

Características de las alucinaciones en el trastorno límite de la personalidad. Similitudes y diferencias con la esquizofrenia y el trastorno bipolar

Characteristics of hallucinations in borderline personality disorder. Similarities and differences with schizophrenia and bipolar disorder

Verónica Grasso¹, Daniel Sotelo²

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.549>

Resumen

La psicosis puede ser considerada una dimensión que en su extremo de mayor gravedad puede expresarse con alteraciones en la sensopercepción, principalmente alucinaciones. Su presencia es un hecho que se constata con frecuencia en patologías psiquiátricas severas como la esquizofrenia (EZQ) y el trastorno bipolar (TB) donde pueden ser marcadores de gravedad. No obstante, las alteraciones sensoperceptivas no son patognomónicas de estos trastornos ni señalan ninguna de estas enfermedades como un hecho aislado. Dicha sintomatología puede ser descrita en diversas situaciones dentro y fuera de la psicopatología. En este sentido, proponer una línea directa entre las alucinaciones con enfermedades tales como la EZQ o el TB desestima su ocurrencia en otras patologías, como es el caso del Trastorno límite de la personalidad (TLP). Es factible que constatemos la expresión de alucinaciones en pacientes con este trastorno y su presencia puede tener connotaciones etiológicas, clínicas y terapéuticas que deben ser revisadas para tener en cuenta en nuestra práctica clínica.

Palabras claves: Síntomas psicóticos, alucinaciones, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, disociación, tratamiento, diagnóstico diferencial

Abstract

Psychosis can be considered a dimension that in its most severe extreme can be expressed with alterations in sensory perception, mainly hallucinations. Their presence is a fact that is frequently observed in severe psychiatric pathologies such as schizophrenia (EZQ) and bipolar disorder (BD) where they can be markers of severity. However, sensory-perceptual disturbances are not pathognomonic of these disorders, nor do they signal any of these illnesses as an isolated event. Such symptomatology can be described in a variety of situations both within and outside psychopathology. In this sense, proposing a direct line between hallucinations and diseases such as CZS or TB disregards their occurrence in other pathologies, as is the case of Borderline Personality Disorder (BPD). It is feasible that we may find the expression of pseudo hallucinations or hallucinations in patients with this disorder and their presence may have etiological, clinical and therapeutic connotations that should be reviewed and taken into account in our clinical practice.

Keywords: Psychotic symptoms, hallucinations, borderline personality disorder, schizophrenia, bipolar disorder, dissociation, treatment, differential diagnosis

RECIBIDO 20/2/2023 - ACEPTADO 5/12/2023

¹Médica psiquiatra. Centro Integrador de Psicoterapias Conductuales y Contextuales (CIPCO). Área de Investigación Clínica, Centro Médico Luquez, Córdoba.

²Médico psiquiatra. Área de Investigación Clínica, Centro Médico Luquez, Córdoba. <https://orcid.org/0000-0001-5175-2163>

Correspondencia:

Verónica Grasso

grasso.veronica@hotmail.com

Daniel Sotelo

danielgsotelo@gmail.com

Lugar donde se realizó la investigación: Centro Médico Luquez, Fundación CIPCO.



Introducción

En diversas patologías mentales ocurren alteraciones de la sensopercepción, entre ellas se encuentran las alucinaciones. Este fenómeno ha tenido diversas maneras de ser descrito, siendo la definición clásica de Morel y Bell del siglo XIX, la que ha encontrado mayor consenso. Estos autores indican que una alucinación es una percepción sin objeto (Monchablon Espinoza y Derito, 2011).

Las alucinaciones son un componente relevante en la fenomenología de la psicosis, pero la equiparación automática entre psicosis (y sus alucinaciones) con la esquizofrenia ha representado un problema (Alonso-Fernández, 1968). *“Las alucinaciones puedan aparecer en los más diversos géneros de trastornos psíquicos, que su condicionamiento también es diverso, que su modo de vivencia varía ampliamente de unos casos a otros y que el fondo psíquico de las vivencias alucinatorias dista mucho de atenerse a un patrón estándar”* (Monchablon Espinoza y Derito, 2011). Es decir, las alteraciones sensoperceptivas pueden encontrarse en un amplio espectro de trastornos psiquiátricos, por lo tanto, no son variables fenomenológicas que aparezcan únicamente en patologías como la EZQ o el Trastorno Bipolar (TB). Es posible que sucedan en otros cuadros y que, en determinadas circunstancias, no formen parte de la psicopatología. Algunos fenómenos alucinatorios y delirantes de la niñez y adolescencia pueden tener un carácter transitorio e incluso, los que persisten, no siempre revisten carácter psicopatológico (Water & Fernyhough, 2017; McKay et al., 2021). En poblaciones sin psicopatología, las alteraciones sensoperceptivas visuales son las que se observan con mayor frecuencia. (Hanssen et al., 2003; Wilson et al., 2006; Nuevo et al., 2012). En cuanto al espectro clínico, es frecuente que ocurran fenómenos alucinatorios en pacientes con TLP (Belohradova et al., 2022).

Los objetivos del presente trabajo son: a) realizar una descripción fenomenológica de las alteraciones sensoperceptivas que contribuya a la diferenciación del TLP con la EZQ y el TB, b) describir posibles factores etiológicos asociados a su emergencia, y c) establecer lineamientos terapéuticos generales para el grupo de pacientes con TLP y alucinaciones.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática utilizando la base de datos Google Scholar para buscar artículos publicados entre 1968 hasta la actualidad, utilizando las siguientes palabras claves: “Síntomas psicóticos”,

“alucinaciones”, “trastorno límite de la personalidad”, “esquizofrenia”, “trastorno bipolar”, “disociación”, “tratamiento”, “diagnóstico diferencial”. La búsqueda con estos parámetros arrojó 2020 artículos, de los cuales se excluyeron 1738, por no ser artículos de revisión. Dicha selección determinó 282 artículos los cuales fueron revisados y analizados por título y texto completo. De los mismos solo quedaron 8 artículos que fueron incluidos en esta revisión. A su vez, se recuperaron textos adicionales buscados en las listas de referencias de las fuentes primarias y se agregó referencias literarias asociados al tema de búsqueda con los mismos criterios de inclusión y exclusión, quedando 93 artículos. Los textos se recopilaron y se sistematizaron según su relevancia, en total fueron 101 estudios.

Los autores revisaron de manera independiente todos los estudios seleccionados. Se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos identificados y luego, los textos completos considerados más relevantes. Se decidió que los trabajos cumplieran criterios de elegibilidad si abordaban las características fenomenológicas de las alucinaciones en la EZQ, el TB y TLP o las diferencias entre alguno de ellos o entre todos ellos.

Se incluyeron artículos sin límites en el idioma. Se incluyeron estudios de adultos y adolescentes donde se evaluaron las características y/o diferencias de las alucinaciones en la EZQ, el TB y TLP.

Fueron excluidas publicaciones no revisadas por pares, reportes de casos, cartas u opiniones de autores, resúmenes de congresos, trabajos de tesis o disertación, artículos de divulgación, comentarios de editoriales y estudios en modelos animales.

Resultados

Trastorno límite de la personalidad: pasado y presente

El TLP representa un desafío para pacientes, familias y sistemas de salud. Sus costos son elevados, del mismo modo que la presencia de comorbilidades somáticas y aumento de la mortalidad relacionado a problemas con el cuidado de la salud y al suicidio (Jacobi et al., 2021). Estos resultados resaltan la importancia de profundizar en el conocimiento de este cuadro y proporcionar a los pacientes no solo una adecuada prevención y tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico, sino también somático. La mejora de la atención para los pacientes que ya se encuentran en tratamiento, del mismo modo que la creación de nuevos establecimientos y servicios especializados e interdisciplinarios es necesaria para mejorar el acceso a la salud para personas con TLP.

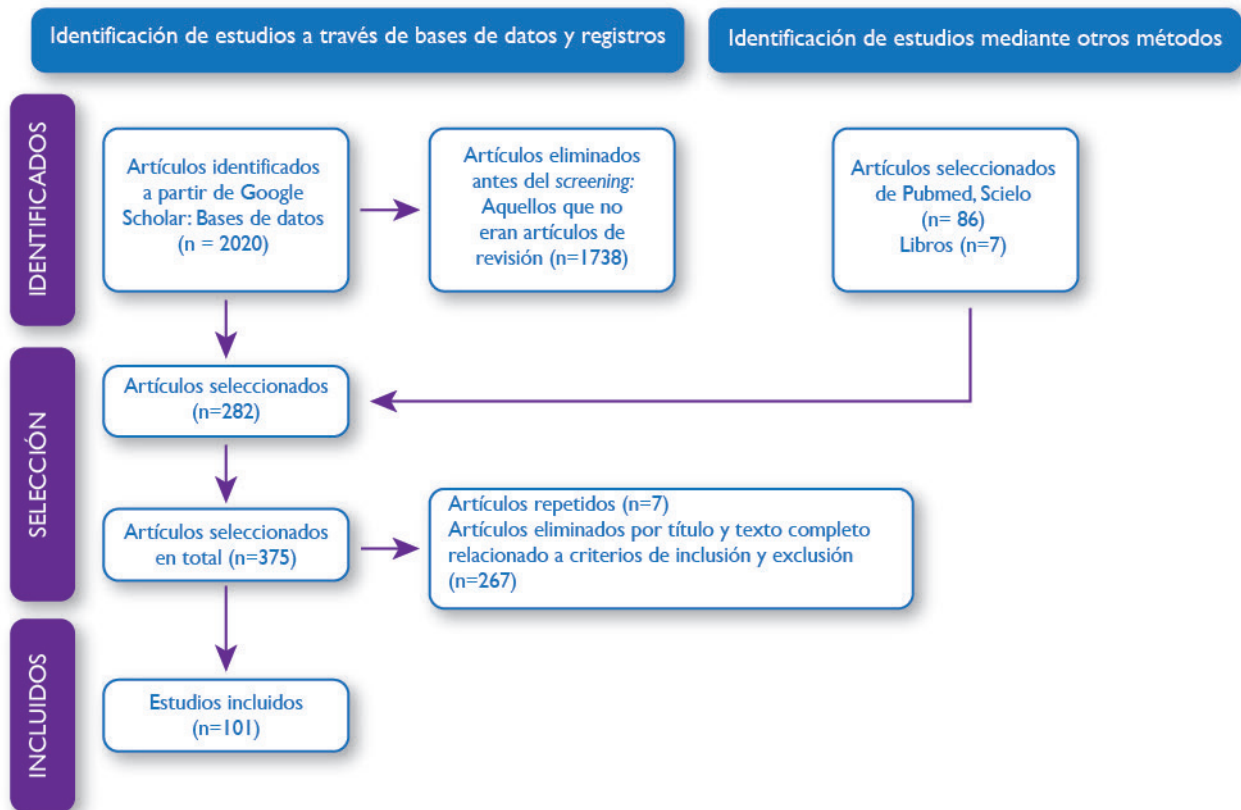
Figura 1. Diagrama de flujo de la bibliografía fuente seleccionada

Diagrama de flujo de selección de estudios de los Elementos de información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA)

En 1835, Prichard describió el cuadro que hoy se denomina TLP como una “perversión mórbida de emociones, afectos y capacidades de alucinaciones y delirios con facultades mentales indemnes”, hablando de una “locura moral” (Matusevich et al., 2010). Por otro lado, la palabra *borderline* fue utilizada por primera vez por Hughes en 1884, para definir un cuadro que no podía ser asignado con seguridad dentro de los conceptos de neurosis ni de psicosis (Conti & Stagnaro, 2004). Su ingreso como trastorno límite de la personalidad en los textos clasificatorios categoriales fue en 1980, con el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico, tercera edición) (Matusevich et al., 2010; Belohradova Minarikova et al., 2022).

En cambio, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud lo incluyó recién en 1992 en la 10ª edición, bajo el subtipo de trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, pero sin aludir a la experimentación de síntomas psicóticos (World Health Organization, 1992). En la 11ª edición de la CIE se adoptó una evaluación multidimensional del TLP, incluyendo “síntomas disociativos transitorios o signos psicóticos en si-

tuaciones de elevada excitación afectiva” (Minarikova et al., 2022). En el caso del DSM, la inclusión de los síntomas psicóticos se produjo en la cuarta edición, cuando fueron incorporados también como “síntomas disociativos severos” o “ideaciones paranoicas relacionadas con el estrés transitorio” (American Psychiatric Association, 1994).

Actualmente, dentro de los criterios diagnósticos del DSM 5 para TLP se incluyen diversas áreas afectadas, entre ellas la identidad, asociado a la autoimagen y el sentido del yo, la afectividad, el funcionamiento interpersonal y el control de los impulsos, que pueden llegar a cuadros de gran intensidad desencadenando conductas autolesivas o intentos de suicidio (American Psychiatric Association, 2014). El criterio número nueve indica que, durante periodos de estrés extremo, puede aparecer sintomatología psicótica como ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización). En tanto, las alucinaciones sólo son tenidas en cuenta como aspectos asociados al diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014), ubicándolas como expresiones accesorias y marginales y no definidas como un criterio para el diagnóstico (Me-

rett et al., 2022). Es decir, aunque no sean consideradas parte de los síntomas que definen el cuadro, dentro de los aspectos asociados, las personas con TLP podrían experimentar alucinaciones (distorsiones de la imagen corporal, fenómenos hipnagógicos), de manera transitoria, durante los momentos de estrés y como respuesta a un abandono real o imaginario del entorno (American Psychiatric Association, 2014). El hecho de que no formen parte de las manifestaciones principales podría determinar que el número de estudios sobre el tema no sea considerable (Niemantsverdriet et al., 2017).

Este hecho podría generar confusión en cuanto a la construcción sindrómica del TLP y contribuir a la asociación de las alucinaciones con otros cuadros, cuando no excluirlo dentro de las posibilidades diagnósticas. Las consecuencias de este mecanismo exceden a la teoría y puede llevar a repercusiones negativas, tales como instaurar un tratamiento inadecuado e incluso perjudicial para algunos pacientes (Merrett et al., 2022).

Psicosis

La psicosis es un síntoma común y funcionalmente perturbador de muchas afecciones psiquiátricas, del neurodesarrollo, neurológicas y médicas (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 2000; Arciniegas, 2015; Griswold, 2015).

A lo largo de los años su conceptualización pasó de tener el eje en la limitación funcional, la deficiencia grave del criterio de realidad o la pérdida de los límites del ego (Arciniegas, 2015) con relativa independencia de sus causas (American Psychiatric Association, 2000) hacía propuestas más sintomáticas, debido a que la falta de definiciones tornaba al concepto de psicosis demasiado ambiguo e inclusivo (Arciniegas, 2015).

Actualmente la idea de psicosis es más restringida y centrada sobre síntomas observables externamente, con relación a la expresión o el comportamiento lo que produjo una mejoría en la fiabilidad diagnóstica (Bürgy, 2008).

Aún sin una definición unificada, se considera que los delirios, las alucinaciones y trastornos del pensamiento son las características clínicas centrales, siempre que resulten en algún grado importante de distorsión de la realidad (Gaebel & Zielasek, 2015).

En cuanto a las alucinaciones, en tanto percepciones en ausencia de estímulos externos o somáticos, con carencia de introspección sobre la naturaleza alucinatoria de estas experiencias, constituyen factores productores de alteración de la realidad y establecen, en esos términos, la presencia de psicosis.

Asimismo, la psicosis puede considerarse un espectro, y encontrarse tanto en poblaciones sin psicopatología como en personas que padecen trastornos mentales severos (van Os et al., 2009; McKay et al., 2021; Coughlan et al., 2022). Por lo tanto, más que indicar presencia o ausencia de patología, podría ser un marcador de gravedad (Loch, 2019).

Alucinaciones

La presencia de alteraciones sensorio-perceptivas representa un área de entrecruzamiento sintomático (Tschoeke et al., 2014) y un desafío clínico y terapéutico, ya que muchas veces puede conducir a errores diagnósticos, sobre todo hacia la EZQ y otros trastornos psicóticos (Beatson, 2019; Merrett, 2022).

Este fenómeno podría ser consecuencia, al menos en parte, del afán de simplificar la identificación de esta patología a través de los síntomas de primer orden propuestos por Kurt Schneider en 1939 (Tschoeke et al., 2014; Peralta & Cuesta, 2020). Estos síntomas, aún prevalecen en los sistemas de clasificación bajo la denominación de síntomas positivos (Am. Psychiatr. Assoc., 2014; Peralta & Cuesta, 2020) siendo que otros dominios sintomáticos, como los negativos o cognitivos, los preceden y son más determinantes en los resultados y la evolución de los pacientes (Kahn & Keefe, 2013). Además, si bien la EZQ puede cursar con fenómenos alucinatorios con frecuencia, estos también se evidencian en cuadros como el TB, el trastorno de estrés postraumático y el TLP (Barnow et al., 2010; Toh et al., 2015; Clifford et al., 2018).

En tal sentido, la búsqueda de caracteres que permitan mejorar la precisión diagnóstica es primordial para discriminar cuadros que pueden coincidir en la presencia de alucinaciones, pero son profundamente diferentes en evolución y tratamiento (Beatson, 2019).

Alucinaciones y trastornos mentales severos (TMS)

Los trastornos mentales severos son aquellos que se caracterizan por un alto deterioro psicosocial y un aumento de la morbimortalidad (Jacobi et al., 2021). Comúnmente son incluidas en este grupo la EZQ, el TB y el trastorno depresivo mayor (Jacobi et al., 2021; Fornaro et al., 2022). Dentro de este grupo de patologías graves, los pacientes que padecen esquizofrenia y trastorno bipolar son aquellos que experimentan alucinaciones con mayor frecuencia (Baethge et al., 2005).

Este hecho podría contribuir a que la posibilidad del diagnóstico de TLP sea subestimado frente a la presencia de fenómenos alucinatorios.

Alucinaciones en TLP y esquizofrenia

El TLP y la EZQ pueden tener similitudes, pero también grandes diferencias y es fundamental realizar la distinción diagnóstica.

Como fue mencionado, entre las patologías donde frecuentemente tienen lugar las alteraciones de la sensopercepción se encuentra la EZQ (Waters & Fernyhough, 2017). A diferencia del TLP y el TB, su presencia se tiene en cuenta como los criterios principales para su diagnóstico (Am. Psychiatr. Assoc., 2014).

En cuanto a los fenómenos alucinatorios en el TLP, su prevalencia puede ubicarse en una zona intermedia. Es frecuente en esta población, pudiendo llegar a un 43 % de los pacientes (Niemantsverdriet et al., 2017) es decir, mayor que en la población general, pero menor que en la EZQ (Wilson et al., 2006; Nuevo et al., 2012). Las alteraciones sensoperceptivas que suceden con más frecuencia en TLP son las auditivas (Kingdon et al., 2010; Tschoeke et al., 2014; Calveti et al., 2021; Slotema et al., 2017; Belohradova Minarikova et al., 2022) siendo similares a las que experimentan los pacientes que padecen EZQ (Belohradova Minarikova et al., 2022). De este modo, la modalidad sensorial no parece ofrecer un rasgo de distinción, ya que las alucinaciones en el TLP poseen características similares a los síntomas llamados de primer orden (Zanarini et al., 2004; Kelleher et al., 2017; Beatson, 2019).

En el TLP, los síntomas psicóticos se han descrito habitualmente como de corta duración, menos graves y cualitativamente diferentes de los de trastornos psicóticos como la EZQ (Belohradova et al., 2022), sin embargo, es posible que algunas veces las alucinaciones auditivas experimentadas por estos pacientes, tengan características de estabilidad y persistencia (Pearse et al., 2014; Slotema et al., 2019; Merrett et al., 2022), no considerándolas siempre como fugaces o solamente desencadenadas por el estrés (Chopra & Beatson, 1986; Zanarini et al., 1990; Merrett et al., 2022).

En ambos grupos de pacientes se comparten características de localización, número, volumen, persona o la convicción sobre la omnipotencia y/o malevolencia de las voces. Estas voces, pueden oírse tanto dentro como fuera de la cabeza, ser únicas o múltiples y expresarse en segunda o tercera persona (Hepworth et al., 2013; Tschoeke et al., 2014).

En resumen, las alucinaciones auditivas en ambos trastornos son fenomenológicamente similares (Kingdon et al., 2010; Larøi et al., 2012; Slotema et al., 2012; Pearse et al., 2014; Belohradova Minarikova et al., 2022). Es posible que la presencia de alucinaciones auditivas en el TLP constituya un marcador de gra-

vedad ya que los sujetos que padecen TLP sin niveles elevados de antecedentes traumáticos infantiles, no suelen experimentarlas (Beatson, 2019). Además, las alucinaciones auditivas en estos pacientes se vinculan a un aumento de intentos de suicidio (Kelleher et al., 2017; Cavelti et al., 2021), hospitalizaciones más frecuentes, periodos más breves entre crisis (Furnes et al., 2019; Cavelti et al., 2021), mayor número de criterios de TLP cumplidos y mayor comorbilidad psiquiátrica (Niemantsverdriet et al., 2017; Calveti, 2021).

Por lo tanto, se debe evitar la noción que los fenómenos alucinatorios son expresiones menores de la psicopatología. Los términos pseudoalucinaciones, episodios psicóticos breves no sistematizados o ficticios o alucinaciones pseudopsicóticas (Merret et al., 2022) solo relativizan su significancia clínica y exponen a los pacientes a que su malestar no sea valorado en su real dimensión.

Si la frecuencia o la fenomenología de las alucinaciones no permiten discriminar estas condiciones, la búsqueda debe basarse en otros aspectos de la psicopatología. Entre ellas podría contarse la repercusión emocional. Cuando ocurren en pacientes con TLP suelen generar más angustia (Hepworth et al., 2013). Se ha observado que gran parte del contenido alucinatorio se relaciona con un abuso verbal dirigido al propio paciente, lo que podría reactivar experiencias traumáticas (Hepworth et al., 2013; Niemantsverdriet et al., 2017) y que, además, los pacientes se sienten más controlados por las voces (Yee et al., 2005; Tschoeke et al., 2014; Slotema et al., 2017; Wearne et al., 2017).

Las características del pensamiento también pueden exhibir particularidades en cada caso. En la EZQ, suele ser más desorganizado y su contenido adquiere un tinte bizarro. Por el contrario, en el TLP, la desorganización no es común. En cuanto al contenido, en aquellos pacientes con TLP en ausencia de un trastorno psicótico comórbido, es posible la presencia de ideas delirantes, pero sin síntomas negativos o desorganizados (Bobes et al., 2010). El contenido paranoide es mucho menos frecuente en el TLP que en la EZQ y puede ser vinculado a antecedentes traumáticos (Kingdon et al., 2010; Tschoeke et al., 2014).

El retraimiento social es otro aspecto a evaluar. Puede observarse en ambos grupos de pacientes, pero en la EZQ es más común, principalmente como manifestación propia de sus síntomas negativos, mientras que, en el TLP, cuando ocurre, puede estar ligado a un antecedente traumático que provoca suspicacia y evitación social como modo de autocuidado (Tschoeke et al., 2014).

En definitiva, la diferencia en la prevalencia y la fenomenología de las alucinaciones no parece ser tan amplia entre la EZQ y el TLP. Si es posible que la repercusión subjetiva sea mayor en los pacientes con trastorno límite y que, en estos pacientes ocupen el extremo de mayor gravedad del arco sintomático, dado, justamente, por su frecuencia, su repercusión y por la dificultad en ser controladas (Johns et al., 2014).

En los pacientes con EZQ predomina el pensamiento desorganizado, los contenidos bizarros y los síntomas negativos mientras que son más características del TLP los antecedentes de experiencias traumáticas infantiles y los fenómenos disociativos (Tschoeke et al., 2014).

Alucinaciones en TLP y TB

La diferenciación entre TLP y TB suele ser muy difícil. Ambos cuadros poseen manifestaciones comunes como la inestabilidad afectiva, la impulsividad y los episodios de depresión (Paris et al., 2007; Parker et al., 2022). Incluso se ha sugerido que el TLP podría ser una forma atípica de trastorno del estado de ánimo, considerándola dentro de un espectro bipolar debido a la frecuente comorbilidad (Paris et al., 2007; Herbst, 2010). Además, debe también considerarse la co-ocurrencia entre ambas patologías, por lo que el problema no se remite solo a diferenciar entre uno y otro, sino tener en cuenta la opción de su presencia en simultáneo (Bayes & Parker, 2017).

En cuanto a los síntomas psicóticos, su presencia es muy frecuente en el TB. En este trastorno, caracterizado por episodios crónicos recurrentes de manía (o hipomanía) más de la mitad de los pacientes los experimentan, particularmente durante sus estados maníacos (Paykel, 2007; Dunayevich et al., 2000; Burton et al., 2018; Carvalho et al., 2020). Dentro de estos síntomas, al igual que en EZQ y TLP, las alucinaciones suceden a predominio de la modalidad sensorial auditiva, aunque percibidas con menor certeza subjetiva que en la esquizofrenia (Dunayevich & Keck, 2000; Burton et al., 2018).

Al igual que lo que acontece con EZQ, resulta complejo identificar diferencias significativas en las alteraciones sensorio-perceptivas entre TB y TLP (Beatson, 2019). En ese sentido, puede ser de utilidad estimar posibles condicionantes asociados a la aparición de estos síntomas. En pacientes con TLP juegan un rol importante los estresores de la vida diaria. Por lo tanto, pueden tener un carácter más transitorio y vinculado a tales circunstancias (Herbst, 2010). En el TB, por otro lado, pueden surgir independientes del entorno,

en cualquier fase de la patología, e incluso perdurar como manifestaciones leves y residuales (Herbst, 2010; Nehme et al., 2018). Más allá de las características de las alucinaciones en uno y otro contexto, la distinción tal como ocurre con la EZQ, requiere de la observación de otras áreas.

La inestabilidad afectiva está presente en ambos cuadros. En el TLP, suele durar unas horas o raramente unos días, es dependiente de situaciones del entorno, especialmente conflictos interpersonales, habiendo un alto nivel de evitación al daño y el dolor, a diferencia del TB, donde no se modifican en gran medida por factores estresantes del medio (Paris et al., 2007; Gras et al., 2014). Los cambios del humor en TB suelen ser diferentes de los que caracterizan al TLP. Se observan pasajes de depresión a euforia, mientras que en el TLP los cambios suelen dirigirse desde eutimia a ira y la euforia es rara (Paris et al., 2007).

La impulsividad, también presente en ambos casos, puede tener un perfil desigual. Las acciones impulsivas en el TB tienden a ser más episódicas, mientras que el TLP se caracteriza por un patrón más severo en el que se utilizan gestos suicidas recurrentes y autolesiones para reducir la angustia (Paris et al., 2007; Eskander et al., 2020).

Por otro lado, el ánimo elevado propio de los TB (vs la reactividad anímica a los factores estresantes interpersonales del TLP), las características de elevada heredabilidad y mayor respuesta al tratamiento farmacológico son más sugerentes de TB que de TLP (Román et al., 2016). Lo inverso ocurre con los antecedentes de traumas infantiles, más comunes en el TLP que en el TB, del mismo modo que el TLP muestra menor heredabilidad y una mejor respuesta a la psicoterapia con relación a la psicofarmacoterapia (Román et al., 2016).

Discusión

Síntomas psicóticos como indicadores de gravedad

La presencia de alteraciones sensorio-perceptivas en el TLP es un hecho frecuente que posee relevancia clínica. Su posible vínculo con experiencias o vivencias traumáticas tempranas (Armstrong et al., 1997; Spiegel et al., 2011) podría señalar un grupo de pacientes o un subgrupo de la patología de mayor severidad, ya que se asocia a un incremento en la probabilidad de conductas suicidas, cantidad de internaciones y peor pronóstico en general (Slotema et al., 2017; Beatson, 2019). Por lo tanto, en este grupo de pacientes, el hallazgo de alucinaciones puede constituirse en un mar-

gador de severidad y, en ese sentido, ayudar a identificar sujetos que pueden requerir una atención y un cuidado particular.

Consideraciones etiológicas

La disociación puede definirse como una alteración y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, las emociones, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento (American Psychiatric Association, 2013) y puede estar presente en una amplia gama de situaciones dentro y fuera de la psicopatología (Spiegel et al., 2013). Una de sus formas implica centrarse sobre un aspecto de las experiencias y bloquear otros (Spiegel et al., 2013). Luego del propio trastorno de identidad disociativo y del TEPT, el TLP es el cuadro donde con mayor frecuencia se observan estos fenómenos (Spiegel et al., 2013). Se sugiere que en la aparición de las alucinaciones que se producen en pacientes con TLP se encuentra involucrado este mecanismo (Foote & Park, 2008).

La comorbilidad entre los trastornos disociativos y el TLP es frecuente y este cuenta a los síntomas disociativos entre sus criterios diagnósticos (Sar et al., 2006), siendo una característica central y frecuente (Krause-Utz, et al., 2021). Tanto en los trastornos disociativos como en el TLP, se observan elevadas tasas de trauma infantil (Sar et al., 2006). Es probable que gran parte de las alucinaciones presentes en el TLP tengan un origen disociativo y que se relacionen con eventos traumáticos (Beatson, 2019). Su presencia se vincula a una mayor severidad en los síntomas presentes y en los antecedentes de experiencias traumáticas. (Vonderlin et al., 2018; Krause-Utz et al., 2021; Tschoeke et al., 2021).

Es posible que las adversidades y las situaciones traumáticas de la infancia, principalmente el abuso emocional, puedan relacionarse con el desencadenamiento de alucinaciones en los pacientes con TLP (Tschoeke et al., 2014; Varese et al., 2012; Slotema et al., 2017).

Las puntuaciones de los traumas infantiles se correlacionan positivamente tanto con la escucha de voces como con la disociación y el nivel de disociación se correlaciona con las voces escuchadas por primera vez antes de los 18 años (Tschoeke et al., 2014). La observación del vínculo entre TEPT y disociación puede sustentar la hipótesis de alucinaciones producto de este mecanismo. En el TEPT son comunes los síntomas disociativos, las alteraciones sensorio-perceptivas y conductas autodestructivas (Spitzer et al., 2015). Esta vía de producción se puede correlacionar con el hecho

de que casi dos tercios de los pacientes que presentan TLP tienen trastorno de estrés postraumático (Sansone et al., 1995), asociándose las alucinaciones auditivas con mayores tasas de prevalencia de este trastorno comórbido (Ha et al., 2015); esta observación adquiere mayor fortaleza en el hecho de que, como contrapartida, aquellos pacientes con TLP sin niveles elevados de trauma infantil no experimentan alucinaciones auditivas (Foote & Park, 2008).

Además del trauma que significa la exposición temprana a situaciones adversas, entre ellas el abuso sexual, en el TLP las dificultades con el apego y la falta de atención y cuidado parental determinan la emergencia de manifestaciones que exceden los límites del TEPT (Brand et al., 2014) y que incluyen otras expresiones psicopatológicas. El trauma puede producir efectos a nivel conductual, emocional, fisiológico y las circunstancias estresantes posteriores pueden experimentarse como una reactivación de eventos traumáticos precoces, generando síntomas anímicos, somatizaciones, comportamiento compulsivos y síntomas fóbicos, los mismos presentes como características de pacientes con diagnóstico de TLP (Sar et al., 2006; Bozzatello et al., 2021). Es probable que los síntomas disociativos sirvan como herramienta para suprimir los pensamientos desagradables que pueden estar presentes como consecuentes de eventos traumáticos. Se ha considerado que actúan como una estrategia reguladora entre las emociones negativas intensas y los síntomas del TLP (Sar et al., 2006).

Considerar a la disociación como un mecanismo relacionado a los fenómenos alucinatorios en el TLP puede aportar para el diagnóstico diferencial con otros cuadros que cursan con alteraciones de la sensorio-percepción. Una de las características, justamente, de las alucinaciones auditivas que experimentan los individuos con TLP es que se encuentran más relacionadas a la existencia de recuerdos de experiencias traumáticas (Susuki et al., 1998; D'Agostino et al., 2019).

Es probable que la consideración de una etiología fuertemente relacionada a experiencias traumáticas y disociación, puedan aportar una clave a la hora de distinguirlas de las que ocurren en la EZQ y el TB donde este mecanismo carece de una evidencia considerable.

Consideraciones terapéuticas

Es importante remarcar que en el abordaje del TLP, las intervenciones que reúnen mayor evidencia de eficacia son las psicoterapéuticas, por lo que la psicoterapia es la primera línea de tratamiento (Kulacaoglu et al., 2018). La psicofarmacoterapia puede ser beneficiosa utilizada

con criterio y de forma sintomática y conjunta a la terapia (Román et al., 2016), se ha demostrado la eficacia de la medicación dirigida a los síntomas (Ingenhoven et al., 2010; Kulacaoglu et al., 2018) aunque en la actualidad no existe ningún tratamiento psicofarmacológico que haya logrado la aprobación en TLP.

Dentro de las psicoterapias que se consideran efectivas, basadas en la evidencia, se encuentra la Terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia dialéctica conductual (DBT), la terapia basada en la mentalización (MBT) (Slotema et al., 2018), la terapia centrada en la transferencia y la terapia centrada en los esquemas (Stoffers et al., 2012; Kulacaoglu et al., 2018), abordajes que establecen la sintomatología de los pacientes como objetivo. Estos puede ir desde precipitantes como sentimientos constantes de amenaza, disminución de los recursos de afrontamiento a disparadores de la vida cotidiana, mayor exposición a situaciones de riesgo e intensa respuesta emocional o bien, la desregulación emocional y las conductas impulsivas asociadas a sentimientos de vulnerabilidad y reexperimentación de traumas (Bozzatello et al., 2021).

Estas modalidades terapéuticas coinciden en presentar un manual estructurado que apoya al terapeuta, fomenta un compromiso terapéutico activo por parte del paciente, promueve su validación y una alianza terapéutica sólida como sostén del tratamiento (Kulacaoglu et al., 2018). El procesamiento emocional, en particular la creación de conexiones sólidas entre actos y sentimientos y la psicoeducación sobre las motivaciones del malestar son primordiales (Kulacaoglu et al., 2018). Las herramientas que se ponen a disposición se dirigen a reducir las conductas de riesgo, las conductas autolesivas, los días de hospitalización, y el riesgo suicida (Slotema et al., 2018). Particularmente con el tratamiento DBT, estudios clínicos evaluaron una disminución de las conductas autolesivas, disminución de los intentos de suicidio y de la necesidad de hospitalización (23 % frente a 46 %) en comparación con las pacientes que recibieron tratamiento comunitario (Kulacaoglu et al., 2018).

No obstante, la investigación sobre la efectividad de las psicoterapias en aquellos pacientes que presentan alteraciones sensorio-perceptivas es escasa (Slotema et al., 2018).

La posible naturaleza disociativa de las alucinaciones del TLP es relevante para la toma de decisiones terapéuticas. Cuando este mecanismo no es el presuntamente involucrado, como en el caso de la EZQ o el TB, es probable que la primera indicación sea la farmacoterapia. A la inversa, las intervenciones de psi-

coterapia son la primera opción en los casos donde la disociación promueve las experiencias alucinatorias (Beatson et al., 2019). Sin embargo, los casos de TLP con síntomas disociativos pueden representar un desafío mayor para el tratamiento y no encontrar beneficios en determinadas técnicas, por ejemplo, las psicodinámicas (Krause-Utz, 2022).

Las intervenciones de psicoterapia muestran evidencia de efectividad, incluso, en los casos más severos, tales como aquellas pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil, TLP y TEPT (Bohus et al., 2020).

En cuanto a la disociación, en general, la DBT es un enfoque de tratamiento por etapas. Este tratamiento busca mejorar la regulación de las emociones, la atención plena y las habilidades de eficacia interpersonal. La disociación se aborda en una primera etapa previo a la exposición, ya que su presencia puede tener impacto negativo en los resultados, al inhibir el aprendizaje emocional interfiriendo en el proceso psicoterapéutico (Brand et al., 2014). Un objetivo de la psicoterapia centrada sobre las alucinaciones asociadas a mecanismos disociativos, como en el TLP o en el TEPT, es que el paciente, en vez de revivir las experiencias, realice un reprocesamiento y pueda, en su lugar, recordarlas (Lanius, 2015). Esto se puede lograr a través del establecimiento de una relación terapéutica que ofrezca seguridad al paciente y realizar ejercicios de Conciencia plena, promoviendo la regulación emocional, el fortalecimiento y la tolerancia al malestar (Lanius, 2015). Será importante generar atención plena en el momento presente, sobre todo, cuando las alucinaciones puedan tener un carácter ofensivo y/o, simultáneamente, sobre el origen pretérito de la percepción (Kearney et al., 2013).

En cuanto a la evidencia de efectividad de las psicoterapias, los síntomas disociativos pueden abordarse con intervenciones de DBT adaptadas, lo que implica una focalización y un seguimiento estrecho en estas manifestaciones (Bohus et al., 2013; Kleindienst et al., 2021; Krause Utz, 2022). De la misma manera, aquellos tratamientos con evidencia en TLP como la propia terapia dialéctica comportamental, el tratamiento basado en la mentalización, la terapia centrada en esquemas o la psicoterapia centrada en la transferencia, pueden mejorar los síntomas disociativos directa o indirectamente a través del manejo de la desregulación o los problemas de identidad (Krause Utz, 2022). Del mismo modo, es posible que estas intervenciones que se centran en los hechos traumáticos puedan combinarse con otras terapias, como la terapia de exposición (Cloitre et al., 2010);

Harned et al., 2014) en busca de mejores resultados. La combinación de terapia de exposición agregada a DBT ha demostrado niveles de efectividad mayor, mayor estabilidad en los resultados e, incluso, mejoría en los síntomas disociativos que la DBT sin terapia de exposición (Harned et al., 2014), por lo que el abordaje combinado debería considerarse para este grupo de pacientes con psicopatología más severa.

Otras terapias como la terapia centrada en el esquema es una forma de TCC que incluye entrenamiento en habilidades o la educación familiar puede usarse como complemento de otras terapias para el tratamiento del TLP (Kulacaoglu et al., 2018), aunque en ningún caso cuentan con evidencia específica para pacientes con TLP que experimentan alucinaciones.

De acuerdo con la bibliografía, la psicofarmacoterapia en el TLP ocupa un espacio limitado dentro de las intervenciones posibles. En el caso de que las manifestaciones severas, tales como desregulación afectiva, descontrol impulsivo-conductual o síntomas perceptivos, sean persistentes, debería indicarse un tratamiento farmacológico centrado en los síntomas, adyuvante a la psicoterapia (Gunderson et al., 2018). Dosis bajas de antipsicóticos podrían tener mayor utilidad que los antidepresivos o los estabilizadores del ánimo sobre los síntomas cognitivos y perceptivos, tales como las manifestaciones disociativas, las ideas paranoides o las alucinaciones (Ingenhoven et al., 2010; Kulacaoglu et al., 2018). La impulsividad y la agresividad podrían responder mejor a los estabilizadores como lamotrigina, topiramato, valproato o litio. Particularmente el litio podría ser útil en el manejo de la conducta suicida (Ingenhoven et al., 2010; Kulacaoglu et al., 2018).

Sin embargo, además de la efectividad hay que tener en cuenta los efectos adversos y su impacto en el tratamiento. Se observa una importante tasa de abandono debido a efectos adversos, entre ellos los más comunes fueron el aumento del apetito, la sedación, la sequedad de boca y el aumento de peso (Slotema et al., 2018).

Sin embargo, la psicofarmacoterapia no es la base del tratamiento y debería prescribirse para los síntomas de los trastornos concurrentes durante un breve periodo de tiempo (National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2009).

Dado que los pacientes con TLP sufren una morbilidad y mortalidad considerables, suponen un reto terapéutico. Es importante tener en cuenta las comorbilidades psiquiátricas que ocurren en los pacientes con TLP, que son muy frecuentes. Los trastornos concurrentes del estado de ánimo y de ansiedad, y el trastorno por

uso de sustancias deben ser evaluados y tratados de acuerdo con los lineamientos y recomendaciones. Por motivos de seguridad y mayor eficacia clínica, en estos casos, la decisión del fármaco a prescribir es prioritario para estos cuadros, respecto del abordaje farmacológico del TLP (Kulacaoglu et al., 2018).

Uno de los aspectos más destacados para profundizar los esfuerzos y promover el diagnóstico diferencial de las alucinaciones del TLP de las que ocurren en la EZQ o el TB es que, en estos casos, el tratamiento con antipsicóticos puede ocupar un lugar privilegiado y prolongarse por largos periodos de tiempo, cuando no son indefinidos.

Siendo la psicoterapia el tratamiento con mayor evidencia, es necesario que los profesionales que asistan a los pacientes con esta patología estén familiarizados con el manejo de sus herramientas, además de las farmacológicas (Niemantsverdriet et al., 2017).

En resumen, el tratamiento del TLP es multimodal. La psicoterapia es el tratamiento de primera línea y la farmacoterapia complementaria centrada en los síntomas es esencial. Deben evaluarse los trastornos psiquiátricos comórbidos. Una alianza terapéutica positiva con el paciente y la familia, así como la psicoeducación sobre la naturaleza del trastorno, son útiles para mantener el tratamiento (Kulacaoglu et al., 2018).

La importancia de las alucinaciones en el TLP

La presencia de alucinaciones no define por sí mismas ningún diagnóstico. Elevarlas al rango de patognomónicas de cualquier condición solo puede conducir a confusión y errores. Su habitual asociación con patologías como la EZQ (teniendo en cuenta que los clásicos síntomas de primer orden que han sido vinculados a dicha enfermedad casi de forma excluyente) puede determinar un verdadero sesgo. Es frecuente la presencia de alucinaciones en el TLP.

El TLP representa un desafío para pacientes, familias, terapeutas y sistemas de salud debido a sus elevados costos y a las frecuentes comorbilidades, tanto psiquiátricas como somáticas y al aumento de la mortalidad.

Si bien los manuales de clasificación consideran a las alucinaciones como expresiones accesorias del diagnóstico, la frecuencia con la que se experimentan alucinaciones en estos pacientes requiere que se realice cuidadoso proceso de diagnóstico diferencial con otros cuadros donde ocurran alteraciones de la sensoropercepción.

Las alucinaciones que ocurren en pacientes con TLP y EZQ son fenomenológicamente similares, por lo que las diferencias deben buscarse en otras áreas.

En pacientes con TLP la repercusión emocional es más intensa y remite a experiencias traumáticas. Es infrecuente en estos pacientes la desorganización del pensamiento, el contenido bizarro, los síntomas negativos y el retraimiento social, más indicativos de EZQ.

Además de compartir dominios sintomáticos como la inestabilidad afectiva, la impulsividad y episodios de depresión, la ocurrencia de alteraciones en la sensopercepción es también un área de entrecruzamiento entre ambos trastornos. Es posible que en el TLP estén más vinculadas a circunstancias de estrés y, por lo tanto, sean más transitorias, mientras que en el TB muestran mayor independencia del entorno. El diagnóstico diferencial debe realizarse a través de otras manifestaciones. La inestabilidad en el TLP está más condicionada por situaciones de estrés, principalmente interpersonal, mientras que en el TB son relativamente independientes, variando entre depresión y euforia, en vez de ira, como como sucede en los pacientes con TLP. El patrón de impulsividad también es diferente, más episódica en el TB y más severa, recurrente y con gestos autolesivos en el TLP. La euforia, la mayor heredabilidad y la mejor respuesta a la farmacoterapia es indicativa de TB mientras que los antecedentes de vivencias traumáticas y la mejor respuesta a la psicoterapia sugieren TLP.

La presencia de alucinaciones en pacientes con TLP podría indicar un subgrupo de pacientes con mayor severidad, asociada a elevación de las tasas de intentos autolíticos, de internaciones y a la mayor comorbilidad psiquiátrica, por lo que podrían constituir un marcador de gravedad, señalando sujetos que requieren una especial atención.

Dentro de los mecanismos vinculados a las alucinaciones en el TLP, la disociación es el más estudiado. Los antecedentes de traumas infantiles sustentan esta hipótesis. Hay una correlación entre la intensidad de las experiencias traumáticas infantiles, el nivel de disociación y la presencia de alucinaciones. La disociación podría jugar un papel en la evitación de la reexperimentación de vivencias adversas y dolorosas. La posible base disociativa de los fenómenos perceptivos del TLP podría aportar un elemento de diferenciación con otros cuadros alucinatorios.

En cuanto a la terapéutica, la evidencia coloca en primera línea de tratamiento a las psicoterapias, principalmente terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia dialéctica comportamental (DBT). La psicofarmacoterapia es considerada coadyuvante, sintomática y breve, en lo posible. De todos modos, en el caso

particular de las alucinaciones de los pacientes, los estudios son escasos. Aunque exista evidencia en favor de la utilización principalmente de estabilizadores y antipsicóticos a bajas dosis, la misma no cuenta con aprobación de ninguna autoridad regulatoria. Es importante que los profesionales puedan estar en condiciones de ofrecer con recursos válidos y efectivos para el tratamiento de los pacientes.

Uno de los aspectos más destacados para promover el diagnóstico diferencial de las alucinaciones del TLP vs las que ocurren en la EZQ o el TB es que, en estos el tratamiento psicofarmacológico ocupa un lugar preponderante y puede prolongarse por largos periodos de tiempo, cuando no son indefinidos. La instauración de un tratamiento de larga duración en pacientes con TLP, no solo no tiene indicación, sino que puede empeorar el curso del trastorno.

Por último, ya que la fenomenología de las alteraciones en la sensopercepción no permite establecer diferencias entre la EZQ, el TB y el TLP, es imprescindible, como debiera ser en todos los cuadros psicopatológicos, una minuciosa evaluación clínica, amplia e integral, más allá de cualquier síntoma particular, para poder aspirar a un diagnóstico certero y, como consecuencia, elaborar un plan terapéutico adecuado para los pacientes.

Conclusiones

Las alucinaciones son frecuentes en pacientes con TLP, aunque tradicionalmente han sido más asociadas a trastornos como EZQ y TB. Sus características fenomenológicas no son útiles para establecer diferencias entre estos cuadros, por lo que es necesario profundizar sobre otros aspectos de la psicopatología.

Es importante remarcar que su presencia no determina, pero tampoco descarta, ninguna hipótesis diagnóstica. Cuando ocurren en pacientes con TLP, es posible que señalen un grupo de pacientes con mayor severidad, debido a su vínculo con experiencias traumáticas infantiles y el consecuente mecanismo disociativo que le subyace.

Los pacientes que padecen TLP que en su curso experimenten alucinaciones requerirán, con seguridad, un seguimiento cuidadoso y una dedicada atención, además de intervenciones psicofarmacológicas y, principalmente psicoterapéuticas, que cuenten con evidencia de efectividad.

Agradecimientos: los autores agradecen la valiosa colaboración del Dr. Gustavo Vázquez.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Alonso-Fernández, F. (1968) *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid Paz Montalvo, 1979. (4ª ed., Vol 1, xxiv, 786 p).
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta Edición) DSM-5®*. (pag 645-665).
- Arciniegas D. B. (2015). Psychosis. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(8), 491–497. <https://doi.org/10.1097/00005053-199708000-00003>
- Baethge, C., Baldessarini, R. J., Freudenthal, K., Streeruwitz, A., Bauer, M., & Bschor, T. (2005). Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar disorders*, 7(2), 136–145. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00175.x>
- Barnow, S., Arens, E. A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C., & Lang, S. (2010). Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Current psychiatry reports*, 12(3), 186–195. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0107-9>
- Bayes, A. J., & Parker, G. B. (2017). Clinical vs. DSM diagnosis of bipolar disorder, borderline personality disorder and their co-occurrence. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 259–265. <https://doi.org/10.1111/acps.12678>
- Beatson, J. (2019). Borderline personality disorder and auditory verbal hallucinations. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 548–551. <https://doi.org/10.1177/1039856219859290>
- Beatson, J. A., Broadbear, J. H., Duncan, C., Bourton, D., & Rao, S. (2019). Avoiding Misdiagnosis When Auditory Verbal Hallucinations Are Present in Borderline Personality Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(12), 1048–1055. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001073>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY: International Universities Press, Inc.
- Belohradova Minarikova, K., Prasko, J., Holubova, M., Vanek, J., Kantor, K., Slepceky, M., Latalova, K., & Ociskova, M. (2022). Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 18, 787–799. <https://doi.org/10.2147/NDT.S360013>
- Bobes, J., Arango, C., García-García, M., Rejas, J., & CLAMORS Study Collaborative Group (2010). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 280–286. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04250yel>
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfield, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4), 221–233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 177(12):1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2021). Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 11(11), 2142. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
- Brand, B. L., & Lanius, R. A. (2014). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-13>
- Brown, R. J., Cardeña, E., Nijenhuis, E., Sar, V., & van der Hart, O. (2007). Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics*, 48(5), 369–378. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.369>
- Bürgy, M. (2008). The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1200–1210. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm136>
- Burton, C. Z., Ryan, K. A., Kamali, M., Marshall, D. F., Harrington, G., McInnis, M. G., & Tso, I. F. (2018). Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more "severe" illness? *Bipolar disorders*, 20(1), 18–26. <https://doi.org/10.1111/bdi.12527>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *The New England journal of medicine*, 383(1), 58–66. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1906193>
- Cavelti, M., Thompson, K., Chanen, A. M., & Kaess, M. (2021). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Current opinion in psychology*, 37, 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.003>
- Clifford, G., Dalgleish, T., & Hitchcock, C. (2018). Prevalence of auditory pseudohallucinations in adult survivors of physical and sexual trauma with chronic post-traumatic stress disorder (PTSD). *Behaviour research and therapy*, 111, 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.015>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 167(8), 915–924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Conti, N. A., & Stagnaro, J. C. (2004). Personalidad normal y patológica y trastorno borderline de la personalidad: un enfoque histórico-nosográfico [The normal and pathological personalities and the borderline personality disorder. A nosographic-historical approach]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 15(58), 267–273.
- D'Agostino, A., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2019). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: an update. *Current opinion in psychiatry*, 32(1), 22–26. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000462>
- Dunayevich, E., Sax, K. W., Keck, P. E., Jr, McElroy, S. L., Sorter, M. T., McConville, B. J., & Strakowski, S. M. (2000). Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(2), 134–139.
- Eaton, W. W., Romanosky, A., Anthony, J. C., & Nestadt, G. (1991). Screening for Psychosis in the General Population with a Self-Report Interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 689–693. <https://doi.org/10.1097/00005053-199111000-00007>
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer, S. M., Khan, F., & Jahan, N. (2020). The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus*, 12(8), e9581. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
- Foote, B., & Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Current psychiatry reports*, 10(3), 217–222. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0036-z>
- Fornaro, M., Carvalho, A. F., De Prisco, M., Mondin, A. M., Billeci, M., Selby, P., Iasevoli, F., Berk, M., Castle, D. J., & de Bartolomeis, A. (2022).

- The prevalence, odds, predictors, and management of tobacco use disorder or nicotine dependence among people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 132, 289–303. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.039>
- Furnes, D., Gjestad, R., Mehlum, L., Hodgekins, J., Kroken, R. A., Oedegaard, K., & Mellesdal, L. (2021). Borderline Personality Disorder: What Predicts Acute Psychiatric Readmissions? *Journal of personality disorders*, 35(4), 481–493. <https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.459>
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 9–18. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel>
- Gilman, S. L. (2014). Madness as disability. *History of psychiatry*, 25(4), 441–449. <https://doi.org/10.1177/0957154X14545846>
- Gras, A., Amad, A., Thomas, P., & Jardri, R. (2014). Hallucinations et trouble de personnalité borderline: une revue de littérature [Hallucinations and borderline personality disorder: a review]. *L'Encephale*, 40(6), 431–438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.00>
- Griswold, K. S., Del Regno, P. A., & Berger, R. C. (2015). Recognition and Differential Diagnosis of Psychosis in Primary Care. *American family physician*, 91(12), 856–863.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(5), e457–e464. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08696>
- Hanssen, M. S., Bijl, R. V., Vollebergh, W., & van Os, J. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta psychiatrica Scandinavica*, 107(5), 369–377. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00058.x>
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther*, 55:7–17. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Hepworth, C. R., Ashcroft, K., & Kingdon, D. (2013). Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/cpp.791>
- Herbst, L. (2010). Diagnóstico diferencial entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno bipolar [Differential diagnosis between borderline personality disorder and bipolar disorder]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(91), 294–300.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, 25(1), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Ingenhoven, T., Lafay, P., Rinne, T., Passchier, J., & Duivenvoorden, H. (2010). Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(1), 14–25. <https://doi.org/10.4088/jcp.08r04526gre>
- Jacobi, F., Grafiadeli, R., Volkman, H., & Schneider, I. (2021). Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität [Disease burden of borderline personality disorder: cost of illness, somatic comorbidity and mortality]. *Der Nervenarzt*, 92(7), 660–669. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01139-4>
- Johns, L. C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T. M., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I. E., & Larøi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia bulletin*, 40 Suppl 4(Suppl 4), S255–S264. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu005>
- Kahn, R. S., & Keefe, R. S. (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1107–1112. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.155>
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of traumatic stress*, 26(4), 426–434. <https://doi.org/10.1002/jts.21832>
- Kelleher, I., & DeVlyder, J. E. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder and common mental disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(3), 230–231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185249>
- Kelleher, I., Ramsay, H., & DeVlyder, J. (2017). Psychotic experiences and suicide attempt risk in common mental disorders and borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 212–218. <https://doi.org/10.1111/acps.12693>
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S., Mason, A., Badrakalimuthu, R., Hepworth, C., Read, J., & Mehta, R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 399–403. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e08c27>
- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., & Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(11), 925–936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000687>
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep [Internet]*, 11(1):82–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-009-0013-1>
- Krause-Utz, A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00184-y>
- Krause-Utz, A., Frost, R., Chatzaki, E., Winter, D., Schmahl, C., & Elzinga, B. M. (2021). Dissociation in Borderline Personality Disorder: Recent Experimental, Neurobiological Studies, and Implications for Future Research and Treatment. *Current psychiatry reports*, 23(6), 37. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01246-8>
- Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain sciences*, 8(11), 201. <https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>
- Lanius, R. A. (2015). Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. *European journal of psychotraumatology*, 6, 27905. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27905>
- Larøi, F., Sommer, I. E., Blom, J. D., Fernyhough, C., Ffytche, D. H., Hugdahl, K., Johns, L. C., McCarthy-Jones, S., Preti, A., Raballo, A., Slotema, C. W., Stephens, M., & Waters, F. (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 724–733. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs061>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Loch, A. A. (2019). Schizophrenia, Not a Psychotic Disorder: Bleuler Revisited. *Frontiers in psychiatry*, 10, 328. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00328>
- Matusевич, D., Ruiz, M., & Vairo, M. C. (2010). La evolución del diagnóstico Borderline: pasado, presente y futuro [The evolution of the borderline personality disorder diagnosis: past, present and future]. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 21(91), 274–285.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>

- Merrett, Z., Castle, D. J., Thomas, N., Toh, W. L., Beatson, J., Broadbear, J., Rao, S., & Rossell, S. L. (2022). Comparison of the Phenomenology of Hallucination and Delusion Characteristics in People Diagnosed With Borderline Personality Disorder and Schizophrenia. *Journal of personality disorders*, 36(4), 413–430. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.413>
- Monchablón Espinoza, A. y Derito, M. N. C. (2011). *Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas*. En: Monchablón Espinoza y Derito. *Las Psicosis* (1a edición). Editorial Inter-Médica S.A.I.C.I.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. British Psychological Society (UK).
- Nehme, E., Obeid, S., Hallit, S., Haddad, C., Salame, W., & Tahan, F. (2018). Impact of psychosis in bipolar disorder during manic episodes. *The International journal of neuroscience*, 128(12), 1128–1134. <https://doi.org/10.1080/00207454.2018.1486833>
- Niemantsverdriet, M. B. A., Slotema, C. W., Blom, J. D., Franken, I. H., Hoek, H. W., Sommer, I. E. C., & van der Gaag, M. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific reports*, 7(1), 13920. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 475–485. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq099>
- Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.00140>
- Parker, G., Bayes, A., & Spoelma, M. J. (2022). Why might bipolar disorder and borderline personality disorder be bonded? *Journal of psychiatric research*, 150, 214–218. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.03.051>
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (2014). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(5), 368–371. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2020). Schneider's first-rank symptoms have neither diagnostic value for schizophrenia nor higher clinical validity than other delusions and hallucinations in psychotic disorders. *Psychological medicine*, 1–4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003293>
- Román, Y. E., García-Toro, M., Gili, M., & Roca, M. (2016). Key clinical data in the differential diagnosis between onset of Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(4), 153–156.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Wiederman, M. (1995). The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary care setting. *Archives of family medicine*, 4(5), 439–442. <https://doi.org/10.1001/archfam.4.5.439>
- Şar, V. (2014). The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. *Clinical psychopharmacology and neuroscience*: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology, 12(3), 171–179. <https://doi.org/10.9758/cpn.2014.12.3.171>
- Sar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *The Psychiatric clinics of North America*, 29(1), 129–ix. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.008>
- Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., Karow, A., Ross, C., Read, J., & Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 53(4), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.05.010>
- Shorter, E. A. (1998). *History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. 1era edición. Wiley.
- Slotema, C. W., Blom, J. D., Niemantsverdriet, M. B. A., & Sommer, I. E. C. (2018). Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of Antipsychotics: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 347. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00347>
- Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Diederer, K. M., Hoek, H. W., & Sommer, I. E. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological medicine*, 42(9), 1873–1878. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000165>
- Slotema, C. W., Niemantsverdriet, M. B., Blom, J. D., van der Gaag, M., Hoek, H. W., & Sommer, I. E. (2017). Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 41, 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.003>
- Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative Disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 299–326. [doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531)
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Spitzer C, Effler K, Freyberger HJ. Posttraumatische Belastungsstörung (2015), *Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten*. *Z Psychosom Med Psychother* <http://dx.doi.org/10.13109/zptm.2000.46.3.273>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rüdiger, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Suzuki, H., Tsukamoto, C., Nakano, Y., Aoki, S., & Kuroda, S. (1998). Delusions and hallucinations in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 52(6), 605–610. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.00463.x>
- Toh, W. L., Thomas, N., & Rossell, S. L. (2015). Auditory verbal hallucinations in bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD): A systematic review. *Journal of affective disorders*, 184, 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.040>
- Tschoeke, S., Bichescu-Burian, D., Steinert, T., & Flammer, E. (2021). History of Childhood Trauma and Association With Borderline and Dissociative Features. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(2), 137–143. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001270>
- Tschoeke, S., Steinert, T., Flammer, E., & Uhlmann, C. (2014). Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(7), 544–549. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000159>
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). *Structural dissociation and the spectrum of trauma-related disorders*. In: *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W.W. Norton & Company.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological medicine*, 48(15), 2467–2476. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>

- Waters, F., & Fernyhough, C. (2017). Hallucinations: A Systematic Review of Points of Similarity and Difference Across Diagnostic Classes. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 32–43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw132>
- Wearne, D., Curtis, G. J., Genetti, A., Samuel, M., & Sebastian, J. (2017). Where pseudo-hallucinations meet dissociation: a cluster analysis. *Australian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 25(4), 364–368. <https://doi.org/10.1177/1039856217695706>
- Wilson, M., Allen, D. D., & Li, J. C. (2006). Improving measurement in health education and health behavior research using item response modeling: comparison with the classical test theory approach. *Health education research*, 21 Suppl 1, i19–i32. <https://doi.org/10.1093/her/cyl053>
- World Health Organization, (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 46(2), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.032>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry*, 161(11), 2108–2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>

[volver al índice](#)