renunciadas impulsivas o conflictos, y rupturas repetidas en amistades o pareja, lo que tiene como consecuencia el aislamiento reduciendo así las redes de apoyo (Tomás-Hay, 2022). Por otro lado, esto no solo afecta a la persona, sino a sus familiares y seres cercanos, ya que también pueden tener cargas emocionales para con su familiar (Cailhol et al., 2018). Ya que, sus familiares y personas cercanas suelen asumir un alto desgaste emocional por la preocupación constante y el manejo de crisis recurrentes (Apfelbaum y Gagliesi, 2004).

De igual forma, resulta fundamental estudiar la epidemiología del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en adultos jóvenes, ya que se trata de una etapa clave para prevenir la cronificación del trastorno y mejorar el pronóstico a largo plazo (Bornovalova, Hicks, Iacono, & McGue, 2009). Entre los 18 y los 25 años, las personas se encuentran en el tránsito de la adolescencia a la adultez, lo que explica que, en muchos casos, el diagnóstico de TLP en población menor de 18 años se realice con mayor cautela por razones clínicas, evolutivas y éticas (Laurensen et al., 2013). Las guías clínicas señalan que la adolescencia es una etapa caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales intensos, en la que son frecuentes manifestaciones como labilidad emocional, conflictos interpersonales y dificultades en la identidad, las cuales pueden formar parte del desarrollo normativo de la persona (Keuroghlian et al., 2013).

Esto se debe a que, entre los 12 y los 18 años, se encuentran en consolidación procesos fundamentales como la identidad, la regulación emocional y las relaciones interpersonales (Fonagy & Bateman, 2008). En este contexto, conductas como la impulsividad o los cambios fluctuantes del estado de ánimo pueden confundirse con rasgos patológicos de personalidad, cuando en realidad pueden corresponder a patrones transitorios propios del desarrollo (Laurensen

et al., 2013). Además, los cambios hormonales propios de esta etapa pueden intensificar dichas manifestaciones, aumentando el riesgo de diagnósticos erróneos, con posibles efectos negativos sobre la autoestima y las relaciones interpersonales del adolescente (Bozzatello et al., 2021).

Un estudio realizado en los Países Bajos evidenció una marcada discrepancia entre psicólogos respecto al diagnóstico de trastornos de personalidad en adolescentes (Bornovalova et al., 2009). Aunque los profesionales reconocían que el TLP puede existir en esta etapa, la mayoría reportó no realizar el diagnóstico, de hecho, solo uno de cada diez indicó hacerlo sin preocupación. Las principales razones incluyeron la percepción de la adolescencia como una etapa “tormentosa y caótica”, caracterizada por cambios transitorios, la creencia de que el DSM no permite el diagnóstico en menores de edad y el temor a que el diagnóstico resulte estigmatizante, al etiquetar al adolescente y afectar la forma en que es tratado por su entorno (Laurensen et al., 2013).

En este marco, es importante resaltar que el Trastorno Límite de la Personalidad es un cuadro frecuente, discapacitante y clínicamente complejo ((Dell’Osso et al., 2010). En la población general, las estimaciones de prevalencia reportadas en estudios internacionales oscilan entre 0,5% y 5,9%, lo que equivale aproximadamente a entre 1 de cada 200 y 6 de cada 100 personas (Aslan, Grant, & Chamberlain, 2023). Sin embargo, en contextos asistenciales su presencia es considerablemente mayor: se ha descrito una prevalencia aproximada del 15 - 28% en consultas psiquiátricas ambulatorias y cercana al 22% en pacientes hospitalizados en servicios de psiquiatría, lo que sugiere un uso elevado de los servicios de salud mental por parte de esta población (Oviedo & Muñoz, 2025).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015, cerca del 4,6 % de los adultos colombianos mayores de 18 años presentó en el último año varios rasgos asociados a trastornos de personalidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). El dato no muestra diferencias entre hombres y mujeres para Colombia. Lo que significa que alrededor de 4 de cada 100 adultos conviven con más de seis rasgos asociados a trastornos límite de personalidad (Kjaer et al., 2015). Y aunque el porcentaje pueda parecer discreto, detrás de él hay personas lidiando con

emociones intensas, dificultades para organizar su día a día y tensiones que afectan tanto su bienestar como su manera de relacionarse (Valero, 2022). No es solo un número, es un asunto que termina golpeando la salud pública del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). En Colombia se ha investigado muy poco sobre estos trastornos y la última encuesta nacional con datos sólidos se hizo hace más de una década (Valero, 2022). Ese vacío de información es evidente y deja claro que hace falta retomar estudios que permitan entender cómo se está viviendo hoy esta situación y de qué forma está afectando a la gente en el contexto actual.

Asimismo, estudios de investigación en varios países de América Latina dan una idea de la presentación del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Micheli, 2017). Alrededor del 2% de la población general podría mostrar este trastorno (Benavides Paredes, 2023). Pero esa imagen se ve diferente cuando se observa lo que sucede en el cuidado de la salud mental: entre el 10% y el 23% de las personas que acuden a instalaciones psiquiátricas presentan síntomas similares al TLP, aunque muchos de estos aún están siendo estudiados (Miller et al., 2022). Los casos más complejos suelen ser tratados en servicios de hospitalización, donde las cifras son aún más altas, ya que entre el 20% y el 32% de los pacientes ya tienen un diagnóstico confirmado (Benavides Paredes, 2023).

Este trastorno tiene un impacto significativo en los ámbitos sociales, laborales y educativos, ya que no solo afecta a la persona que lo padece, sino también a sus familiares y al entorno más cercano (Benavides Paredes, 2023). Ya que, son los familiares quienes se convierten en los cuidadores y quienes, en gran medida, gestionan las crisis, buscan ayuda y enfrentan las consecuencias emocionales que genera este trastorno (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2010). Ahora bien, quienes acuden a pedir atención son, en la mayoría de los casos, los familiares, lo que indica que son ellos quienes sufren directamente las crisis, ya que en muchos casos las personas con TLP no reconocen que necesitan ayuda y normalizan las conductas (Apfelbaum & Gagliesi, 2004). Esto genera en los familiares una sobrecarga emocional. Ya que, puede generar un desgaste en todo el núcleo familiar, y como consecuencia tener dificultades emocionales, presentar conflictos intrafamiliares y violencia

doméstica, precisamente por las crisis emocionales intensas (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2010).

MARCO TEÓRICO

Definición y características del Trastorno Límite de Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), según la Academia Americana de Médicos de Familia (2022), se describe como un trastorno en el que las personas suelen tener relaciones muy inestables, reaccionan con impulsividad y viven cambios emocionales fuertes que aparecen, por lo general, desde la adultez temprana (Méndez, Naccarato, & Radico, 2022). Según el DSM-5, el TLP se caracteriza por dificultades para mantener una idea clara de sí mismos, emociones que cambian con rapidez y conductas impulsivas que terminan afectando el trabajo, la vida social y la vida personal (Benavides Paredes, 2023). Es decir, una persona puede sentirse entusiasmada y confiada por la mañana, pero horas después sentirse completamente desbordada y frustrada sin un motivo evidente (Núñez et al., 2019). Estas subidas y bajadas emocionales tan rápidas afectan mucho sus relaciones y la manera en que enfrentan su día a día (American Psychiatric Association, 2013).

Estos cambios bruscos suelen afectar sus relaciones, generando dinámicas en las que alguien puede pasar rápidamente de idealizar a un amigo o pareja a sentirse profundamente decepcionado de esa misma persona (Kernberg, 1978). También son frecuentes los cambios en la manera en que la persona se percibe a sí misma, por ejemplo, puede tener metas claras un día y al siguiente dudar de sus habilidades o de lo que quiere en la vida (López et al., 2023). Ahora bien, dependiendo del perfil individual y evolutivo de la persona, pueden sumarse, conductas suicidas o amenazas recurrentes, una sensación de vacío, dificultades en la regulación de la ira y, en situaciones de alto estrés, episodios breves de ideación paranoide o experiencias de desconexión de la realidad (American Psychiatric Association, 2013). Es importante considerar que no todas las personas

presentan estos síntomas con la misma intensidad ni frecuencia, y que pueden variar a lo largo del tiempo (Bozzatello et al., 2019). Ya que, en determinados momentos de vulnerabilidad emocional, alguien podría interpretar un comentario sereno como una crítica intensa o experimentar una sensación transitoria de desconexión de su entorno (Méndez, Naccarato, & Radico, 2022).

En cuanto a los criterios diagnósticos, el Trastorno Límite de la Personalidad debe cumplir con unos criterios específicos que no son los mismos que otros trastornos emocionales (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Según el DSM-5 (2013), la persona debe mantener un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales; en la autopercepción; y en cómo manejan sus emociones (DSM-5 2013). El comportamiento impulsivo también es frecuente, influyendo en gran medida en su estilo de vida. Estos deben comenzar en la adultez temprana y aparecer en diferentes contextos. Para lograr esto, la persona necesita cumplir con cinco o más de los siguientes criterios, además debe generar malestar clínicamente significado y debe iniciar al menos desde la adultez temprana y ser estable durante el tiempo (DSM-5 2013). La descripción de cada una de estas pautas, enumeradas a continuación, detallará a qué se refiere cada una:

1. *“Esfuerzo frenético por evitar un abandono real o imaginario”* Es decir, la persona hace todo lo posible por no sentirse abandonada, incluso si solo es una creencia de que lo quieren dejar, haciendo que reaccione demasiado angustiado y sienta miedo a quedarse solo (DSM-5 2013).
2. *“Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación”* Es decir, las relaciones que tiene con los demás cambian constantemente; por ejemplo, puede idealizar a las personas con las que está y otras veces las desprecia totalmente, sin término medio (DSM-5 2013).
3. *“Alteraciones de la identidad: autoimagen o sentido del yo marcada y persistentemente inestable”*: Es decir, tiene una imagen de sí mismo que es

fluctuante, no sabe qué quiere, ni quién es o cómo se está sintiendo consigo mismo (DSM-5 2013).

4. *“Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autolesivas (como gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones)”*: Son personas que tienden a actuar sin pensar en las consecuencias, incluso si esto implica hacerse daño a sí mismas o a otros (DSM-5 2013).
5. *“Comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación”*: Es decir, que constantemente está intentando hacerse daño, habla de suicidarse o se autolesiona, especialmente cuando experimenta emociones intensas o ante un conflicto emocional (DSM-5 2013).
6. *“Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo”*: Son personas que emocionalmente cambian rápidamente y con mucha intensidad; es decir, pueden pasar de la tristeza a la ira o la ansiedad en poco tiempo (DSM-5 2013).
7. *“Sentimientos crónicos de vacío”*: Es decir, se sienten constantemente como si nada tuviera sentido o como si les faltara algo por dentro (DSM-5 2013).
8. *“Ira inapropiada, intensa o dificultades para controlarla”*: Son personas que se enojan fácilmente y con mucha intensidad, lo que hace que les cueste controlar la rabia, explotando en ira o discusiones fuertes ante estímulos poco relevantes (DSM-5 2013).
9. *“Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves”*: Es decir, en momentos de mucho estrés puede sentirse perseguida, desconectada de la realidad o como si estuviera fuera de sí misma o del entorno (DSM-5 2013).

Por otro lado, el riesgo de suicidio en el TLP es habitual y no se atribuye a una sola causa, sino a la interacción entre factores biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y

ambientales, así como a experiencias propias del individuo (Zanarini et al., 2005). Es decir, se trata de un fenómeno complejo y multifactorial que genera una mayor vulnerabilidad emocional y conductual en la persona (Castro Soriano, 2020). Asimismo, la desregulación emocional, junto con otras conductas características del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), favorece la desinhibición conductual, lo que indica que, se les dificulta la modulación de los impulsos y la regulación del estado de ánimo, especialmente en contextos de alta activación emocional (Núñez Morales et al., 2019). Por eso, tanto la reactividad afectiva como el bajo control inhibitorio hacen que las personas experimenten el malestar como incontrolable y persistente, lo que contribuye a sentimientos de “no encontrar una salida” o de que “nada mejora” (Turecki et al., 2019).

Sin embargo, es importante definir los comportamientos autolesivos, ya que, existen conductas autolesivas no suicidas, las cuales son comportamientos en los que la persona se hace daño sin la intención de morir (Clarke et al., 2019). Es decir, cortarse, golpearse, quemarse, envenenarse; si bien el objetivo y la intención no es morir, es una señal de que la persona está en riesgo (Bachmann, 2018; Clarke et al., 2019). Según Pompili et al. (2015), existen varios tipos de comportamientos autolesivos y los clasifican como mayores, estereotipados, superficiales o moderados; los que más se dan en personas con TLP son los superficiales o moderados, y estos a su vez varían en gravedad (Pompili et al., 2015). Entre ellos están los compulsivos, como actos leves, como, por ejemplo, arrancarse el cabello, actos que suceden ocasionalmente o un estímulo los provoca y repetitivos, los cuales ocurren de manera constante (Castro Soriano, 2020). Usualmente, este tipo de autolesiones aparecen en personas con TLP jóvenes adultas y lo hacen para aliviar dolores emocionales o estrés, y como manera de castigarse a sí mismas o para buscar ayuda o atención, ya que se les dificulta pedir ayuda y esta es la manera en que muchas veces lo hacen (Clarke et al., 2019).

Por otro lado, la decisión de realizar un diagnóstico diferencial preciso es fundamental en el TLP, ya que su presentación clínica puede superponerse con la sintomatología propia de otros trastornos, como los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos o el trastorno bipolar (Palomares et al., 2016). Además, la expresión clínica es heterogénea, lo que indica que algunas

personas con TLP pueden cumplir criterios completos para otros trastornos, configurándose un posible doble diagnóstico y no únicamente la presencia de síntomas aislados (Valdivieso, 2020). Si no se distingue adecuadamente qué manifestaciones corresponden a cada cuadro, existe el riesgo de centrar el abordaje en un trastorno secundario o en manifestaciones parciales, dejando sin tratar el problema nuclear (Font-Domènech, 2019). Por ello, es importante realizar una evaluación meticulosa, longitudinal y contextualizada en cada caso (Palomares et al., 2016). Diferenciar el TLP de otros diagnósticos, y determinar si existe comorbilidad real, permite identificar el eje principal de intervención y tomar decisiones terapéuticas más ajustadas (Kjaer et al., 2015; Romero-Cabello et al., 2016). Esto significa que un paciente puede presentar episodios de tristeza profunda compatibles con un trastorno depresivo, sin embargo, al analizar de manera integral su patrón persistente de inestabilidad interpersonal, impulsividad y cambios emocionales intensos, puede identificarse que dichos episodios se inscriben dentro de un TLP o que coexisten ambos trastornos, lo cual modifica el plan de tratamiento (Dell’Osso et al., 2010).

Por esta razón, el diagnóstico diferencial no se debe limitar a un solo trastorno, sino a identificar comorbilidades. La comorbilidad hace referencia a la presencia simultánea de dos o más enfermedades o trastornos en una misma persona, estos coexisten e interactúan entre sí (Valdivieso, 2020). Esto hace que el tratamiento sea más complejo, ya que los síntomas pueden superponerse y los medicamentos o terapias pueden interferir entre sí, aumentando el riesgo de recaídas (Stoffers y Lieb, 2015). Por ello, se requiere un abordaje integral, individualizado y multidisciplinar (Sandi et al., 2025). Ya que, una persona con TLP y un trastorno de ansiedad puede experimentar ataques de pánico que intensifican la impulsividad, lo que requiere coordinación entre la terapia psicológica y el manejo farmacológico (Stoffers y Lieb, 2015).

Ahora bien, entre las comorbilidades más frecuentes en personas con TLP se encuentran el trastorno de depresión, trastorno de ansiedad y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Méndez et al., 2022). Según Palomares et al. (2016), en un estudio con 65 participantes con TLP, solo 8 no presentaron otro trastorno, los restantes 57 tenían al menos un trastorno adicional, y casi el 48 % presentaba entre dos y cuatro trastornos. Asimismo, los

trastornos que comúnmente coexisten con TLP incluyen trastornos de ansiedad, trastornos afectivos (como depresión o trastorno bipolar), TDAH, trastorno de estrés postraumático y trastornos por consumo de sustancias, como alcohol o drogas (Ferreira y Ferrufino, 2024; Núñez et al., 2019). Es decir, un joven con TLP y TDAH puede tener dificultades para concentrarse en el trabajo y, al mismo tiempo, presentar impulsividad en sus relaciones personales, lo que complica su funcionamiento diario (Black, 2021).

Neuropsicología del Trastorno Límite de la Personalidad

Cuando se habla del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), suele enfocarse en manifestaciones emocionales y conductuales (DSM-5, 2013). Durante años, tanto la investigación clínica como la práctica se centraron principalmente en la regulación emocional y en la conducta observable (Ruocco, 2005). Por otro lado, el funcionamiento neurocognitivo, como el control inhibitorio, la atención, la toma de decisiones y el procesamiento de la información, ha recibido menos atención (Aslan et al., 2023). Esto se refleja, por ejemplo, en modelos y tratamientos iniciales que explicaban el TLP principalmente desde un marco afectivo, como el modelo biosocial de Linehan, que se centra en la desregulación emocional producto de la interacción entre vulnerabilidad biológica y ambientes invalidantes (Linehan et al., 1993). Como, por ejemplo, la terapia dialéctico conductual (DBT), que inicialmente prioriza el entrenamiento en regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales, sin abordar de manera directa déficits neurocognitivos específicos como las dificultades en control inhibitorio o en la toma de decisiones (Aslan et al., 2023).

Sin embargo, evidencia reciente muestra que comprender el TLP requiere un enfoque más amplio, en el que los procesos neuropsicológicos se integren con las manifestaciones emocionales y conductuales (Padilla, 2024). Modelos ampliamente aceptados, como el modelo biosocial, explican la sintomatología del TLP a partir de la interacción entre vulnerabilidades neurobiológicas y un entorno invalidante (Arza et al., 2009). Desde esta perspectiva, las

manifestaciones emocionales y conductuales también pueden entenderse en relación con procesos neuropsicológicos subyacentes (Ruocco, 2005). Es decir, con la eficiencia en el procesamiento de la información emocional o con el funcionamiento de procesos ejecutivos como el control inhibitorio y la toma de decisiones, lo que permite ir más allá de la evaluación exclusiva de los síntomas clínicos observables (D'Iorio et al., 2024).

Por consiguiente, no todas las dificultades observadas en el TLP pueden explicarse únicamente desde problemas emocionales o conductuales (Aslan et al., 2023). Si bien estas manifestaciones son centrales en el cuadro clínico, también pueden comprenderse a partir de procesos neuropsicológicos que sustentan la autorregulación (Arza et al., 2009). Eso indica, que los síntomas emocionales y conductuales poseen un correlato neuropsicológico que permite analizarlos más allá de su expresión clínica observable como, la eficiencia en el procesamiento de la información emocional, el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva o la toma de decisiones (López et al., 2023). Estos procesos están estrechamente interconectados con funciones cognitivas implicadas en el control de la conducta y la regulación de las respuestas emocionales, y dependen del funcionamiento de distintos sistemas cerebrales (D'Iorio, Di Benedetto, & Santangelo, 2024). Es decir, dificultades en el control inhibitorio pueden contribuir a conductas impulsivas, mientras que alteraciones en el procesamiento de emociones pueden influir en la interpretación de las señales sociales y en la intensidad de las reacciones afectivas (Padilla, 2024).

Lo que significa que las regiones frontal y prefrontal, involucradas en el control de impulsos, la planificación, el control atencional y la regulación emocional, pueden mostrar un funcionamiento menos eficiente en personas con TLP (Lahmeyer et al., 1989). Esto se refleja en dificultades para inhibir respuestas inmediatas, mantener la atención en información relevante o evaluar las consecuencias a largo plazo de las conductas (Dell'Osso et al., 2010). Es decir, desde la neuropsicología, estas dificultades también pueden relacionarse con alteraciones en el control atencional, especialmente cuando aumenta el malestar emocional o el nivel de activación fisiológica (D'Iorio et al., 2024). En estas situaciones, la atención puede desplazarse hacia

estímulos internos o externos con carga afectiva, como pensamientos negativos, sensaciones de malestar o recuerdos de conflictos, lo que genera distracciones y reduce la capacidad para sostener la atención en la tarea en curso (Coma, 2021).

En la vida diaria, esto puede manifestarse como dificultades para mantener la atención durante tareas prolongadas, perder el hilo de una actividad cuando surge un malestar emocional intenso o centrarse excesivamente en pensamientos asociados a una discusión reciente (Aslan et al., 2023). Estas dificultades cognitivas interactúan con las características emocionales del TLP y contribuyen a la desregulación conductual y afectiva (D'Iorio, Di Benedetto, & Santangelo, 2024). Además, algunas investigaciones señalan que la velocidad de procesamiento de la información puede ser más lenta en ciertas personas, y que funciones ejecutivas como la planificación, la inhibición de impulsos o la adaptación a situaciones nuevas pueden verse comprometidas (Lahmeyer et al., 1989). Ya que, un estudiante con TLP puede tener dificultades para organizar un horario de estudio cuando está emocionalmente activado, o reaccionar de manera impulsiva ante un conflicto con un compañero, a pesar de comprender racionalmente cuál sería la respuesta más adecuada (Arza et al., 2009).

Estas limitaciones explican por qué, aunque las intervenciones conductuales ayudan a muchas personas con TLP a progresar en el manejo emocional, todavía enfrentan dificultades en actividades cotidianas que requieren organización, rutina o procesos de pensamiento complejos (Padilla, 2024). Por ello, es necesario adoptar un modelo integral que unifique las dimensiones emocional, conductual y neuropsicológica (Dell'Osso et al., 2010). Integrar estas tres dimensiones permite comprender mejor al paciente y diseñar intervenciones más ajustadas a sus necesidades, optimizando el tratamiento psicológico y psicosocial (Lahmeyer et al., 1989).

La evidencia que viene de estudios de neuroimagen indica que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se asocia con cambios estructurales y funcionales en redes cerebrales vinculadas a la regulación emocional y al control de la conducta (Dell'Osso et al., 2010). Estos

cambios pueden entenderse como resultado de la exposición prolongada a estados de alta reactividad emocional y estrés interpersonal (Padilla, 2024).

Asimismo, se ha observado una reducción de la materia gris en la corteza orbitofrontal, una región clave para evaluar las consecuencias de las acciones, integrar información emocional en la toma de decisiones e inhibir respuestas impulsivas (Arza et al., 2009). Alteraciones en esta zona pueden traducirse en dificultades para anticipar las consecuencias de una conducta (Donegan et al., 2003). Por ejemplo, una persona con TLP podría gastar todo su dinero en un impulso repentino para aliviar la ansiedad, sin considerar el impacto que esto tendrá en sus responsabilidades del mes (Lahmeyer et al., 1989).

Asimismo, se ha reportado un menor volumen en estructuras del sistema límbico, como la amígdala y el hipocampo, que se comunican estrechamente con las regiones prefrontales y participan en la detección de amenazas, la respuesta al estrés y la memoria emocional (Ruocco, 2005; Donegan et al., 2003). La amígdala, en particular, tiende a hiperactivarse ante estímulos emocionales, sobre todo sociales (Donegan et al., 2003). Esta hiperreactividad contribuye a dificultades en la cognición social, como interpretar erróneamente las intenciones de otros, reforzando patrones de desconfianza o hostilidad típicos del TLP (Gica et al., 2021).

También, algunos estudios de neuroimagen han encontrado diferencias en la activación de circuitos fronto-límbicos, es decir, redes cerebrales relacionadas con la regulación emocional, la toma de decisiones y el control de la conducta (D'Iorio et al., 2024). Por ejemplo, se ha descrito una mayor reactividad de la amígdala ante estímulos emocionales y una menor participación de regiones prefrontales implicadas en el control inhibitorio (Donegan et al., 2003). Sin embargo, estos hallazgos no deben interpretarse como evidencia de una “falla biológica” que explique por sí sola el TLP (Coma, 2021). La neuroimagen muestra correlaciones entre la experiencia emocional y la actividad cerebral, pero no permite concluir que esas diferencias sean la causa directa del trastorno (Ruocco, 2005).

Las experiencias traumáticas en la infancia, como el abuso, la negligencia o la separación temprana de figuras de cuidado, también pueden influir en el desarrollo cerebral relacionado con la regulación emocional y la respuesta al estrés en algunas personas con TLP (Arza et al., 2009). Por ejemplo, una persona que fue constantemente criticado o ignorado puede reaccionar de manera intensa ante cualquier señal de rechazo (Coma, 2021). Sin embargo, estos traumas no explican por sí solos el trastorno: no todas las personas que vivieron traumas desarrollan TLP, ni todas las personas con TLP tienen antecedentes traumáticos claros. Esto indica que el TLP se entiende mejor desde un modelo multifactorial, donde interactúan factores biológicos, psicológicos y ambientales (Cailhol et al., 2018).

Por ende, diversos estudios neuropsicológicos han identificado alteraciones en funciones cognitivas fundamentales en el TLP, como la autorregulación, el control inhibitorio, la atención sostenida, la toma de decisiones y la metacognición, la cual permite reflexionar sobre los propios estados mentales y los de los demás (Ruocco, 2005; Fonagy & Bateman, 2008). Estas dificultades se vinculan estrechamente con la impulsividad, la reactividad emocional y la tendencia a actuar sin evaluar adecuadamente las consecuencias (Dell’Osso et al., 2010).

También suelen observarse dificultades en otras funciones ejecutivas. Como en el control atencional, es decir, la persona puede concentrarse excesivamente en un detalle negativo, como un comentario de doble sentido de otra persona y dejar de atender al resto de la situación (Dell’Osso et al., 2010). En cuanto a la atención, puede costarle mantener el foco en una tarea cuando está emocionalmente alterada, lo que interfiere con el estudio, el trabajo o las relaciones interpersonales (D’Iorio et al., 2024). Asimismo, la planificación puede verse afectada, porque la persona puede tener dificultades para organizar pasos, anticipar consecuencias o pensar en soluciones a largo plazo, actuando de manera inmediata para aliviar el malestar. Como lo es terminar una relación de forma impulsiva sin detenerse a valorar otras alternativas (López et al., 2023).

En cuanto a la flexibilidad cognitiva también suele estar comprometida. Esto significa que puede resultar difícil cambiar de perspectiva o considerar explicaciones diferentes de una misma situación (Padilla, 2024). Así, una persona puede interpretar que alguien está enojado porque respondió de manera breve a un mensaje, y mantener esa interpretación, aunque luego aparezcan señales que indiquen lo contrario. Esta rigidez favorece respuestas emocionales intensas y dificulta la regulación posterior (Arza et al., 2009).

Por otra parte, las alteraciones metacognitivas dificultan reconocer y comprender las propias emociones, así como interpretar adecuadamente las intenciones de los demás (Ruocco, 2005). La persona puede notar que se siente “muy mal” o “muy enojada”, pero no identificar con claridad si lo que experimenta es tristeza, miedo, vergüenza o frustración. Del mismo modo, puede interpretar una situación ambigua como rechazo, crítica o abandono (Aslan et al., 2023). Es decir, si una persona cercana tarda varias horas en responder un mensaje, puede asumir rápidamente que ya no le importa la relación, lo que genera una reacción intensa de rabia o angustia (Fonagy y Bateman, 2008; Travers y King, 2005).

Etiología y modelos explicativos

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tiene una etiología multicausal, es decir, se desarrolla por la interacción de distintos factores biológicos, emocionales y ambientales (Bozzatello et al., 2019). Uno de los modelos que intenta explicar su origen es el modelo psicodinámico de Otto Kernberg, basado en la teoría de las relaciones objetivas (Clarkin et al., 2006). Este modelo plantea que las experiencias tempranas con los cuidadores influyen en la forma en que la persona se percibe a sí misma y a los demás (Bozzatello et al., 2021). Cuando el vínculo con los cuidadores es inconsistente, contradictorio o poco seguro (Gergely y Watson, 1996). Es decir, un padre que un día es afectuoso y al siguiente rechaza o ignora al niño, puede dificultarse la construcción de una identidad estable (Clarkin et al., 2006). Como consecuencia, la persona puede presentar difusión de identidad, es decir, una imagen cambiante e inestable de sí misma (Gica et al., 2021).

Además, según este modelo, las personas con TLP suelen utilizar defensas primitivas. Esto significa que tienden a ver a las personas de manera extrema, es decir, completamente buenas o completamente malas (Bretherton, 1992). Por ejemplo, pueden idealizar a una amiga porque “siempre está ahí”, pero si esa amiga no responde un mensaje, pueden pensar inmediatamente que “ya no le importa” o que “es una mala persona” (Otto Kernberg, 1978). Este patrón ayuda a explicar algunas características frecuentes del TLP (Dell’Osso et al., 2010). Aunque este modelo continúa siendo relevante, actualmente suele complementarse con otros enfoques como los modelos del apego, la mentalización o la vulnerabilidad biológica para comprender mejor la complejidad del TLP (Sánchez y De la Vega, 2013). No obstante, la propuesta de Otto Kernberg sigue siendo especialmente útil en el ámbito clínico y psicodinámico para comprender la organización de la personalidad y las dificultades en la construcción de la identidad (Clarkin et al., 2006).

Otro modelo que también explica las causas desde las relaciones tempranas, pero con un enfoque diferente, es el de John Bowlby, quien desarrolló la teoría del apego y coincide con Kernberg en que las relaciones tempranas con cuidadores, especialmente la figura principal, sea mamá o papá, influyen en el desarrollo emocional, personal y en cómo se relaciona con los demás (Bretherton, 1992). Lo que indica este modelo es que las experiencias tempranas transforman los modelos internos de trabajo de una persona, es decir, generan representaciones mentales de cómo son las relaciones: cómo me veo, cómo son los otros, qué puedo esperar del amor y del cuidado (Kernberg, 1978). Entonces, la causa central del TLP se atribuye a las experiencias de apego inseguro o desorganizado con cuidadores inconsistentes o traumáticos, que influyen en las dificultades de regulación emocional y en la mentalización, las cuales se manifestaban en miedo al abandono, relaciones intensas y cambios emocionales bruscos (Sánchez & De la Vega, 2013). Ahora bien, la teoría del apego de John Bowlby, es un modelo vigente y se integra con modelos como la mentalización, la DBT y modelos neurológicos que serán mencionados más adelante y lo

usan profesionales como los psicólogos clínicos, psiquiatras y terapeutas. Asimismo, cuenta con sólidas bases empíricas, como estudios longitudinales (Sánchez y De la Vega, 2013).

Por otro lado, Marsha Linehan propone la teoría biosocial del TLP desde un enfoque cognitivo conductual. Este modelo plantea que el trastorno surge de la interacción entre dos factores que sí han mostrado apoyo en población clínica con TLP, por un lado está la vulnerabilidad emocional biológica y por el otro lado está el ambiente invalidante (Linehan et al., 1991). La vulnerabilidad emocional biológica se refiere a que algunas personas presentan, desde etapas tempranas, una mayor sensibilidad emocional (Micheli, 2017). Esto implica que reaccionan más rápido ante situaciones estresantes, experimentan emociones con mayor intensidad y tardan más tiempo en volver a un estado de calma (Elices, 2016). El segundo factor es el ambiente invalidante, este aparece cuando las emociones del niño o la niña son minimizadas, ignoradas, castigadas o consideradas exageradas (Gergely y Watson, 1996). Por ejemplo, si un niño llora y recibe respuestas como “no es para tanto”, “deja de exagerar” o “si sigues así te dejo solo”, aprende que sus emociones son incorrectas o inaceptables. Como consecuencia, no desarrolla estrategias adecuadas para identificar, expresar y regular lo que siente (Marsha Linehan, 1993).

Según este modelo, la combinación entre una alta sensibilidad emocional y un entorno que invalida repetidamente esa experiencia favorece la aparición de una desregulación emocional crónica, característica central del TLP (Micheli, 2017). Esta teoría cuenta con amplia evidencia clínica, ya que numerosos estudios muestran que las personas con TLP reportan mayores niveles de invalidación temprana y presentan mayor reactividad emocional que la población general (Bornovalova et al., 2009; Bozzatello et al., 2021; Fonagy y Bateman, 2008).

Además, algunos modelos más recientes han intentado integrar estos factores con el funcionamiento cognitivo y neuropsicológico (Dell’Osso et al., 2010). Por ejemplo, se ha propuesto que la vulnerabilidad emocional y la invalidación también afectan procesos como el control inhibitorio, la atención, la flexibilidad cognitiva y la mentalización (Donegan et al., 2003). Desde esta perspectiva, durante situaciones de alto malestar, las personas con TLP pueden tener

más dificultades para frenar impulsos, pensar alternativas o interpretar adecuadamente las intenciones de los demás (Elices, 2016).

Evolución de la enfermedad

Dos hallazgos longitudinales han ampliado significativamente la comprensión de cómo evoluciona el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) a lo largo del tiempo (Zanarini et al., 2005; Skodol et al., 2005). Ambos estudios siguieron a los mismos participantes durante varios años, permitiendo observar patrones de remisión, recaída y recuperación (Zanarini et al., 2005). El primer, estudio McLean de Desarrollo Adulto (MSAD), realizado en un hospital de Harvard, se centró en adultos diagnosticados con TLP y tuvo como objetivo evaluar los cambios en síntomas y funcionamiento a lo largo de una década. Lo que significa que, los participantes fueron evaluados regularmente para identificar si sus síntomas de impulsividad, inestabilidad emocional o conductas autolesivas disminuían con el tiempo y si podían mantener relaciones estables o desempeño laboral (Zanarini et al., 2005).

El segundo, el Estudio Longitudinal Colaborativo de Trastornos de la Personalidad (CLPS), involucró a participantes con diversos trastornos de personalidad, incluyendo TLP, con el objetivo de comparar su evolución con otros trastornos, como el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva o evitativa. Este enfoque permitió entender si ciertas características del TLP eran más persistentes o específicas que en otros trastornos. Por ejemplo, mientras alguien con trastorno obsesivo-compulsivo podría mejorar con terapia conductual dirigida a rituales, una persona con TLP podría seguir mostrando cambios emocionales intensos pese al tratamiento (Skodol et al., 2005).

Ambos estudios definieron conceptos clave: remisión, la cual hace referencia a cuando una persona diagnosticada con TLP deja de cumplir los criterios diagnósticos durante un período determinado (Zanarini et al., 2005). Específicamente, suele considerarse remisión cuando la persona presenta dos o menos de los nueve criterios diagnósticos del TLP de manera sostenida

durante al menos 12 meses (McMain et al., 2012). Los síntomas que con mayor frecuencia disminuyen son las autolesiones, la impulsividad, los ataques de ira y la inestabilidad emocional. Por ejemplo, una persona que antes tenía ataques de ira frecuentes y conductas impulsivas deja de presentar estos síntomas durante varios meses (Zanarini et al., 2005).

Recaída es cuando, tras un período de remisión, vuelven a aparecer algunos síntomas y la persona vuelve a cumplir cinco o más criterios diagnósticos durante al menos dos meses (Bateman y Fonagy, 2008). Como, por ejemplo, alguien que había mejorado en el control de impulsos puede volver a autolesionarse tras un conflicto interpersonal (Skodol et al., 2005).

Remisión funcional, la cual no solo implica ausencia o disminución de síntomas, sino también capacidad de funcionar en la vida cotidiana, como mantener un empleo, estudiar regularmente o sostener relaciones interpersonales más estables (Tomás, 2022). Y recuperación la cual combina la remisión clínica con un funcionamiento adaptativo sostenido, es decir, mantener relaciones, trabajo y bienestar emocional de manera estable (Keuroghlian, Frankenburg & Zanarini, 2013; Tomás-Hay, 2022).

Los hallazgos de ambos estudios muestran que el TLP no es un trastorno estático. Muchas personas experimentan períodos de remisión, recaídas y recuperación, y la recuperación es alcanzable para un número creciente de individuos, aunque algunas recaídas puedan ocurrir en el camino (Tomás, 2022). Por ejemplo, el MSAD encontró que, tras 10 años de seguimiento, aproximadamente la mitad de los participantes mostraba remisiones continuas de los síntomas, incluyendo disminución de la inestabilidad emocional y mayor capacidad para mantener relaciones respetuosas (Keuroghlian, Frankenburg, & Zanarini, 2013). Los síntomas más persistentes son los afectivos e interpersonales, como el miedo al abandono o la dificultad para mantener estabilidad emocional, mientras que la impulsividad, los comportamientos autolesivos y los arrebatos de ira tienden a mejorar primero (Zanarini et al., 2005).

Además, la comorbilidad puede retrasar la recuperación, ya que otros trastornos deben tratarse de manera específica. El MSAD identificó que la evitación y la dependencia son las comorbilidades que más dificultan la mejora del TLP. Es decir, un paciente con TLP y trastorno de ansiedad por evitación puede tardar más en mantener relaciones sociales estables, incluso si sus síntomas de impulsividad disminuyen (Tomás, 2022). Estos estudios longitudinales muestran que el TLP puede mejorar significativamente a lo largo de los años, pero que la recuperación completa depende de la reducción sostenida de síntomas, la mejora funcional y la atención a comorbilidades, lo que resalta la necesidad de un enfoque terapéutico integral y prolongado.

Evaluación

Evaluación típica del Trastorno Límite de Personalidad

Es fundamental definir qué instrumentos se utilizarán y bajo qué criterios se llevará a cabo un protocolo de evaluación del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (American Psychiatric Association, 2013). Para ello, se deben emplear herramientas confiables y válidas que permitan medir de manera precisa las dimensiones de las posibles dificultades observadas, como la impulsividad, la inestabilidad emocional o los problemas en las relaciones interpersonales (Gómez, 2000; Andersen, 2011). Estas evaluaciones permiten determinar el grado, la frecuencia y los efectos funcionales del trastorno en la vida diaria de la persona, como la dificultad para mantener un empleo, cumplir con responsabilidades o sostener relaciones estables (Font, 2019).

La evaluación debe iniciar con la exclusión de otras patologías primarias o comórbidas, ya que es común que se confundan los síntomas del TLP con trastornos de ansiedad, depresión o trastorno bipolar. Para esto, se recomienda iniciar con una entrevista clínica estructurada basada en los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Entre los instrumentos más utilizados están la SCID-5-PD (Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad del DSM-5) (Andersen, 2011). El cual ayuda a diferenciar entre distintos trastornos de personalidad y a identificar los síntomas centrales del TLP. Por ejemplo, estas herramientas

permiten distinguir si la impulsividad de un paciente se debe al TLP o a un episodio de manía en un trastorno bipolar (Andersen, 2011).

Asimismo, es importante medir el funcionamiento de la persona y las conductas clínicamente relevantes, como la transgresión de normas, la impulsividad o la inestabilidad en las relaciones interpersonales (Méndez et al., 2022). Para ello, se pueden utilizar instrumentos que exploren rasgos asociados a conductas antisociales. Como, por ejemplo, la Psychopathy Checklist–Revised (PCL-R) no se utiliza para diagnosticar TLP, pero permite identificar si las conductas impulsivas o agresivas del paciente se deben a desregulación emocional intensa o a rasgos más estables, como frialdad emocional o manipulación calculada (Andersen, 2011). En jóvenes adultos, la versión abreviada PCL-SV es especialmente útil, ya que es más flexible y rápida de aplicar, facilitando una evaluación precisa del perfil conductual y la planificación del tratamiento (Adams et al., 2001). Por ejemplo, si un joven con TLP rompe objetos durante un conflicto, la PCL-SV puede ayudar a determinar si esto ocurre por una reacción emocional intensa o si forma parte de un patrón más estable de agresión calculada (Adams, Bernat & Luscher, 2001).

Otra herramienta relevante es el STIPO o STIPO-R (Structured Interview of Personality Organization), que evalúa identidad, mecanismos de defensa y pruebas de realidad, y se basa en el modelo de Kernberg mencionado previamente (Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2019). Una vez evaluado el perfil de personalidad, es necesario medir la severidad de los síntomas de manera específica: para ello, está la ZAN-BPD (Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder): esta escala semiestructurada evalúa los nueve criterios del TLP organizados en cuatro dimensiones: afectividad, cognitiva, impulsividad e interpersonal. Permite hacer seguimiento durante el tratamiento y observar cambios, por ejemplo, si un paciente reduce la frecuencia de arrebatos de ira o de conductas autolesivas (Zanarini et al., 2003).

Asimismo, está el BSL-23 o BSL-95 (Borderline Symptom List): autoinforme que mide la intensidad de los síntomas, útil para personalizar el tratamiento. Por ejemplo, puede identificar si

los episodios de vacío emocional o autocrítica intensa son más frecuentes y requieren estrategias específicas (Bohus et al., 2009).

Posteriormente, es importante evaluar la funcionalidad de la persona en la vida social, laboral y educativa. Para ello se utiliza, el GAF (Global Assessment of Functioning), que mide el nivel general de funcionamiento psicológico, social y ocupacional. Esto permite identificar, por ejemplo, si la persona tiene dificultades para mantener un empleo, estudiar o sostener relaciones interpersonales (Aas, 2011).

Por otro lado, la evaluación de conductas suicidas y autolesivas también es crucial, dado que estos patrones son comunes en personas con TLP (Turecki et al., 2019). Algunas herramientas incluyen: C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale): evalúa el riesgo suicida en población clínica y comunitaria y el Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) y SITBI (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview) que permiten detectar y monitorear tanto la ideación como los comportamientos suicidas, como autolesionarse para aliviar malestar emocional (Fox et al., 2020).

Además, las personas con TLP suelen presentar dificultades en cognición social, especialmente en interpretar correctamente las intenciones y emociones de los demás, lo que genera frecuentes malentendidos. Para evaluar esta dimensión se puede usar el Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). Esta herramienta permite analizar la interpretación de interacciones sociales complejas, es decir, si un paciente observa a dos personas hablando y asume automáticamente que están criticándolo, aunque la conversación sea neutra. La MASC evalúa la capacidad de inferir emociones, detectar errores de interpretación y aplicar habilidades sociales de manera directa (Coma González, 2021).

Evaluación neuropsicológica

Por otro lado, la neuropsicología del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ha identificado alteraciones cognitivas y neurofuncionales que ayudan a explicar varios de los

síntomas característicos del trastorno, como la impulsividad, la inestabilidad emocional y los cambios rápidos en la percepción de uno mismo y de los demás (Dell’Osso et al., 2010; Hurtado et al., 2012; Pérez-Rodríguez et al., 2018; Lou et al., 2021).

Aunque la evaluación neuropsicológica no se aplica de manera rutinaria en todos los casos de TLP, resulta fundamental para identificar déficits cognitivos que afectan la vida diaria y para adaptar programas terapéuticos a las capacidades y necesidades de cada persona (Padilla, 2024). Por ejemplo, si un paciente tiene dificultades para planificar tareas complejas, como organizar un proyecto escolar o laboral, la terapia puede incluir estrategias específicas de planificación y estructuración del tiempo (Iskric y Barkley, 2021).

Del mismo modo, si muestra problemas de memoria a largo plazo, se pueden implementar recordatorios y técnicas de apoyo para mejorar su desempeño cotidiano. Es por eso, que diversos estudios muestran que los déficits neuropsicológicos son frecuentes en personas con TLP (Hurtado et al., 2012; citado en Padilla, 2024). Entre las funciones cognitivas más afectadas se encuentran: la atención: dificultad para concentrarse durante periodos prolongados, por ejemplo, olvidar instrucciones mientras realiza una tarea (Aslan et al., 2023). El control inhibitorio, el cual indica problemas para frenar impulsos, como responder de manera agresiva durante un conflicto menor (Dell’Osso et al., 2010). Velocidad de procesamiento, es decir, tardarse en procesar información, lo que puede dificultar seguir conversaciones rápidas o tomar decisiones en situaciones cotidianas (López et al., 2023). Memoria como por ejemplo tener dificultades, especialmente en la memoria a largo plazo, como olvidar compromisos importantes o información aprendida recientemente. Las funciones ejecutivas, lo que los lleva a tener problemas para planificar, organizar, razonar de manera lógica y adaptarse a cambios inesperados (Aslan et al., 2023). Por ejemplo, no poder reorganizar un horario cuando surge un imprevisto y la cognición social, la cual indica que puede tener dificultad para interpretar las emociones y las intenciones de los demás, así como reconocer las propias, es decir, interpretar una broma inocente como un comentario crítico o sentirse rechazado sin motivo (Dell’Osso et al., 2010).

Según varias investigaciones (Hurtado et al., 2012; Palomares et al., 2019; (Arza et al., 2009; Dell’Osso et al., 2010; García y Navarro, 2020). La evaluación neuropsicológica del TLP se centra principalmente en cinco áreas cognitivas. Las herramientas más utilizadas para esta evaluación, se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1.

Tabla con herramientas evaluativas sugeridas para medir déficit cognitivo en personas con TLP.

Área cognitiva	Prueba	Función evaluada	Alteraciones típicas en TLP	Utilidad clínica / Interpretación	Autores / Referencias
Atención y control inhibitorio	Stroop Color-Word Test	Inhibición de respuesta, atención selectiva, flexibilidad cognitiva.	Alta interferencia, impulsividad, dificultad para suprimir respuestas automáticas.	Evalúa control atencional y autorregulación cognitiva.	Arza et al. (2009); Hurtado et al. (2012)
	Trail Making Test (TMT A-B)	Atención dividida, velocidad de procesamiento, flexibilidad cognitiva.	Lentitud y errores al alternar secuencias.	Evalúa cambio de foco atencional y control mental.	Palomares et al. (2019)
	Wechsler Memory Scale (WAIS-IV)	Memoria de trabajo, visual y auditiva.	Bajo rendimiento en memoria operativa.	Explora retención y manipulación de información.	Palomares et al. (2019)
Funciones ejecutivas	Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	Flexibilidad cognitiva, abstracción, cambio de estrategia.	Perseveración en errores, rigidez cognitiva.	Evalúa adaptación a cambios y razonamiento abstracto.	Arza et al. (2009)
	Torre de Hanoi	Planificación, organización y resolución de problemas.	Dificultad para anticipar consecuencias.	Mide la planificación y control ejecutivo.	Hurtado et al. (2012)
	Iowa Gambling Task (IGT)	Toma de decisiones bajo riesgo y recompensa.	Tendencia a elecciones impulsivas y desventajosas.	Evalúa sensibilidad al castigo y gratificación inmediata.	Palomares et al. (2019)
Velocidad de procesamiento	Symbol Digit Modalities Test (SDMT)	Velocidad de procesamiento, atención visual.	Lentitud cognitiva y psicomotora.	Indica eficiencia cognitiva general.	Hurtado et al. (2012)

Cognición social y mentalización	Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)	Mentalización dinámica y empatía.	Errores en la comprensión de pensamientos y emociones ajenas.	Evalúa comprensión social en contextos reales.	Fonagy et al. (2017)
---	---	-----------------------------------	---	--	----------------------

Nota. Esta tabla muestra las herramientas para evaluar el perfil cognitivo de una persona con TLP (Padilla, 2024).

Tratamientos

En cuanto a las intervenciones, la terapia dialéctica conductual (DBT) es la que más respaldo tiene. No solo por su enfoque práctico y estructurado, sino porque también se ha visto que influye en procesos neurológicos relacionados con el TLP (D'Iorio et al., 2024). En pacientes con TLP, especialmente aquellos con alta impulsividad, inestabilidad emocional y conductas autolesivas, se ha encontrado que después de aproximadamente un año de tratamiento con DBT disminuye la reactividad de la amígdala frente a estímulos negativos y se modulan áreas cerebrales implicadas en el control emocional y conductual (Iskric y Barkley, 2021). Estos cambios se han asociado con una mejor capacidad para regular emociones y manejar impulsos, evaluada mediante escalas de regulación emocional y autorreportes clínicos antes y después del tratamiento (Montalvo et al., 2021).

Esta mejoría parece explicarse principalmente por los componentes de regulación emocional y tolerancia al malestar de la DBT, ya que estos enseñan a identificar las emociones intensas, reducir las respuestas impulsivas y utilizar estrategias más adaptativas frente al malestar (Vijayapriya y Tamarana, 2023). Otras terapias, como las cognitivo conductuales, las basadas en mentalización o los enfoques psicodinámicos estructurados, también muestran resultados significativos. Sin embargo, la DBT se destaca por integrar tanto la evidencia neurobiológica como estrategias clínicas ajustadas a la complejidad del TLP, lo que la convierte en una opción sólida y completa (Montalvo et al., 2021).

Tratamiento farmacológico

En cuanto al tratamiento farmacológico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), es importante resaltar que la psicoterapia constituye la intervención principal y la base del tratamiento. No obstante, en muchos casos se utilizan fármacos para actuar sobre alteraciones neuroquímicas que pueden contribuir a ciertos patrones de conducta (Black, 2021). Asimismo, el uso de medicamentos no es necesario en todos los casos de TLP. Su empleo es más frecuente en trastornos de personalidad con síntomas paranoides, esquizoides o esquizotípicos, donde predominan distorsiones cognitivas y perceptivas (Cordero Solís, 2024).

Entonces, es importante destacar que los fármacos no curan el TLP en sí, pero sí pueden ayudar a reducir síntomas específicos como agresividad, impulsividad, ansiedad o depresión. Por ejemplo, un paciente que tiende a explotar con ira ante situaciones menores podría recibir un estabilizador del ánimo para disminuir la intensidad de estos estallidos (Koch et al., 2016). Otros medicamentos, como antidepresivos o ansiolíticos, pueden mejorar la capacidad de la persona para afrontar el estrés diario o manejar episodios de tristeza intensa (Cordero, 2024). Estos fármacos actúan sobre neurotransmisores como dopamina, serotonina, noradrenalina, GABA o glutamato, y se utilizan para regular el estado de ánimo y controlar conductas comórbidas del TLP, como ansiedad severa o episodios de irritabilidad intensa (Koch et al., 2016).

En algunos casos, se complementa el tratamiento psicológico con fármacos, que no curan el TLP, pero ayudan a manejar síntomas específicos como ansiedad, depresión o impulsividad (Black, 2021). Por ejemplo, un estabilizador del ánimo puede ayudar a controlar arrebatos emocionales, mientras un antidepresivo puede mejorar la motivación para asistir a terapia y mantener actividades diarias (Cordero Solís, 2024). La combinación de terapia estructurada y medicación, cuando es necesaria, permite abordar tanto los patrones centrales del trastorno como los síntomas secundarios que dificultan el funcionamiento cotidiano (Stoffers y Lieb, 2015).

En términos generales, la eficacia de los fármacos en TLP es limitada, ya que no producen cambios en la personalidad ni resuelven los patrones centrales del trastorno (Cordero, 2024). Su efectividad se centra únicamente en síntomas específicos y no en el trastorno completo, lo que

dificulta su medición y seguimiento. Por ello, los fármacos se consideran un complemento de la psicoterapia y no un reemplazo de esta (Stoffers & Lieb, 2015).

Tratamientos no farmacológicos

La intervención en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es compleja y difícil de llevar, ya que las personas con este trastorno suelen tener dificultades para adherirse al tratamiento por sus cambios emocionales intensos y frecuentes (Black, 2021). Además, presentan vínculos afectivos inadecuados, lo que puede trasladarse a la relación con el terapeuta, en ocasiones pueden idealizarlo o devaluarlo, afectando el proceso de intervención (Padilla, 2024). Es decir, un paciente puede elogiar al terapeuta en una sesión y, en la siguiente, mostrar desconfianza o enojo sin un motivo aparente, dificultando la continuidad del tratamiento (Koch et al., 2016).

Según Montalvo et al. (2021), las intervenciones psicológicas estructuradas han demostrado eficacia cuando incluyen elementos específicos como la validación emocional, el entrenamiento en habilidades, la exposición gradual al malestar y la prevención de conductas de riesgo. Para ello, ha habido ensayos clínicos aleatorizados, donde se comparan pacientes que reciben terapias estructuradas con aquellos que reciben tratamiento habitual. Por ejemplo, solo incluir controles psiquiátricos o medicación sin programas específicos (Linehan et al., 2015; Bateman & Fonagy, 2010; McMain et al., 2019). Los resultados muestran que quienes participan en estas terapias estructuradas presentan menos conductas autolesivas, menor intensidad emocional y menos hospitalizaciones. Lo que indica que, un paciente que aprendió técnicas de regulación emocional en terapia puede manejar mejor la ira en conflictos familiares, evitando autolesionarse (Elices, 2016).

Entre los tratamientos más efectivos para el TLP se encuentra la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) sustentada en un modelo psicodinámico y del apego (Bateman & Fonagy, 2006). Este enfoque parte de que la principal dificultad en el TLP es una alteración en la capacidad de mentalizar, es decir, de comprender los propios estados mentales y los de los demás,

especialmente en situaciones de estrés interpersonal (Bateman y Fonagy, 1999). La (TBM) busca fortalecer progresivamente esta capacidad, sobre todo en las primeras etapas del tratamiento, cuando el paciente suele interpretar las situaciones de forma rígida o amenazante (Bateman & Fonagy, 2006).

Por otro lado, la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT) se basa en el modelo psicodinámico de las relaciones objetivas de Kernberg (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008). Este modelo plantea que el TLP se caracteriza por una integración deficiente de la identidad. La TFT utiliza la relación con el terapeuta como eje central del tratamiento, especialmente en etapas intermedias, para identificar, interpretar e integrar estos patrones relacionales (Doering et al., 2010). Así, si un paciente idealiza y luego desprecia al terapeuta, puede aprender a reconocer este patrón, comprender su origen y regularlo en sus relaciones personales ((Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008).

Adicionalmente, la Terapia Basada en Esquemas (TBE) sigue un modelo cognitivo integrador. Parte de la idea de que las personas con TLP han desarrollado esquemas tempranos desadaptativos, como abandono, desconfianza o defectuosidad, a partir de experiencias tempranas (Gómez y Velásquez, 2023). El tratamiento busca identificar estos esquemas y modificarlos mediante técnicas cognitivas, conductuales y experienciales (Font, 2019). Esto suele trabajarse una vez que el paciente ha alcanzado cierta estabilidad emocional. Por ejemplo, un adulto joven que teme constantemente al abandono puede aprender a cuestionar sus creencias rígidas y desarrollar estrategias para mantener relaciones más estables (Linehan et al., 2015).

DBT (Terapia Dialéctico-Conductual)

Este modelo plantea que el TLP surge de la interacción entre una vulnerabilidad biológica a experimentar emociones intensas y un ambiente invalidante que dificulta aprender a regularlas (Micheli (2017). Por ello, la DBT se centra, especialmente en las primeras fases del tratamiento, en reducir las conductas de riesgo y enseñar habilidades de regulación emocional, tolerancia al

malestar, mindfulness y efectividad interpersonal (Taborda et al., 2025). Es decir, un paciente que actúa impulsivamente ante el estrés puede aprender primero técnicas de respiración y autocontrol para estabilizarse, y posteriormente trabajar de manera más profunda los conflictos interpersonales y las experiencias emocionales que mantienen el problema (Storebø et al., 2020).

Si bien las terapias mencionadas anteriormente han demostrado ser estructuradas y eficaces para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), el presente trabajo se centrará en la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), dado que se ajusta de manera más directa a las necesidades clínicas más frecuentes del TLP, especialmente aquellas relacionadas con la impulsividad, la desregulación emocional intensa y las conductas de riesgo (Adams, Bernat & Luschner, 2001). La DBT se caracteriza por ofrecer un conjunto de habilidades concretas y entrenables, lo que facilita su aplicación clínica y favorece la adherencia al tratamiento (Vijayapriya y Tamarana, 2023).

Un aspecto relevante de este enfoque es la posibilidad de integrar el entrenamiento en habilidades DBT con la estimulación cognitiva, permitiendo trabajar de forma simultánea procesos emocionales y funciones ejecutivas (Arza et al., 2009). Por ejemplo, las habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar que se enseñan en el protocolo DBT pueden entrenarse junto con ejercicios de atención sostenida, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva (Skiric & Barkley-Levenson, 2021; Montalvo et al., 2021). De este modo, el paciente no solo aprende estrategias para manejar emociones intensas, sino que también desarrolla la capacidad de identificar cuándo y cómo aplicarlas en situaciones reales (Elices, 2016).

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) es una de las terapias más novedosas para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en la actualidad, ya que, además de tratar los síntomas de personalidad, también se enfoca en los trastornos emocionales, como la desregulación emocional (Mehlum et al., 2016).

A diferencia de otras terapias, la DBT tiene un enfoque multimodal, ya que su estructura es más compleja y organizada, al combinar varios formatos de intervención, como la terapia individual, el entrenamiento grupal en habilidades, el coaching telefónico entre sesiones y la supervisión clínica del equipo terapéutico (Coello Alvarado & Oñate Porras, 2025). En otras palabras, un paciente que experimenta una crisis emocional fuera de sesión puede utilizar el coaching telefónico para aplicar una habilidad aprendida y evitar conductas impulsivas (Linehan et al., 2006).

Algunos estudios han demostrado la eficacia de la DBT en la reducción de ideación suicida y conductas autolesivas en personas con TLP, consideradas conductas clínicamente relevantes (Storebø et al., 2020). Debido a ello, esta terapia es actualmente el tratamiento de elección para personas con alto riesgo suicida, especialmente en adultos jóvenes (Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018). Lo que indica que, pacientes que previamente recurrían a la autolesión como forma de regular el malestar logran sustituir estas conductas por estrategias más adaptativas (Coello y Oñate, 2025).

Ahora bien, la DBT incluye un marco teórico que busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio, con el objetivo de reducir la autocrítica, el rechazo emocional y la desesperanza característicos del TLP, favoreciendo así el compromiso terapéutico (Coello Alvarado & Oñate Porras, 2025). Ya que, según esto hace que el paciente aprende a validar su emoción sin invalidarse, mientras trabaja activamente en modificar conductas problemáticas (Linehan et al., 2006).

Asimismo, la DBT ha demostrado una alta eficacia empírica. Estudios como los de (Linehan et al., 2015; Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018; McMain et al., 2019, Rizvi y Sayrs, 2022 y Bozzatello et al., 2023), coinciden en señalar una reducción significativa de ideaciones suicidas, conductas autolesivas y hospitalizaciones, así como mejoras en la regulación emocional (Coello Alvarado & Oñate Porras, 2025). Asimismo, Bozzatello et al. (2021)

encontraron que la DBT presenta mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual tradicional por sí sola, especialmente en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.

Esto demuestra que, entre 2015 y 2025, la evidencia empírica sobre la DBT ha ido en aumento, respaldando su eficacia para mejorar la regulación emocional, la tolerancia al malestar y las habilidades interpersonales, gracias a su estructura multimodal y a sus adaptaciones clínicas (Linehan et al., 2015; Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018; McMain et al., 2019; Rizvi y Sayrs, 2022; Bozzatello et al., 2021).

Otros estudios, como los realizados por Iskric y Barkley (2021), desde un enfoque neuropsicológico, han reportado mejoras en las funciones ejecutivas, considerando que la evaluación y el seguimiento se realizaron exclusivamente con pruebas neuropsicológicas y un programa de DBT para adultos jóvenes. En este estudio se compararon dos grupos de estudiantes universitarios, un grupo recibió una intervención en DBT centrada en mindfulness y regulación emocional, y el otro grupo recibió únicamente sesiones de activación conductual. Después de 13 semanas, se evaluaron las funciones ejecutivas, ya que estas se encontraban afectadas en la evaluación inicial (Vijayapriya & Tamarana, 2023). Los resultados del grupo que recibió el programa de DBT mostraron mejoras en las puntuaciones de funciones ejecutivas, como la capacidad para iniciar tareas, planificar y organizar, lo que indica un mejor manejo de las demandas actuales y futuras y una mayor organización del entorno cotidiano. En contraste, el grupo control, al cual solo se le aplicó un programa de activación conductual, no presentó cambios significativos respecto a la evaluación inicial (Iskric y Barkley, 2021).

Este estudio explica cómo el mindfulness, caracterizado por ejercicios orientados a la conciencia del momento presente (Elices, 2016), junto con las habilidades de regulación emocional, puede contribuir al fortalecimiento de la metacognición, permitiendo a la persona supervisar y regular sus pensamientos de manera más adecuada (Vijayapriya & Tamarana, 2023). Por otro lado, se ha demostrado que la psicoeducación en terapias que incluyen componentes de regulación emocional y mindfulness favorece la mejora de funciones ejecutivas, como el inicio de

tareas, la planificación y la organización, como resultado, se observan cambios en redes cerebrales de la región prefrontal mediante estudios de neuroimagen (Padilla, 2024).

Por consiguiente, este trabajo busca abordar el Trastorno Límite de la Personalidad desde una mirada neuropsicológica, tratada mediante la Terapia Dialéctico Conductual, considerando que los procesos cognitivos pueden mejorar con esta intervención (D'Iorio et al., 2024). El objetivo no es solo tratar el TLP como un trastorno afectivo, sino profundizar en los procesos subyacentes, donde las funciones cerebrales desempeñan un papel relevante en la estabilidad emocional y conductual (Ruocco, 2005). Por eso, es importante trabajar sobre las funciones cognitivas, ya que esto facilita la adherencia al tratamiento y fortalece habilidades necesarias para la vida diaria, como la planificación, el cumplimiento de rutinas y la toma de decisiones, aumentando así la autonomía y la calidad de vida de las personas con TLP (López et al., 2023). Para ello, resulta fundamental realizar una evaluación neuropsicológica, ya que permite comprender cómo los déficits cognitivos y las alteraciones cerebrales contribuyen a los síntomas emocionales y conductuales del TLP, orientando una intervención más precisa (D'Iorio et al., 2024).

Objetivos

Analizar el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en jóvenes adultos mediante una evaluación neuropsicológica integral, con el fin de identificar alteraciones cognitivas asociadas al trastorno y proponer lineamientos de intervención clínica que integren la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y la estimulación neuropsicológica para una intervención más efectiva.

Objetivo general

Investigar el papel de la evaluación neuropsicológica en la comprensión de las alteraciones emocionales en jóvenes adultos con TLP, así como su utilidad para orientar intervenciones clínicas eficaces basadas en la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT).

Objetivos específicos

- Revisar la literatura científica sobre las alteraciones emocionales y neuropsicológicas asociadas al TLP en jóvenes adultos.
- Identificar criterios para una evaluación neuropsicológica adaptada a jóvenes adultos con TLP, orientada a la detección de dificultades emocionales y de regulación.
- Analizar la evidencia científica sobre la eficacia de la DBT en el tratamiento del TLP en jóvenes adultos.
- Diseñar una propuesta de intervención que integre la evaluación neuropsicológica, la comprensión de las alteraciones emocionales y el tratamiento mediante DBT.

Hipótesis

La implementación de una intervención clínica en jóvenes adultos con Trastorno Límite de la Personalidad que combine la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) con la evaluación y estimulación neuropsicológica permitirá identificar y abordar alteraciones cognitivas que influyen en la regulación emocional y el comportamiento, favoreciendo una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados terapéuticos.

Diseño Metodológico

La presente propuesta de intervención tiene un diseño mixto que incluye evaluación cualitativa, cuantitativa y descriptiva, con un enfoque clínico en salud mental basado en

fundamentos teóricos de la neuropsicología, la regulación emocional y la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en jóvenes adultos diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Este diseño integra la revisión de la literatura científica a través de una búsqueda bibliográfica en sitios web como: PubMed, Scopus, PsycINFO y Google Scholar, utilizando términos como “Borderline Personality Disorder”, “neuropsychological assessment”, “emotional dysregulation” y “DBT for youth”. Y artículos en español directamente desde Google académico con palabras claves como “neuropsicología-DBT-TLP” “DBT- funciones ejecutivas-TLP” De los mismos artículos se obtuvieron referencias adicionales relacionadas con el objetivo de búsqueda, que complementaron el análisis y el marco teórico.

Figura 2.

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de artículos.

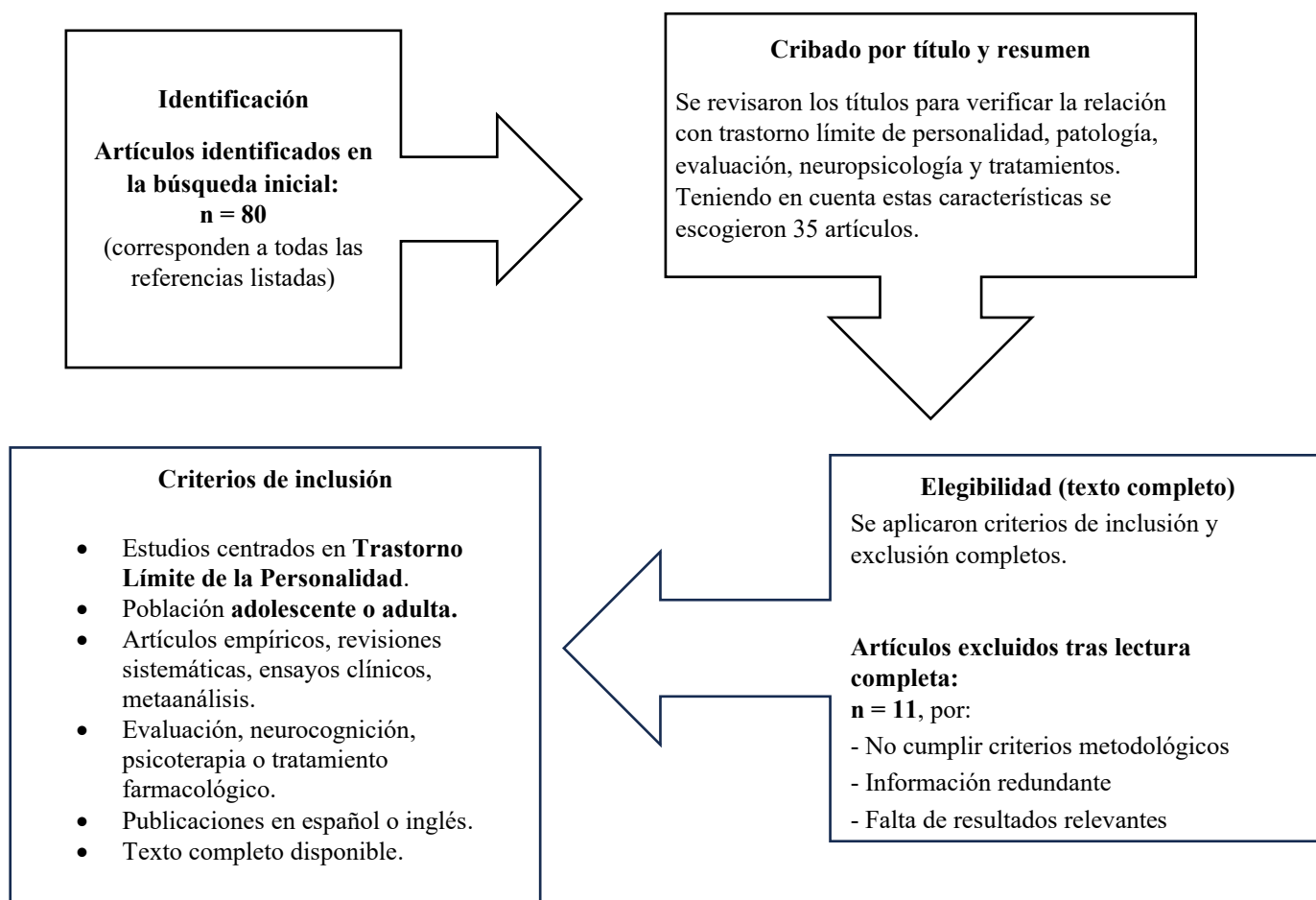


Tabla 2.

Características de los estudios incluidos en la revisión.

Autor(es) y año	Población / temática	Tipo de estudio	Resultados generales
Adams et al. (2001)	Adultos con TLP	Capítulo de libro	Descripción clínica integral del TLP
APA (2013)	Diagnóstico	Manual diagnóstico	Criterios diagnósticos DSM-5
Bateman & Fonagy (1999)	Adultos con TLP	ECA	Eficacia de la hospitalización parcial
Bateman & Fonagy (2008)	Adultos con TLP	Seguimiento 8 años	Superioridad del MBT
Bateman & Fonagy (2010)	Adultos con TLP	Revisión	Fundamentos del tratamiento basado en mentalización
Bohus et al. (2009)	Adultos con TLP	Validación instrumento	Desarrollo de la BSL-23
Bozzatello et al. (2019)	Inicio temprano TLP	Revisión	Importancia de detección precoz
Bozzatello et al. (2021)	Trauma y TLP	Revisión	Rol del trauma infantil
Clarke et al. (2019)	Adolescentes	Revisión	Autolesión y manejo clínico
D'Iorio et al. (2024)	Adultos	Metaanálisis	Déficits neuropsicológicos en TLP
Linehan et al. (1993)	Adultos con TLP	ECA	Eficacia inicial de DBT
Linehan et al. (2015)	Conducta suicida	ECA	DBT reduce conductas suicidas
Mehlum et al. (2016)	Adolescentes	ECA	DBT efectiva en autolesión
McMain et al. (2019)	Adultos	ECA	DBT vs manejo psiquiátrico

Storebø et al. (2020)	Adultos con TLP	Revisión Cochrane	Psicoterapia como tratamiento de elección
Ruocco (2005)	Neurocognición	Metaanálisis	Déficits ejecutivos
López et al. (2023)	Adultos	Estudio empírico	Perfil neurocognitivo específico
Padilla Bautista (2024)	Evaluación	Revisión sistemática	Propuesta de valoración neuropsicológica
Núñez et al. (2019)	Adultos	Revisión	Etiología y tratamiento
Zanarini et al. (2005)	Adultos	Longitudinal	Evolución clínica del TLP
Zanarini et al. (2003)	Evaluación	Instrumento	Escala ZAN-BPD
Iskric & Barkley-Levenson (2021)	Neuroimagen	Revisión	Cambios neuronales post DBT
Montalvo et al. (2021)	Adultos	Revisión sistemática	DBT y neuroplasticidad
Taborda et al. (2025)	Adultos	Revisión integradora	Enfoque psicoterapéutico integrador

Nota: esta tabla se fundamenta en la evidencia científica recolectada en artículos relacionados con las características de jóvenes adultos con TLP.

Población

La población objetivo para el diseño de la intervención está conformada por jóvenes adultos colombianos entre 18 y 25 años, con diagnóstico reciente y confirmado de Trastorno Límite de la Personalidad, atendidos en centros de salud mental en Bogotá que ofrezcan servicios psicológicos ambulatorios. Como criterios de inclusión se considera que el diagnóstico haya sido realizado de forma reciente mediante evaluación clínica estructurada y que los participantes se encuentren iniciando tratamiento psicológico, sin haber recibido previamente intervenciones psicológicas especializadas para el TLP. Se excluyen personas con antecedentes de tratamientos psicológicos intensivos previos, hospitalizaciones psiquiátricas prolongadas o intervenciones farmacológicas complejas relacionadas con el trastorno. Asimismo, se excluyen casos con trastornos neurológicos graves, psicosis activa, discapacidad intelectual moderada o severa, o consumo activo de sustancias que interfiera de manera significativa con la participación en la

intervención. Estas delimitaciones permiten trabajar con una muestra relativamente homogénea y analizar con mayor claridad los efectos del programa propuesto.

Diseño

Tipo de estudio

Este trabajo corresponde a una propuesta de intervención con un diseño metodológico descriptivo aplicado, con enfoque cualitativo y cuantitativo, con el objetivo de orientar una intervención de evaluación neuropsicológica y clínica. Para llevar una intervención psicoterapéutica basada en la terapia dialéctica conductual (DBT) en jóvenes adultos con trastornos límite de personalidad (TLP). Para ello, se propone un protocolo estructurado de evaluación neuropsicológica, organizada en fases secuenciales y complementarias. Posteriormente, se implementará una estrategia de intervención basada en las fases de la Terapia Dialéctica-Conductual (DBT) más estimulación cognitiva, incorporando técnicas y módulos terapéuticos ajustados a las debilidades y habilidades cognitivas identificadas durante el proceso de evaluación neurocognitiva. Esta intervención será diseñada según las fases de la terapia dialéctica conductual, considerando el perfil neuropsicológico, emocional y conductual de las personas con TLP, con el fin de optimizar la regulación emocional, el control de impulsos y el funcionamiento adaptativo.

Para ello, el protocolo de intervención se implementará desde la primera consulta, integrando de manera progresiva los componentes de evaluación. El desarrollo del programa se organizará sesión por sesión, definiendo de forma explícita los objetivos terapéuticos, los procesos clínicos implicados y los resultados esperados en cada encuentro. Para garantizar la claridad de la propuesta y la replicabilidad del protocolo, se elaborarán dos tablas estructuradas por sesiones, en la que se especificarán para cada sesión el objetivo específico, las estrategias o actividades a implementar y los logros terapéuticos previstos.

Como se puede observar en la tabla 3, los instrumentos de evaluación propuestos tienen como finalidad establecer el diagnóstico clínico, identificar déficits cognitivos y comprender el perfil emocional del paciente. Para ello, el proceso evaluativo se organiza en cinco sesiones, con una duración aproximada de 60 minutos cada una, lo que permite una valoración progresiva. Para ello, se prioriza el uso de instrumentos que permitan encuadrar el estado clínico general y la gravedad del cuadro, ya que esto orienta las decisiones iniciales de intervención. Por ejemplo, determinar si el paciente presenta síntomas graves de desregulación emocional o conductas autolesivas permite jerarquizar la urgencia del tratamiento y definir por dónde comenzar. Posteriormente, se evalúa la severidad de los síntomas del TLP, con el objetivo de establecer qué dimensiones están más comprometidas (afectiva, impulsiva, interpersonal o cognitiva) y así organizar un plan terapéutico ajustado a las necesidades reales del paciente.

Por otro lado, se profundiza en la evaluación de la personalidad y las posibles comorbilidades, lo que resulta clave para diferenciar el TLP de otros trastornos que pueden coexistir, como la depresión, la ansiedad o el TDAH. Por ejemplo, un paciente puede presentar impulsividad marcada que, tras una evaluación adecuada, se explique más por un déficit en el control inhibitorio que por un rasgo antisocial. A partir de esta información, se da paso a la evaluación neuropsicológica, cuyo objetivo es identificar dificultades cognitivas específicas como problemas de atención, planificación o memoria y, al mismo tiempo, reconocer las habilidades preservadas que pueden aprovecharse durante la intervención. En la tabla también se contempla un solapamiento clínico entre lo psicológico y lo neuropsicológico, lo que permite contrastar los resultados de distintas pruebas. Si se detectan inconsistencias o resultados atípicos en las evaluaciones iniciales, estos se revisan para ajustar el perfil psicológico y cognitivo del paciente, logrando así una comprensión más precisa y funcional del caso.

Tabla 3

Protocolo de evaluación

Sesión	Duración estimada	Objetivo clínico principal	Instrumentos	Qué evalúa	Neuropsicológico
1	50 min	Seguridad, encuadre y regulación inicial	Entrevista clínica C-SSRS DERS-16 (opcionales)	Motivo de consulta, historia clínica, antecedentes de autolesión, síntomas actuales, relaciones interpersonales, impulsividad y funcionamiento cotidiano.	Autoconciencia, insight, juicio, monitoreo conductual y capacidad de autorreporte.
2	50 min	Diagnóstico y severidad del TLP	SCID-5-PD (criterios TLP) ZAN-BPD (opcional)	Criterios diagnósticos del TLP y otros trastornos de personalidad según DSM-5.	Autopercepción, identidad, funcionamiento interpersonal, control conductual y estabilidad emocional.
3	50 min	Impulsividad y toma de decisiones	BIS-11 Iowa Gambling Task (versión abreviada) (opcionales)	Impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada.	Inhibición conductual, planificación, control ejecutivo, autorregulación y toma de decisiones.
4	50 min	Control inhibitorio y flexibilidad cognitiva.	Trail Making Test-B Stroop Test	Capacidad para alternar entre dos secuencias, cambiar de criterio y mantener la atención.	Flexibilidad cognitiva, atención dividida, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas y memoria de trabajo.
5	50 min	Cognición social, funcionamiento y devolución	MASC (versión breve o fragmento clínico) STAXI-2 GAF (opcional)	Capacidad para comprender pensamientos, emociones e intenciones de otras personas; errores de hipersensibilización frecuentes en TLP.	Cognición social, teoría de la mente, reconocimiento emocional, inferencia social y empatía cognitiva.

Protocolo de intervención

Diseño de intervención

En la tabla 4 se puede observar que el diseño de la intervención propone una combinación de Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y estimulación cognitiva para el abordaje del Trastorno

Límite de la Personalidad (TLP) (Vijayapriya y Tamarana, 2023). Esta propuesta busca integrar la regulación emocional y conductual propia de la DBT con la estimulación cognitiva apoyada en la neuropsicología. El propósito de incluir la estimulación cognitiva dentro de la intervención es mejorar la capacidad del paciente para utilizar de forma efectiva las habilidades aprendidas en DBT, así como reducir las dificultades en funciones ejecutivas que suelen aparecer en emociones intensas, es decir, la expresión de conflictos emocionales intensos a través de conductas impulsivas (Elices, 2016). Por ejemplo, un paciente que reacciona con autolesiones o estallidos de ira ante una frustración puede presentar dificultades en el control inhibitorio y la planificación, entonces al fortalecer estas funciones, se facilita que pueda detenerse, pensar y aplicar una habilidad DBT antes de actuar (Vijayapriya y Tamarana, 2023).

De esta manera, la intervención pretende disminuir las conductas impulsivas que llevan a la autolesión, aumentar la autorregulación emocional, reducir la impulsividad, mejorar la toma de decisiones, fortalecer la mentalización y favorecer relaciones interpersonales más estables, lo que se traduce en un mayor funcionamiento adaptativo (Arza et al., 2009). Ya que, al mejorar la atención y la flexibilidad cognitiva, el paciente puede llegar a identificar mejor sus emociones y comprender las intenciones de los otros, evitando interpretaciones extremas o reacciones desproporcionadas (D'Iorio et al., 2024).

Esta intervención se desarrollará mediante una combinación de psicoterapia individual semanal, entrenamiento en habilidades de Dialectical Behavior Therapy en formato individual y grupal, y ejercicios de estimulación cognitiva orientados a funciones ejecutivas, regulación emocional y cognición social, como se puede observar en la tabla 4.

Tabla 4.

Esquema sugerido de intervención

Periodo	Sesión individual semanal (50 min)	Sesión grupal DBT semanal (90 min)
---------	------------------------------------	------------------------------------

Meses 1–2	Encuadre, psicoeducación, evaluación de crisis, identificación de emociones y construcción de objetivos terapéuticos	Mindfulness y regulación emocional básica
Meses 3–5	Trabajo sobre impulsividad, autolesiones, análisis de conductas y aplicación de habilidades en situaciones cotidianas	Tolerancia al malestar y regulación emocional
Meses 6–7	Conflictos interpersonales, identidad, relaciones y revisión de avances	Efectividad interpersonal y mentalización
Meses 8–9	Prevención de recaídas, fortalecimiento de autonomía y cierre terapéutico	Integración y práctica de todas las habilidades DBT

La psicoterapia individual tendrá una frecuencia de una sesión semanal de 50 minutos. Paralelamente, se realizará una sesión grupal semanal de entrenamiento en habilidades en DBT de aproximadamente 90 minutos. Dentro de estas sesiones, y también como trabajo para casa, se incorporarán actividades breves de estimulación cognitiva de 20 a 30 minutos, enfocadas en control inhibitorio, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones y autorregulación emocional.

La duración estimada la intervención será de nueve meses, aunque podrá ajustarse según la evolución clínica y las necesidades de cada caso. Este periodo se propone porque los programas de DBT suelen durar entre 6 y 12 meses (Linehan et al., 2006). Se propone una duración de nueve meses porque permite recorrer todos los módulos de DBT, como mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal. Para ello es importante disponer de tiempo suficiente para que la persona practique las habilidades, las generalice a situaciones de la vida cotidiana y las consolide antes de introducir nuevas competencias (Coello y Oñate, 2025). La generalización repetida de las habilidades constituye uno de los mecanismos centrales de DBT y requiere varias semanas de práctica sostenida (McMain et al., 2022).

Por ello, la elección de nueve meses no es arbitraria, sino que representa un tiempo intermedio y clínicamente habitual dentro de los tratamientos de DBT para TLP: suficientemente

amplio para promover cambios estables, pero sin extender innecesariamente la intervención (Lakeman et al., 2022). Además, existen programas de DBT de 9 meses que han mostrado eficacia en pacientes con TLP grave, lo que respalda esta duración como una alternativa válida entre los formatos breves y los de un año completo (McMain et al., 2022).

Tabla 5.

Propuesta de intervención.

Fase	Duración aproximada	Objetivo	Estimulación cognitiva asociada	Actividades o tareas (DBT)	Formato de medición
Pretratamiento	Semanas 1–3 (6 sesiones)	Establecer metas, jerarquizar conductas problema y obtener compromiso terapéutico	Evaluación inicial de funciones ejecutivas: atención, planificación y memoria de trabajo	Tarea de planificación (“organizar una semana”) para observar impulsividad, tolerancia a la frustración y seguimiento de instrucciones. Psicoeducación individual sobre TLP.	Registro observacional del terapeuta, cumplimiento de tareas y línea base en funciones ejecutivas.
Validación y psicoeducación	Semanas 4–6	Reducir invalidación emocional, aumentar alianza terapéutica y comprensión del TLP	Metacognición y reconocimiento emocional	Ejercicios de identificación emocional con apoyo visual. Psicoeducación familiar y entrenamiento para reconocer emociones antes	Escalas breves de identificación emocional y autorregistro de emociones

				de reaccionar impulsivamente.	
Análisis en cadena y solución	Mes 2	Identificar antecedentes, pensamientos, emociones y conductas; generar alternativas conductuales	Atención sostenida, memoria de trabajo, secuenciación, flexibilidad cognitiva y toma de decisiones	Reconstrucción paso a paso de una conducta impulsiva con tarjetas. Comparación entre actuar impulsivamente o utilizar una habilidad DBT, valorando consecuencias a corto y largo plazo.	Registro de cadena conductual y número de alternativas generadas.
Análisis de enlaces perdidos y conductas que interfieren con la terapia	Mes 3	Detectar cuándo no se aplicó una habilidad y fortalecer adherencia al tratamiento	Control inhibitorio, monitoreo cognitivo, planificación y autorregulación	Identificar el punto exacto donde “se salió del plan”. Organización de asistencia, tareas y rutinas terapéuticas mediante apoyos visuales y recordatorios.	Registro de adherencia, asistencia y frecuencia de interrupciones o conductas problema.
Regulación emocional	Meses 3–4	Disminuir la intensidad emocional y aumentar la capacidad de autorregulación	Atención, inhibición, monitoreo emocional y conciencia corporal	Ejercicios para detectar señales corporales tempranas de una emoción antes de que escale. Registro de emociones y práctica de habilidades DBT.	Escala subjetiva de intensidad emocional (0–10) y frecuencia de uso de habilidades

Tolerancia al malestar y exposición	Meses 4–5	Aumentar la resistencia al malestar sin actuar impulsivamente y reducir evitación	Control inhibitorio, persistencia, atención selectiva y regulación emocional	Tareas cronometradas para esperar antes de actuar. Exposición gradual a situaciones de malestar mientras se entrenan ejercicios atencionales.	Tiempo de permanencia en la tarea, autorregistro de impulsividad y nivel de malestar.
Modificación cognitiva y aceptación de la realidad	Mes 6	Cuestionar interpretaciones extremas y disminuir la lucha frente a situaciones inevitables	Razonamiento lógico, pensamiento alternativo y flexibilidad cognitiva	Trabajo con pensamientos dicotómicos (“me van a abandonar”) y ejercicios de aceptación guiada ante situaciones que no pueden cambiarse.	Número de pensamientos alternativos generados y autorregistro de credibilidad de la creencia.
Aprendizaje de habilidades DBT y mindfulness	Meses 6–7	Adquirir repertorio conductual funcional y aumentar la conciencia del momento presente	Generalización cognitiva, memoria procedimental, atención plena y metacognición	Práctica repetida de habilidades DBT, respiración consciente, ejercicios de atención focalizada y tareas para automatizar respuestas adaptativas.	Lista de chequeo de habilidades utilizadas y frecuencia semanal de práctica.
Habilidades interpersonales	Mes 8	Mejorar relaciones, comunicación y	Cognición social, teoría de la mente y	Análisis de escenas sociales, identificación	Role-play evaluado,

		manejo de conflictos	flexibilidad cognitiva	de intenciones y emociones, práctica de pedir, poner límites y responder de forma efectiva.	autorregistro de conflictos y calidad percibida de las relaciones.
Objetivos secundarios y manejo de contingencias	Mes 8	Mejorar calidad de vida y reforzar conductas adaptativas	Funciones ejecutivas para la vida diaria, aprendizaje por refuerzo y autorregulación	Entrenamiento en organización, manejo del tiempo, toma de decisiones cotidianas y uso de registros conductuales.	Revisión de cumplimiento de metas, registros de conducta y nivel de funcionamiento diario.
Prevención de recaídas, coaching telefónico y crisis	Mes 9	Generalizar habilidades, mantener adherencia y reducir riesgo vital	Transferencia cognitiva de habilidades, juicio, planificación y control inhibitorio	Uso guiado de habilidades DBT en tiempo real, plan de seguridad, estrategias para crisis y repaso final de habilidades.	Frecuencia de crisis, uso del plan de seguridad y número de llamadas o consultas resueltas con habilidades.

Nota. El diseño de la intervención de la tabla 5, se basa en los principios y procedimientos establecidos en el *Protocolo de la Terapia Dialéctico-Conductual* desarrollado por Linehan, integrando componentes de regulación emocional, análisis conductual y entrenamiento en habilidades, adaptados a un enfoque de estimulación cognitiva con soporte neuropsicológico (Linehan, 2015).

Seguimiento e indicadores de proceso

Como se pudo observar en la tabla anterior, esta terapia es bastante amplia, por lo que es necesario, al momento de ir implementándola, ir ajustándola con el debido seguimiento, esto con el objetivo de ver si se encuentran mejorías. Lo que se pretende obtener en el seguimiento y en la finalización del tratamiento es una disminución en conductas disruptivas identificadas en la

entrevista inicial, como por ejemplo ver una reducción en la frecuencia de conductas impulsivas, menos conflictos interpersonales o menor intensidad en el miedo al abandono (Zanarini et al., 2003). También se espera una disminución en la intensidad del malestar subjetivo, es decir, que la persona reporte menos sensación de vacío, menor angustia emocional diaria o menos pensamientos negativos persistentes (Bohus et al., 2009).

Asimismo, se espera una disminución de la impulsividad, por ejemplo, que el paciente piense antes de actuar, logre frenar reacciones impulsivas durante discusiones o utilice habilidades aprendidas antes de tomar decisiones apresuradas (Bohus et al., 2009). Por último, es importante que la adherencia al tratamiento aumente y que aumente la funcionalidad en cuanto al contexto de la persona, de modo que todo se haga en función del contexto del paciente, lo que podría indicar, mayor asistencia a las sesiones, cumplimiento de las tareas terapéuticas, mejor desempeño académico o laboral y relaciones interpersonales más estables (Linehan et al., 2015).

Posibles resultados

Este protocolo de intervención puede tener posibles resultados que se encuentran organizados en tres niveles. Después de realizar una evaluación, se pueden obtener resultados diagnósticos. Teniendo en cuenta que son pacientes que ya cuentan con un diagnóstico previo, es importante realizar una evaluación propia para poder determinar un perfil clínico y neuropsicológico, lo cual permite elaborar un tratamiento personalizado según las debilidades y fortalezas del paciente, y así trabajar en los aspectos conductuales, emocionales y cognitivos (López et al., 2023).

En cuanto a los resultados esperados en neuropsicología, se espera identificar el perfil ejecutivo típico en el TLP. En este se pueden encontrar resultados relacionados con el control inhibitorio, lo cual puede indicar dificultades para frenar respuestas automáticas, indicándonos presencia de errores de interferencia en la prueba de Stroop (Iskric & Barkley-Levenson, 2021;

Montalvo et al., 2021). También se puede evaluar la flexibilidad cognitiva, lo que indica si el paciente es tolerante a los cambios o presenta rigidez cognitiva, así como la toma de decisiones, para verificar si existe una baja anticipación de consecuencias negativas, como elegir conductas impulsivas pese a experiencias previas negativas (Vijayapriya y Tamarana, 2023). De igual manera, se evalúa la memoria de trabajo, donde un posible déficit puede indicar una alta carga emocional que interfiere en el procesamiento cognitivo. En caso de encontrarse alteraciones en estas funciones, se debe trabajar específicamente cada una de estas dimensiones mediante estimulación cognitiva, lo cual puede impactar no solo el perfil cognitivo del paciente, sino también su conducta diaria (Linehan et al., 2015).

Por lo tanto, con los resultados del protocolo de evaluación e intervención en DBT más estimulación cognitiva, se espera que, a corto plazo, después de identificar las dificultades, en un periodo aproximado de 6 a 8 semanas, se observe una disminución conductas impulsivas, mayor capacidad para detenerse antes de actuar utilizando las habilidades aprendidas, mayor adherencia a la terapia y el inicio del uso activo de las habilidades de DBT (Linehan et al., 2015).

En cuanto a los resultados a mediano plazo, es decir, entre el mes 3 y 6, se espera una disminución de la impulsividad conductual y decisional, mayor capacidad para tomar decisiones reflexivas, mayor tolerancia emocional, menor cantidad de conflictos interpersonales y una mejor capacidad para identificar emociones propias y ajenas. En el seguimiento, se espera que las puntuaciones en las pruebas aplicadas en la evaluación se encuentren por debajo de las obtenidas anteriormente (Bohus et al., 2009).

A largo plazo, entre los 9 meses y el seguimiento, se espera un aumento en la autorregulación emocional estable, menores recaídas en conductas autolesivas, mayor capacidad de mentalización y mejor calidad vincular, así como una construcción de identidad más integrada y la generalización de las habilidades aprendidas a la vida diaria (Bohus et al., 2009; Zannarini et al., 2003). Se espera que, al concluir la intervención, la combinación de DBT más estimulación

cognitiva, basada en el perfil neuropsicológico del paciente, aumente la probabilidad de que el paciente utilice de manera efectiva las habilidades aprendidas en DBT, reduciendo a su vez las dificultades en las funciones ejecutivas que influyen en la impulsividad y expresión de conflictos emocionales intensos a través de conductas impulsivas (Elices 2016).

Discusión

La mayoría de la literatura coincide en que el eje central del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se basa en la desregulación emocional, la cual se explica a través de la alta intensidad afectiva, las conductas impulsivas y la inestabilidad interpersonal (Méndez-Miller et al., 2022). Pero también, estudios neurobiológicos muestran hiperreactividad de la amígdala, en personas con TLP, lo que indica que este trastorno también tiene bases neuropsicológicas relacionadas con la dificultad para modular emociones intensas (Donegan et al., 2003; Dell’Osso et al., 2010). Si bien la etiología del TLP es multifactorial y no se atribuye a una única causa, modelos como el biosocial y los antecedentes de trauma infantil se consideran indicadores relevantes de la aparición temprana del trastorno, especialmente cuando interactúan con una vulnerabilidad emocional temprana. Por ejemplo, experiencias de invalidación emocional en la infancia, como la minimización constante de emociones por parte de cuidadores, pueden dificultar el aprendizaje de estrategias adecuadas de regulación emocional (Bozzatello et al., 2021).

Asimismo, estudios longitudinales mostraron que, aunque existe una alta aparición temprana de los síntomas, influida en parte por factores de heredabilidad, estos pueden disminuir con la edad. No obstante, la presencia temprana de síntomas hace fundamental una intervención precoz. Ya que, adolescentes con conductas impulsivas y autolesivas pueden beneficiarse significativamente de una intervención temprana, reduciendo la gravedad del cuadro en la adultez (Bornovalova et al., 2009; Bozzatello et al., 2019). Por consiguiente, teorías como la del apego, la cognición social y la mentalización se relacionan con las primeras relaciones que establecen los

seres humanos. Un apego inseguro caracterizado por cuidadores inconsistentes puede generar dificultades para interpretar las intenciones de los otros y regular las emociones en situaciones de cercanía emocional. Estas experiencias tempranas influyen en cómo las personas regulan sus emociones y en la manera en que establecen sus relaciones futuras (Bretherton, 1992).

También, en el TLP se observa una alteración en la cognición social, la cual se ha relacionado con antecedentes de maltrato infantil. Esto puede manifestarse en dificultades para comprender estados mentales ajenos, interpretar señales sociales o responder adecuadamente en contextos interpersonales, lo que contribuye a relaciones inestables y conflictivas (Coma, 2021). Lo que indica que, cada modelo trabaja el TLP desde su propio enfoque; sin embargo, existe un consenso en que el tratamiento debe basarse principalmente en una psicoterapia estructurada, debido a la complejidad del trastorno, considerándose esta como la primera línea de intervención (Bateman & Fonagy, 2008; Clarkin et al., 2006; Coello Alvarado & Oñate Porras, 2025). Por otro lado, la farmacoterapia se considera un tratamiento complementario y sintomático, útil para manejar síntomas específicos como ansiedad o impulsividad, pero no debe ser utilizada como terapia principal (Black, 2021).

Para finalizar, es importante en todas las terapias incluir tratamiento con familiares, ya que, no se tiene suficientemente en cuenta. El trabajo con la familia puede facilitar la comprensión del trastorno, mejorar la adherencia al tratamiento y reducir conductas invalidantes en el entorno (Iskric y Barkley-Levenson, 2021). Asimismo, es crucial que los profesionales utilicen instrumentos clínicos adecuados para el diagnóstico, lo que permite asegurar una evaluación precisa y una intervención integral, especialmente en un trastorno tan complejo tanto para evaluar como para intervenir (Fazel & Runeson, 2020; Elices, 2016).

Conclusiones

En conclusión, la integración de la evaluación neuropsicológica resulta fundamental para comprender el funcionamiento del TLP y orientar intervenciones clínicas más precisas y efectivas (Aslan et al., 2023; D'Iorio et al., 2024; Dell'Oso et al., 2010). Ya que, para esta investigación se encontró que los aportes de la neurobiología, como la hiperreactividad de la amígdala, refuerzan la necesidad de implementar medidas estructuradas con herramientas válidas, como la STIPO, la cual permite observar y dimensionar el funcionamiento de la personalidad. Esto posibilita formular intervenciones más precisas y ajustadas a las necesidades de cada persona. Lo cual indica que, identificar dificultades en la identidad, en la regulación afectiva o en las relaciones interpersonales permite priorizar objetivos terapéuticos y definir con mayor claridad el tipo de intervención a implementar, evitando tratamientos generalizados que no responden al perfil específico del paciente (Donegan et al., 2003; Doering et al., 2013).

Si bien anteriormente el TLP se abordaba principalmente desde la psicoterapia, actualmente las intervenciones van más allá de este enfoque. En este trabajo se integra un tratamiento estructurado como la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), en el cual se implementan de manera paralela estrategias de rehabilitación y estimulación cognitiva (Arza et al., 2009). La DBT ha demostrado eficacia en la reducción de conductas autolesivas, las cuales están estrechamente relacionadas con la impulsividad (Linehan et al., 2015). Uno de los principales aportes de esta terapia es la identificación de conductas clínicamente relevantes, por lo que la evaluación clínica del riesgo y de las habilidades con las que cuenta el paciente resulta fundamental. Es decir, evaluar si el paciente puede tolerar el malestar sin recurrir a conductas impulsivas permite decidir si se debe iniciar el tratamiento fortaleciendo habilidades de tolerancia al malestar o regulación emocional (Bateman & Fonagy, 1999; Clarke et al., 2019; Fazel & Runeson, 2020). Lo que nos indica que, la estimulación y rehabilitación neuropsicológica cobra relevancia, ya que existe evidencia clínica que demuestra que al estimular la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, las personas presentan una mayor adherencia al tratamiento y una mejoría en las habilidades ya enseñadas en la DBT (Arza et al., 2009).

Para concluir, los hallazgos de este trabajo indican que abordar el TLP desde una mirada integral, basada en una evaluación e intervención con evidencia, es fundamental. Esto implica integrar la farmacoterapia como un rol complementario, junto con una rehabilitación integral realizada por profesionales como el psicólogo, el neuropsicólogo y la terapia ocupacional (Iskric y Barkley-Levenson, 2021). Asimismo, la psicoeducación y el trabajo con familiares o cuidadores principales favorecen el tratamiento y reducen las recaídas, especialmente cuando el entorno comprende el funcionamiento del TLP y aplica estrategias de validación emocional (Apfelbaum & Gagliesi, 2004; Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2010; Castro Soriano, 2020).

Aspectos éticos

Como profesional, me comprometo a manejar la información con rigor científico, basándome en artículos actualizados y criterios validados, garantizando calidad técnica y evitando interpretaciones subjetivas o sesgadas. Esto incluye la protección de datos personales, especialmente de menores, mediante el anonimato y el cumplimiento de normativas legales como la Ley 1090 de 2006 en Colombia y los principios del Código Deontológico del Psicólogo.

Ahora bien, se priorizará una mirada evolutiva y contextualizada, evitando etiquetar o patologizar conductas de manera prematura. Este enfoque promueve análisis basados en evidencia, respetando las etapas del desarrollo y la diversidad individual, con el fin de evitar juicios clínicos reduccionistas que obstaculicen una comprensión integral del caso.

En cuanto, a la propuesta se sustenta en el respeto a la propiedad intelectual, utilizando citas y referencias adecuadas para reconocer las fuentes consultadas. Se rechaza categóricamente el plagio y la apropiación indebida de contenidos, asegurando que todo material externo sea debidamente atribuido. Con el objetivo de contribuir al conocimiento profesional y académico, con aplicaciones futuras en contextos clínicos y educativos. Cada planteamiento se fundamenta en

el principio de beneficencia, priorizando el bienestar emocional de las personas involucradas. Toda evaluación o intervención derivada de este trabajo se realizará bajo estándares éticos, garantizando confidencialidad, respeto y alineación con las necesidades reales de la población.

Referencias

- Adams, H. E., Bernat, J. A., & Lüscher, K. (2001). *Borderline personality disorder: An overview*. En P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3.^a ed., pp. 491-507). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9101-3_4
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andersen, R. (2011). *Testkatalog: Personlighed og psykopatologi* – [Catálogo de pruebas de personalidad y psicopatología]. <https://iptp.dk/wp-content/uploads/Testkatalog-Personlighed-og-psykopatologi-dmo-bb.docx-1.pdf#page=31>
- Apfelbaum, S., & Gagliesi, P. (2004). *El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados*. Vértice: Revista Argentina de Psiquiatría, 15, 25–34.

- Arza, R., Díaz-Marsá, M., López-Micó, C., Fernández de Pablo, N., López-Ibor, J. J., & Carrasco, J. L. (2009). Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: una serie de casos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 236–239.
- Aslan, I. H., Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2023). *Cognition in adults with borderline personality disorder*. *CNS Spectrums*, 28(6), 674–679.
<https://doi.org/10.1017/S1092852923001177>.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: *a randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1562-1569.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International journal of environmental research*
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Benavides, P. J. E. (2023). *Disfunción familiar y trastorno de personalidad límite: Hospital Víctor Larco Herrera, 2021* (Proyecto de investigación para optar el título de Segunda Especialidad en Psiquiatría). Facultad de Medicina Humana, Unidad de Posgrado, Universidad de San Martín de Porres.
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/11760/benavides_je.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Black, D. (2021). A clinical approach to pharmacotherapy for personality disorders: Evidence is limited, but these principles and strategies can help guide prescribing. *Current Psychiatry*, 20(4).

- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1335-1353.
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>.
- Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
<https://static1.squarespace.com/static/55bf9399e4b0b735a4b6d851/t/55e23de0e4b02b09d51cfd63/1440890336369/Bowlby+supporting+patterns.pdf>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). *The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties*. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2019). *Early detection and outcome in Borderline Personality Disorder*. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 710.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00710>
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). *The role of trauma in early onset borderline personality disorder: A biopsychosocial perspective*. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.721361>
- Cailhol, L., Gicquel, L., Raynaud, J-P., Diego-Castaño, S., & otros. (2018). *Trastorno de personalidad límite en adolescentes* (versión en español).
https://www.researchgate.net/publication/326089743_Trastorno_de_Personalidad_Limite_en_Adolescentes_version_en_espanol
- Castro, S. C. (2020). *Trastorno límite de personalidad en las organizaciones: empleabilidad, desempeño y absentismo* (Trabajo final de máster, Universitat Oberta de Catalunya). Repositorio Institucional UNAM.

<https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/a396ca84-d8f0-4c69-9fae-a4e02192a206/content>

- Clarke, S., Allerhand, L. A., & Berk, M. S. (2019). Recent advances in understanding and managing self harm in adolescents. *F1000Research*, 8, <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2019). *Manual for the Structured Interview of Personality Organization – Revised (STIPO-R)*. Personality Disorders Institute.
- Clarkin, J. Yeomans F, Kernberg O (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Coello, Al. P., & Oñate, P. F. (2025). *Eficacia de la DBT en ideación suicida en adultos jóvenes con TLP = DBT effectiveness of DBT in suicidal ideation in young adults with BPD*. *EPSI - Revista Ecuatoriana de Psicología*, 8(22), 191-201. <https://doi.org/10.33996/repai.v8i22.189>
- Coma González, A. A. (2021). *Cognición social en mujeres con trastorno límite de la personalidad y su relación con psicopatología y maltrato infantil* (Tesis de máster, Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Psicología). TDX. <https://www.tdx.cat/handle/10803/672572>
- Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. (2010). *Trastorno límite de la personalidad (TLP)* CatSalut. <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/tlp-catsalut-cast.pdf>
- Cordero, S. F. (2024). *Tratamiento farmacológico en trastornos de personalidad*. *Revista Cúpula*, 38(2), 68-84. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v38n2/4.pdf#page=68>.
- Dell'Oso, B., Berlin, H. A., Serati, M., & Altamura, A. C. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, 61(4), 169–179. doi:10.1159/000297734.

- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann, M., Hörz, S., & Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 13, Article 210. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-210>
- Doering, S., Hörz S, Rentrop M et al. (2010) Trans-ference-focused psychotherapy vs. treatment by community psycho-therapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; 196:389-395.
- Donegan, N.H., Sanislow, C.A., Blumberg, H.P., Fulbright, R.K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J.C., Olson, I.R., McGlashan, T.H. y Wexler, B.E., (2003). *Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation*. *Biological Psychiatry* 54, 1284–1293.
- D'Iorio, A., Di Benedetto, G. L., & Santangelo, G. (2024). *A meta-analysis on the neuropsychological correlates of Borderline Personality Disorder: An update*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 165, 105860
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39173987/>.
- Elices, M. (2016). *Disregulación emocional y mindfulness en el trastorno límite de la personalidad: características y tratamiento* (Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona). Dipòsit Digital de Documents de la UAB. <https://ddd.uab.cat/record/166159>
- Fazel, S., y Runeson, B. (2020). Suicide. Reply. *The New England journal of medicine*, 382(21), e66. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2002190>.
- Ferreira, T. K. C., & Ferrufino-Borja, D. (2024). *Trastorno Límite de la Personalidad: características, causas, prevención y comorbilidad*. *Revista de Estudiantes de Psicología*, 11(2), 105-111. (recuperado de <https://revista-psicologia.upsa.edu.bo/index.php/revista/article/view/125/87>)

- Fonagy, P., y Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder--A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1>.
- Font, D. E. (2019). *Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión sistemática de las intervenciones*. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212.
<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35003/25992>
- Fox, K. R., Harris, J. A., Wang, S. B., Millner, A. J., Deming, C. A., & Nock, M. K. (2020). *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview – Revised: Development, reliability, and validity*. *Psychological Assessment*, 32(7), 677-689. <https://doi.org/10.1037/pas0000819>
- Gegerly, G. y Watson, J. (1996). The social bio- feedback model of parental affect mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*.
- Giddens, J. M., Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2014). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the “gold standard” become a liability? *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(9-10), 66-80. <https://doi.org/10.1177/1073191120913626>
- Gica, S., Kaplan, B., Terzi Atar, A., Yazici Gulec, M., Gulec, H., (2021). *Investigation of the effects of childhood sexual abuse on disease severity and cognitive functions in borderline personality disorder*. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 34, 141-150.
- Gómez, S. I. (2000). Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroinómanos mediante el *International Personality Disorders Examination (IPDE)*. *Adicciones*, 12(4), 357-364. Recuperado de
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/624/612>
- Iskric, A., & Barkley-Levenson, E. (2021). Neural changes in borderline personality disorder after dialectical behavior therapy: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 772081.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.772081>
- Kernberg. (1978) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Fráncfort:Suhrkamp.
- Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). *The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up*. *Journal of*

- Psychiatric Research, 47 (10), 1499–1506.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>.
- Kjaer, J. N., Biskin, R., Vestergaard, C. H. y Munk-Jørgensen, P. (2015). A nationwide study of mortality in patients with borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 30, 202.
<https://bit.ly/2xz2oVz>.
- Koch, J., Modesitt, T., Palmer, M., Ward, S., Martin, B., Wyatt, R. & Thomas, C. (2016). Review of pharmacologic treatment in cluster A personality disorders. *Mental Health Clinician*, 6(2), 75-81.
- Lahmeyer, H. W., Reynolds III, C. F., Kupfer, D. J., & King, R. (1989). Biologic markers in borderline personality disorder: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50(6), 217-225.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2498295/>
- Lakeman, R., King, P., Hurley, J., Tranter, R., Leggett, A., Campbell, K., & Herrera, C. (2022). Towards online delivery of dialectical behaviour therapy: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 843–856. <https://doi.org/10.1111/inm.12976>
- Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-3>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., y Lindenboim, N. (2015). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*.
- Linehan, M. M., Armstrong HE, Suarez A., (1993). *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General Psychiatry*, 48:1060-1064
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., y Lindenboim, N. (2015). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*

López, J. M., Díaz-Marsá, M., Rico-Pérez, A., Fernández-Rodríguez, V., Ayad-Ahmed, W., Gálvez-Merlín, A., Carrasco, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2023). *Neurocognitive profile associated with borderline personality disorder: Building specific indices of executive function*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 51(5), 220-228.

<https://doi.org/10.38117/actasesp.2023.51.5.220>

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., y Grøholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: *Outcomes over a one-year follow-up*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>

McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., y Links, P. S. (2019). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: *Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up*. *American Journal of Psychiatry*.

Méndez, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). *Borderline personality disorder*. *American Family Physician*, 105(2), 156-161.

https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0200/p156.pdf?utm_source

Micheli, M. P. (2017). Abordaje del trastorno límite de personalidad desde el modelo DBT (Trabajo final de integración, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo). Universidad de Palermo.

<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1924/Micheli%2C%20Maria%20Paula.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015* – Tomo I (ISBN 978-958-8903-20-0). Recuperado de https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Montalvo, I. A., Vargas, I., Mesa-Lago, M., & Poquet, M. (2021). *Neural changes in borderline personality disorder after dialectical behavior therapy: A systematic review*. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 772081. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.772081>
- Núñez, N. I., Sancho, M., Granados Martínez, B., & Gibert Rahola, J. (2019). *Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento*. *Revista Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85-98. <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2019.10.001>
- Oviedo, G. F., & Muñoz Molina, F. J. (2025). *Trastorno límite de la personalidad: actualización clínico-fenomenológica y terapéutica*. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*), páginas no especificadas. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342752>.
- Padilla, E. (2024). *Evaluación neuropsicológica del trastorno límite de la personalidad: Una revisión sistemática y propuesta de valoración* (Trabajo de Fin de Máster, Máster Universitario en Psicología General Sanitaria). <https://minerva.usc.gal/rest/api/core/bitstreams/28f58cb3-7f6d-478c-894d-86344bd0ddc8/content>
- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., de la Vega, I., Montes, J.L. & Carrasco, J.L. (2016). *Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(6), 212-221. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5744154>
- Paris, J. (2019). *Personality disorders: Facts and theories* (4th ed.). Academic Press.
- Pompili, M., Goracci, A., Giordano, G., Erbuto, D., Girardi, P., Klonsky, E. D., y Baldessarini, R. J. (2015). Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: a psychopathological perspective. *J Psychopathol*, https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/12/07_Art_ORIGINALE_Pompili1.pdf.

- Romero, R., González-Salas, C. y Sánchez, J. (2016). Trastorno de la personalidad: un desafío en la relación médico-paciente. *Atención Familiar*, 23 (4), 155-159.
<https://doi.org/10.1016/j.af.2016.10.005>.
- Ruocco, A. C. (2005). *The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review*. *Psychiatry Research*, 137(3), 191–202.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.004>.
- Sadi, P., Santana, E. S. de, Alves Vieira, A. J., Hamerski, M., Gomes, N. P., Fialho, D. G., Gomes da Silva, T. C., Rodrigues da Silva, L. L. de A., Cavalcante, R. L. de C., Machado Gonzaga, N. C., Santiago, H. O., & Sarafim dos Reis, F. M. (2025). *Abordagem multiprofissional e interdisciplinar no manejo terapêutico de pacientes com Transtorno de Personalidad Borderline: revisão de literatura*. *Revista Caderno Pedagógico*, 22(10), 1–17. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n10-047>
- Sánchez, S., & De la Vega, I. (2013). *Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad* [Introduction to the mentalization-based treatment for borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32.
<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., & Stout, R. L. (2005). *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications*. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487-504.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487>.
- Stoffers, J., & Lieb, K. (2015). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder—Current Evidence and Recent Trends. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 534
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD012955.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955>.
- Taborda, I. A., Esteban, V. G., Oliveira, I. E. d. C., Taborda, P. R. A., Berganholo, T. C., Moreira, M. F., & Kassab, S. G. (2025). Psicoterapias para el tratamiento del trastorno límite de la

- personalidad: Un enfoque integrador . Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: *An integrative approach*. *Asclepius International Journal of Science, Health and Society*, <https://doi.org/10.70779/aijshs.v4i6.166>
- Tomás, IÁ. (2022). *Evolución clínica y funcional a largo plazo*. *Informaciones Psiquiátricas*, Recuperado de: <https://www.informacionespsiquiatricas.com/storage/article/pdfs/20221123164924.pdf>.
- Turecki, G., Brent, A., Gunnell, D., O'Connor, C., Oquendo, A., Pirkis, J., y Stanley, BH. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>.
- Valdivieso, G. (2020). *Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58(1), 2-15. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002>
- Valero, M. A. G. (2022). *Dificultades en la regulación emocional de pacientes con trastorno límite de la personalidad que consultan a un centro especializado en terapia dialéctico-conductual*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/7423/742380758002.pdf>.
- Vijayapriya, C., & Tamarana, R. (2023). Effectiveness of internet-delivered dialectical behavior therapy skills training on executive functions among college students with borderline personality traits: *A non-randomized controlled trial*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 26(3), 694. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.694>
- Zahediabghari, S., Boursiquot, P., & Links, P. (2020). *Impact of psychotherapy on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder patients*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4610. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124610>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. (2005). *The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of*

prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505-523.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology*. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 233-242. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.233.22147>