

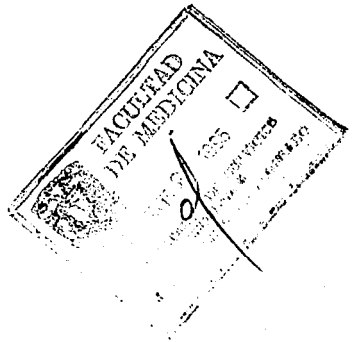
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de medicina
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

11241
6
2ej
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FEBRERO DE 1995

Estudio de traducción y validez de la Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R)

Tesina que presenta el médico cirujano:

Hugo González Cantú



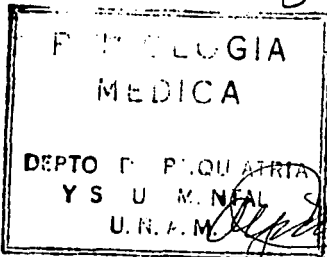
a fin de obtener el diploma de:

Especialista en Psiquiatría

Asesores de tesis y metodología del estudio

Dr. Enrique Chávez León
Dr. Enrique Chávez León

Dr. Humberto Nicolini Sánchez
Dr. Humberto Nicolini Sánchez



Febrero de 1995

Handwritten signature

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INDICE.....	2
DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.....	6
JUSTIFICACION.....	7
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y METODO.....	7
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	11
COMENTARIO.....	11
BIBLIOGRAFIA.....	13
APENDICE: DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR BORDERLINES-REVISED.....	16

Estudio de traducción y validez de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)

INTRODUCCION

Antecedentes.

En la década de los 30, Stern acuñó el término de "paciente límite" para describir a aquellos pacientes cuya patología se encontraba entre las neurosis y las psicosis. Desde entonces varios investigadores, principalmente de la escuela psicoanalítica estadounidense, han descrito distintos criterios diagnósticos para esta entidad. En la década de los 50, Robert Knight utilizó conceptos psicoanalíticos de la psicopatología del Yo para tratar de explicar las características de algunos pacientes que siendo aparentemente normales o neuróticos desarrollaban síntomas psicóticos durante las entrevistas diagnósticas, en la psicoterapia o en el psicoanálisis. Sus criterios incluían la presencia de síntomas neuróticos, y lo que él denominó evidencias macroscópica y microscópica de debilidad del Yo. Knight describió un estado clínico claramente relacionado con la esquizofrenia, señalando que eran episodios limitados temporalmente, en contraste con estudios posteriores que enfatizaban la personalidad persistente del paciente límite. En la siguiente década Otto Kernberg construyó un análisis complejo de los aspectos estructurales de las funciones del Yo de las personalidades límites y relacionó sus conceptos en una teoría general de la organización de la personalidad, clasificándolas en normal, neurótica, psicótica y límite. Sus criterios incluían manifestaciones no específicas de debilidad del Yo como falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos y ausencia de canales sublimatorios desarrollados. También señaló la tendencia a cambiar al pensamiento de proceso primario, relaciones de objeto introyectadas patológicas y mecanismos de defensa específicos de la personalidad límite, entre ellos la escisión, la idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación. Kernberg desarrolló la "entrevista estructural", con la que se determina el nivel organizacional de la personalidad. Se enfoca en las manifestaciones observables de integración de la

personalidad, operaciones defensivas, y la prueba de la realidad, estudiadas mediante una entrevista no estructurada que utiliza las técnicas de clarificación, confrontación, interpretación, e interpretación de la transferencia.¹ Grinker y colaboradores realizaron en 1968 un estudio empírico en el que utilizaron un conjunto general de criterios con el que entrevistaron a pacientes clasificados como límites. Posteriormente realizaron un análisis de agrupamiento (cluster analysis) con el que definieron cuatro subgrupos de pacientes límites con características comunes entre ellos. Los cuatro subgrupos fueron: 1) el paciente límite psicótico, 2) el síndrome límite nuclear, 3) las personas como-si, y 4) el paciente límite neurótico. A fines de la década de los 70, Perry y Klerman² hicieron una revisión exhaustiva sobre "el paciente límite", analizando los cuatro grupos de criterios diagnósticos más importantes que existían entonces. Sobresale el trabajo de Gunderson y Singer, quienes en 1975 realizaron una investigación sobre lo publicado hasta entonces sobre trastornos límite y conformaron un grupo de criterios diagnósticos para esta entidad. En sus criterios se incluían características en las áreas de afecto, conducta, psicosis, desempeño en pruebas psicológicas y relaciones interpersonales. El término de paciente límite siguió siendo usado principalmente de dos formas. Una se refería a pacientes con ciertas características psicopatológicas que se suponen están relacionadas genéticamente con la esquizofrenia, y la otra se refería a una constelación de rasgos de personalidad relativamente persistentes, caracterizados por inestabilidad y vulnerabilidad.³ Al primer grupo se le denominó trastorno esquizotípico de la personalidad, y finalmente se reservó el nombre de límite al segundo grupo de pacientes, incluyéndose en 1980 en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana.⁴ En cuanto a los posibles factores etiológicos de este trastorno se ha estudiado la influencia familiar, ya que los padres de estos pacientes tienen significativamente peores métodos de establecer reglas, y mayores síntomas psicóticos en las madres de pacientes en relación con padres de pacientes con trastornos psicóticos. También se ha encontrado significativamente más cuadros depresivos en los padres de estos pacientes que

FALLA DE ORIGEN

en los de pacientes esquizofrénicos. En relación con ambos grupos, los padres de pacientes límite tienen lazos más estrechos entre ellos y tienen mayor tendencia a excluir a sus hijos de esta relación.⁵ En un esfuerzo para obtener un instrumento diagnóstico que discriminara el trastorno límite de la personalidad de otras condiciones, Gunderson y colaboradores desarrollaron la Diagnostic Interview for Borderlines (DIB)⁶, en la que se investigan cinco áreas de la personalidad: adaptación social, patrones de impulsos, afectos, psicosis y las relaciones interpersonales. Las cinco áreas son investigadas mediante preguntas estructuradas, enfatizando los datos históricos más que la información de síntomas recientes. La información obtenida es la base de 29 enunciados, que reflejan cada uno un rasgo característico. En la primera utilización clínica de esta entrevista se determinó su capacidad de discriminar al trastorno límite de la personalidad, de pacientes con esquizofrenia y de pacientes con depresión neurótica.⁶ Estos resultados fueron reproducidos por otros investigadores poco tiempo después.^{7,8} Así mismo se encontró que la confiabilidad interobservadores⁹, y su consistencia interna¹⁰, eran adecuadas. La validez del diagnóstico de trastorno límite de acuerdo a la DIB y al DSM-III fue estudiada por Pope y colaboradores a través de un estudio fenomenológico, de historia familiar y de seguimiento a cuatro años, encontrando que los pacientes límite se distinguían de los pacientes esquizofrénicos y deprimidos, pero no de los pacientes con trastorno histriónico y antisocial de la personalidad.¹¹ Estudios posteriores demostraron que era útil en el diagnóstico de pacientes externos.¹² La DIB ha sido usada en la investigación de varias áreas del trastorno límite, tales como la presencia de síntomas psicóticos^{13,14,15,16}, el afecto¹³ y la cognición.¹⁷ Existen otros instrumentos diseñados únicamente para identificar a sujetos con trastorno límite: La Borderline Personality Scale (Perry & Cooper), la Schedule for Borderline Personalities (Baron & Gruen, Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL.) Otros autores desarrollaron listas de síntomas en base a las descripciones previas, sin embargo su uso no se generalizó.¹⁸ En un intento para aumentar la capacidad de discriminación del trastorno límite de otros trastornos de la personalidad, se revisó la DIB, obteniéndose la Diagnostic Interview for Borderlines Revised (DIB-R).¹⁹ Esta versión revisada también ha sido validada en otros estudios.^{20,21}

FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

La DIB-R es una entrevista semiestructurada que se divide en 4 secciones que se piensa son de importancia clínica para diagnosticar al trastorno límite: afecto, cognición, patrón de impulsos, y relaciones interpersonales. Tiene 186 preguntas que investigan 108 áreas calificables. La sección de patrón de impulsos tiene la menor cantidad de preguntas (19) y la sección de relaciones interpersonales es la que tiene más (80), y las secciones de afecto y cognición ocupan lugares intermedios con 28 y 59 preguntas respectivamente. La información obtenida de estas preguntas es usada para calificar 22 *enunciados sumarios* (tabla 1) que describen características importantes del trastorno límite. Los enunciados sumarios de cada sección se suman para obtener una *calificación de sección* con rangos desde 0-18 en la sección de relaciones interpersonales hasta 0-6 en la sección de cognición. A estas calificaciones se les aplica un algoritmo incluido al

Tabla 1. Enunciados sumarios de la DIB-R

Sección de afectos

- 1.- depresión mayor/depresión crónica
- 2.- desesperanza crónica/culpa/ sensación de no valer nada/ sensación de no poder recibir ayuda
- 3.- enojo crónico/actos de enojo frecuentes
- 4.- ansiedad crónica
- 5.- soledad crónica/aburrimiento/vacio

Sección de cognición

- 6.- pensamiento extraño/experiencias perceptuales poco comunes
- 7.- experiencias paranoides no delirantes
- 8.- experiencias cuasi -psicóticas

Sección de patrón de impulsos

- 9.- abuso/dependencia de sustancias
- 10.- desviaciones sexuales
- 11.- auto-mutilación
- 12.- intentos suicidas manipulatorios

Sección de relaciones interpersonales

- 14.- intolerancia a la soledad
- 15.- preocupación por el abandono/englobamiento/anihilación
- 16.- contradependencia/conflictos serios sobre la ayuda y el cuidado
- 17.- relaciones tormentuosas
- 18.- dependencia/masoquismo
- 19.- devaluación/manipulación/ sadismo
- 20.- actitudes demandantes
- 21.- regresiones durante el tratamiento
- 22.- problemas de contratransferencia/relaciones de tratamiento "especiales"

final de cada sección para obtener una *escala de calificación de la sección* de 0 a 2 en las secciones de afecto y cognición y de 0 a 3 en las secciones de patrón de impulsos y relaciones interpersonales. Las escalas de calificación de la sección se suman para obtener una *calificación DIB-R total* de 0 a 10. La entrevista completa toma entre 45 minutos y una hora para ser administrada.

JUSTIFICACION

El uso de métodos sistematizados de valoración permite que el diagnóstico de trastorno límite sea más confiable, permitiendo así la formación de grupos de pacientes para diversos estudios. Al no haber instrumentos diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad en español, es necesario traducir, así como investigar la validez de un instrumento ampliamente utilizado, en este caso la *Diagnostic Interview for Borderlines Revised*.

OBJETIVOS

Este trabajo tiene dos objetivos. El primero es obtener una versión en español de la DIB-R. El segundo es determinar su validez concurrente.

MATERIAL Y METODO

Población a estudiar

Se aplicará la DIB-R previamente traducida al español a pacientes externos de la división de investigaciones clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría. La muestra consistirá en cuatro grupos. El primero será de pacientes con trastorno límite de la personalidad, el segundo de pacientes con trastorno depresivo mayor unipolar, el tercero será de pacientes con esquizofrenia, y el cuarto estará integrado por pacientes con otros diagnósticos, incluyendo a pacientes con otros

trastornos de la personalidad. Estos pacientes serán diagnosticados de acuerdo a los criterios del DSM-III-R²² por parte de sus médicos tratantes.

Método

La versión original en inglés de la DIB-R será traducida al español por dos investigadores. A partir de estas dos versiones se obtendrá una traducción preliminar de la entrevista. Esta versión preliminar será retraducida al inglés por otro investigador, desconocedor de la versión original en inglés. Del análisis de las discrepancias surgidas en este proceso, así como de la opinión de clínicos expertos, se obtendrá la versión final de la DIB-R, la cual será usada en el resto del estudio. Los pacientes serán entrevistados por los investigadores, quienes serán ciegos al diagnóstico clínico. Otro investigador realizará los algoritmos de la entrevista para generar un diagnóstico. Este investigador también será ciego al diagnóstico clínico.

Procedimiento

En primer lugar se solicitó autorización a los autores para traducir y utilizar la DIB-R. Una vez obtenida (Chauncey DL, 1993, comunicación personal) se realizó la versión final en español de la DIB-R, posteriormente se reunieron los pacientes que participarán en el estudio. Estos pacientes fueron diagnosticados por sus médicos tratantes de acuerdo al DSM-III-R. Una vez obtenido su consentimiento fueron entrevistados por un investigador experimentado en el uso de la DIB-R. Con el fin de generar un diagnóstico de acuerdo a la DIB-R, otro investigador realizó los algoritmos necesarios que provee la entrevista. Este investigador también fue ciego al diagnóstico clínico.

Análisis de resultados.

Las comparaciones intergrupos que involucren datos categóricos se analizaron con pruebas de chi cuadrada corregida para continuidad. Los datos no categóricos fueron analizados con la prueba T

de student Para esto se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 3.1. Se determinó la sensibilidad y especificidad de la DIB-R en varios puntos de corte, así mismo se investigó el poder predictivo positivo y negativo del instrumento

RESULTADOS

Se entrevistaron 20 pacientes con los siguientes diagnósticos: trastorno límite (n=11), trastorno depresivo mayor, unipolar (n=5), esquizofrenia paranoide crónica (n=1), trastorno orgánico afectivo, de tipo depresivo (n=3). Debido a lo reducido de las tres últimos grupos, se analizaron en conjunto como otros trastornos psiquiátricos. Las características demográficas de la muestra se observan en la tabla 2.

tabla 2. características demográficas de la muestra

característica	t. límite (n=11)	otros (n=9)
edad en años (media y d.e.)	33.73 ± 8.43	41.89 ± 12.37
mujeres (%)	81.8	88.9
estado civil (%)		
nunca casado	36.4	11.1
alguna vez casado	63.6	88.9
estudios en años (media y d.e.)	13.36 ± 1.96†	10.89 ± 2.26
ocupación (%)		
profesional	9.1	11.1
técnico	18.2	11.1
ventas	9.1	11.1
ninguna	63.6	66.7

† $t = 2.62$, g.l. = 18, $p < 0.017$

Ambos grupos estuvieron compuestos con un porcentaje alto de pacientes femeninos. Sólo hubo diferencias significativas en la edad entre ambos grupos ($t = 2.62$, g.l. = 18, $p < 0.017$). Las calificaciones obtenidas en las secciones de afecto, cognición, patrón de impulsos, relaciones interpersonales, así como calificación DIB_R total se muestran en la tabla 3. Hubo diferencias muy significativas entre los dos grupos en las secciones de afecto, cognición, patrón de impulsos

y en la calificación DIB-R total. En la sección de relaciones interpersonales también la calificación fue significativamente diferente pero en menor grado.

tabla 3. calificaciones en la DIB-R

sección	t. límite (n=11) (media y d.e)	otros (n=9) (media y d.e.)	t *	p
afecto	9.55 ± 1.21	6.22 ± 2.05	4.51	< 0.01
cognición	3.82 ± 1.33	1.11 ± 1.27	4.62	< 0.01
patrón de impulsos	4.73 ± 1.68	0.67 ± 1.12	6.2	< 0.01
relaciones interpersonales	8.82 ± 3.37	4.22 ± 5.67	2.25	< 0.037
DIB-R total	7.73 ± 1.95	2.22 ± 2.05	6.14	< 0.01

* grado de libertad = 18

Se analizaron tres características clínicas presentes en los dos últimos años en ambos grupos: número de intentos suicidas, número de terapias psiquiátricas distintas y número de hospitalizaciones. Los datos se dicotomizaron de la siguiente forma: ningún intento suicida vs. uno o más, un tratamiento psiquiátrico vs uno o más, y ninguna hospitalización vs. una o más. Los resultados se presentan en la tabla 4.

tabla 4. características clínicas

característica (en los 2 últimos años)	t. límite (n=11)	otros (n=9)	p
intentos suicidas (%)			
0	18.2	66.7	<0.02
1 ó más	81.8	33.3	
num. de tratamientos psiquiátricos (%)			
1	18.2	77.8	<0.01
2 ó más	81.8	22.2	
número de hospitalizaciones (%)			
0	27.3	33.4	n.s.
1 ó más	72.7	66.6	

La sensibilidad y especificidad se determinó en varios puntos de corte. Se encontró que el punto de corte en 7 fue el más adecuado, con sensibilidad de .72 y especificidad de 1.00. El poder predictivo positivo en este punto fue de 1.00 y el poder predictivo negativo fue de .75.

DISCUSION

La Diagnostic Interview for Borderlines-Revised fue traducida con el fin de contar con un instrumento en español capaz de diagnosticar a pacientes con trastorno límite de la personalidad, con el fin de integrar grupos de pacientes homogéneos para futuras investigaciones. La muestra investigada presentó una posible fuente de sesgo en cuanto a la edad de los pacientes, siendo significativamente más jóvenes los pacientes con trastorno límite. La escasa cantidad de pacientes en los grupos de depresivos, esquizofrénicos y otros no permitió analizarlas diferencias específicas entre estos trastornos y el trastorno límite, sin embargo al ser analizados en conjunto mostraron diferencias significativas en las cuatro secciones y en la calificación total. Como era de esperarse, también se encontraron diferencias significativas en las características clínicas de intentos de suicidio y en el número de tratamientos psiquiátricos distintos recibidos. Esta última característica refleja la menor adherencia terapéutica de los pacientes con trastorno límite. No hubo diferencias significativas en el número de hospitalizaciones, lo que puede explicarse por la gravedad de los pacientes con otros trastornos atendidos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. La sensibilidad encontrada fue buena en el punto de corte 7, con una sensibilidad de .72, que aunque es menor al propuesto por los autores, quienes sugieren 8, se conserva la capacidad diagnóstica del instrumento como lo señalan, además de la sensibilidad y especificidad, el alto poder predictivo positivo y negativo encontrado.

COMENTARIO

La utilidad de los instrumentos estructurados para realizar diagnósticos de las entidades psiquiátricas es indiscutible. Lo subjetivo de las valoraciones clínicas no permite crear grupos homogéneos de pacientes con fines de investigación, siendo este problema mayor en los trastornos de personalidad. Hasta la fecha no se había reportado ningún estudio de traducción y validez de una entrevista diagnóstica para trastorno límite de la personalidad, sin embargo es necesario realizar todavía estudios de confiabilidad interobservadores, así como comparar a pacientes con trastorno límite con otros trastornos de personalidad para aumentar la validez diagnóstica de esta entrevista.

FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kernberg OF, Goldstein EG, Carr AC, Hunt HF, Bauer SF, Blumenthal R. Diagnosing borderline personality. A pilot study of multiple diagnostic methods. *J Nerv Ment Dis* 169:225-231, 1981.
- 2.- Perry JC, Klerman GL. The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. *Arch Gen Psychiatry*, 35:141-150, 1978.
- 3.- Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. the development of criteria. *Arch Gen Psychiatry*, 36:17-24, 1979.
- 4.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association Press, 1980.
- 5.- Gunderson JG, Kerr J, Englund DW. The families of borderlines. A comparative study. *Arch Gen Psychiatry* 37:27-33, 1980.
- 6.- Kolb JE, Gunderson JG. Diagnosing borderline patients with a new semistructured interview. *Arch Gen Psychiatry*, 37:37-41, 1980.
- 7.- Soloff PH, Ulrich RF. Diagnostic Interview for Borderline patients. A replication study. *Arch Gen Psychiatry*, 38:686-692, 1981.

- 8.- Soloff PH. A comparison of borderline with depressed and schizophrenic patients on a new diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, 22:291-300, 1981.
- 9.- Kroll J, Pyle R, Zander J, Martin K, Lari S, Sines LL. Borderline personality disorder: Interrater reliability of Diagnostic Interview for Borderlines. *Schiz Bull*, 7:269-272, 1981.
- 10.- Cornell DG, Silk KR, Ludolph PS, Lohr NE. Test-retest reliability of the Diagnostic Interview for Borderlines. *Arch Gen Psychaitry* 40:1307-1310, 1983 .
- 11.- Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG. The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 40:23-30, 1983.
- 12.- Koenigsberg HW, Kernberg OF, Schomer J. Diagnosing borderline conditions in an outpatient setting. *Arch Gen Psychiatry* 40:49-53, 1983.
- 13.- Armelius BA, Kullgre G, Renberg E. Borderline diagnosis from hospital records. Reliability and validity of Gunderson's Diagnostic Interview for Borderlines. *J Nerv Ment Dis* 173:32-34, 1985.
- 14.- Soloff PH. Affect, impulse and psychosis in borderline disorders: a validation study. *Comprehensive Psychiatry*, 22:337-350, 1981.
- 15.- Pope HG, Jonas Jm, Hudson JI, Cohen BM, Tohen M. An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 142:1285-1290, 1985.

- 16.- Chopra HD, Beatson Ja. Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 143:1605-1607, 1986.
- 17.- George A, Soloff PH. Schizotypal symptoms in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 143:212-215, 1986.
- 18.- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 147:57-63, 1990.
- 19.- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry*, 147:161-167, 1990.
- 20.- Kavoussi RJ, Coccaro EF, Klar HM, Bernstein D, Siever LJ. Structured interviews for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 147:1522-1525, 1990.
- 21.- Lewis SJ, Harder DW. A comparison of four measures to diagnose DSM-III-R borderline personality disorder in outpatients. *J Nerv Ment Dis*, 179:329-337, 1991.
- 22.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*, third edition, revised. Washington, D:C: American Psychiatric Association Press, 1987.

APENDICE

DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR BORDERLINES REVISED

DESCRIPCION

La DIB revisada es una entrevista semiestructurada que reúne información en cuatro áreas que son de importancia diagnóstica para el trastorno límite de la personalidad: afecto, cognición, patrón de impulsos, y relaciones interpersonales. Contiene 108 preguntas y juicios concernientes a la forma en la que el paciente ha sentido, pensado, y comportado en los dos años pasados. El paciente es la única fuente de información en la vasta mayoría de estos ítems, pero un pequeño número permite el también el uso de una fuente adicional de datos. La entrevista está subdividida en 25 subsecciones y la información proveniente de 22 de estas subsecciones es usada para calificar 22 enunciados escritos con mayúsculas, llamados ENUNCIADOS SUMARIOS. Cada uno de estos enunciados representa un criterio diagnóstico importante para el trastorno límite de la personalidad y es usado para valorar la presencia o ausencia de esta condición.

INSTRUCCIONES

1. Si una pregunta específica provee información insuficiente para contestar una pregunta o hacer un juicio, interroge más.
2. Encierre en un círculo el número que represente la mejor respuesta a una pregunta, juicio o enunciado sumario. A menos que se especifique de otra manera, todas las preguntas y juicios se califican: 2 = SI, 1 = PROBABLE, 0 = NO. Los juicios sumarios también son calificados: 2 = SI, 1 = PROBABLE, 0 = NO. Si no es aplicable una pregunta o juicio, escriba N:A: a la derecha del conjunto de calificaciones.
3. Para cada sección sume las Calificaciones de los Enunciados Sumarios para obtener una CALIFICACION DE LA SECCION.
4. Convierta la Calificación de la Sección a una ESCALA DE CALIFICACION DE LA SECCION de 0 -2 ó 0 -3 siguiendo las instrucciones provistas al final de cada sección.
5. totalice las Escalas de Calificación de la Sección para obtener una CALIFICACION DIB total de 0 -10.
6. Use la siguiente guía cuando haga una valoración diagnóstica al final de la entrevista: una calificación DIB revisada de ocho o más es considerada indicativa del trastorno límite de la personalidad, mientras que una Calificación DIB revisada de siete o menos es considerada indicativa de otro síndrome clínico.

FALLA DE ORIGEN

INFORMACION GENERAL

1. Número de código del paciente _____

(nombre del paciente: _____)

2. Estado en el momento de la entrevista: 1. internado _____

2. externo

3. no paciente

(fecha de la entrevista _____)

(Institución _____)

(Nombre del entrevistador _____)

3. Edad _____

4. Sexo: 1. masculino 2. femenino _____

5. Estado civil: 1. nunca ha estado casado 2. alguna vez ha estado casado _____

6. Raza: 1. blanca 2. no blanca _____

7. Educación: años de estudio completos _____

8. Ocupación: 01. profesional _____

02. gerencial

03. técnico

04. clérigo/ventas

05. obrero calificado

06. obrero semicalificado

07. obrero no calificado

08. estudiante

09. servicio doméstico

10. ninguna

9. Clase social de acuerdo a Hollingshead-Redlich: 1-5 _____

(este puntaje debe basarse en el record educativo y ocupacional del jefe de la familia si el paciente no es económicamente independiente)

Antes de que comencemos, quiero señalar que la mayoría de preguntas en esta entrevista se refieren a los dos últimos años de su vida, es decir al periodo desde (mes, día y años apropiados). También quiero señalar que estoy interesado principalmente en saber acerca de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos que han sido típicos en usted durante este periodo de dos años. Haré algunas preguntas acerca de comportamientos específicos en los que usted pudo haberse involucrado sólo cuando estuvo particularmente molesto o en crisis.

SECCION DE AFECTO

¿Durante los dos años pasados, usted (se) ha...

Depresión

- 1 ...sentido decaído o deprimido la mayor parte del tiempo? (2,1,0)
- 2 ...tenido algún periodo en el que estuvo muy deprimido diariamente por dos semanas o más? (2,1,0)
3. S.1 EL PACIENTE HA TENIDO UNA DEPRESIÓN CRÓNICA LEVE O HA EXPERIMENTADO UNO O MAS EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES. 2,1,0
4. ...sentido incapacitado por días o semanas seguidos? (2,1,0)
5. ...y sin esperanzas? (2,1,0)
6. ...y que no vale nada? (2,1,0)
7. ...y extremadamente culpable? (2,1,0)
8. S.2 EL PACIENTE HA TENIDO SENTIMIENTOS SOSTENIDOS DE INCAPACIDAD, FALTA DE ESPERANZA, DEVALUACION O CULPA. 2,1,0

Enojo

9. ...sentido muy enojado la mayor parte del tiempo? (2,1,0)

FALLA DE ORIGEN

10. ...y furioso o rabioso? (2,1,0)
11. ...sido frecuentemente irónico? (2,1,0)
12. ...y ha discutido con frecuencia? (2,1,0)
13. ...y se irrita rápidamente? (2,1,0)
14. S.3EL PACIENTE SE HA SENTIDO CRONICAMENTE MUY ENOJADO O HA ACTUADO CON ENOJO (I.E. HA SIDO CON FRECUENCIA SARCASTICO, DISCUTE CON FRECUENCIA, O SE IRRITA RAPIDAMENTE) 2,1,0

Ansiedad

15. ...sentido muy ansioso la mayor parte del tiempo? (2,1,0)
16. ...tenido frecuentemente sintomas fisicos relacionados con la tensión, como dolores cabeza, palpitaciones rápidas del corazón, o sudoración excesiva? (2,1,0)
17. ...tenido muchos problemas por miedos sin sentido o fobias? (2,1,0)
18. ...tenido alguna crisis de pánico (i.e. crisis muy graves de ansiedad que lo llegan a incapacitar? (2,1,0)
19. S. EL PACIENTE SE HA SENTIDO CRONICAMENTE MUY ANSIOSO O HA SUFRIDO DE SINTOMAS FISICOS FRECUENTES POR LA ANSIEDAD 2,1,0

Otros afectos disfóricos.

20. ...sentido muy solo la mayor parte del tiempo? (2,1,0)
21. ...y muy aburrido? (2,1,0)
22. ...y vacío? (2,1,0)
23. S. SEL PACIENTE HA EXPERIMENTADO SENTIMIENTOS CRONICOS DE SOLEDAD, ABURRIMIENTO O VACIO 2,1,0

FALLA DE ORIGEN

Items misceláneos

24. ...percatado con frecuencia que su estado de ánimo cambia de la depresión al enojo, o a la ansiedad en el curso de sólo algunas horas o días? (inestabilidad afectiva) (2,1,0)
25. ...tenido frecuentemente periodos de días o semanas en los que se sintió "acelerado" o con gran alegría sin ninguna razón aparente? y muy irritable? durante estos periodos usted se atrevía a más cosas y hablaba más de lo usual? necesitaba mucho menos sueños de lo habitual? llegó a hacer cosas impulsivas raras en usted? alguna persona se dió cuenta de esos episodios? qué dijeron acerca de ellos? episodios hipomaniacos) (2,1,0)
-

26. CALIFICACION DE LA SECCION

Escala de la calificación

de la sección de afecto: 2 si la calificación de la sección es de 5 o mayor (2 de S.3 y 2 de S.5)

1 si la Calificación de la Sección es de 3 ó 4, o cualquier otra combinación de 5 ó más.

0 si la Calificación de la Sección es de 2 ó menos, o si el paciente ha experimentado episodios maniacos claros repetidos que han sido advertidos por otros.

27. ESCALA DE CALIFICACION DE LA SECCION

SECCION DE COGNICION

Esta sección califica el pensamiento trastornado (pensamiento extraño, experiencias perceptuales poco comunes y experiencias paranoides no delirantes), pensamiento "quasi" psicótico, y pensamiento psicótico "verdadero". Las experiencias "quasi" psicóticas son definidas como delirios y alucinaciones que son transitorios, circunscritos, y atípicos de los trastornos psicóticos, mientras que las experiencias psicóticas "verdaderas" son definidas como delirios y alucinaciones sostenidos, que se extienden en varias áreas de la vida del paciente, y típicos de los trastornos psicóticos. Además, todos los enunciados sumarios y todos menos uno (#58) de los ítems conciernen a experiencias sin substancias, y por lo tanto es crucial determinar si las experiencias descritas por el paciente ocurrieron o no bajo la influencia del alcohol o drogas.

FALLA DE ORIGEN

¿Durante los dos últimos años usted ha ...

Pensamiento extraño/experiencias perceptuales inusuales.

28. ...sido una persona muy supersticiosa (e.g. frecuentemente toca madera, arroja sal detrás de su hombro, evita caminar debajo de una escalera)? (supersticiosidad marcada) (2,1,0)
29. ...creído con frecuencia que sus pensamientos, palabras, o acciones pueden provocar cosas, o evitar que sucedan, de alguna forma especial o mágica (pensamiento mágico) (2,1,0)
30. ...tenido frecuentemente un sexto sentido acerca de cosas que iban más allá de las sensaciones y percepciones acerca de otras personas y sus sentimientos (sexto sentido) (2,1,0)
31. ...sido frecuentemente capaz de decir qué piensa o siente otras personas usando algún poder especial o mágico, como la telepatía? usted ha creído con frecuencia que otra gente sabía lo que pensaba o sentía usando esta clase de poder? (telepatía) (2,1,0)
32. ...tenido con frecuencia experiencias de clarividencia, como una visión de algo que esta sucediendo en otro lugar? con frecuencia ha sido capaz de predecir el futuro (clarividencia) (2,1,0)
33. ...tenido alguna creencia que no pueda abandonar aún cuando la gente le dice que esas creencias son falsas (e.g. pensar que usted es obeso cuando realmente tiene bajo peso) (ideas sobrevaluadas) (2,1,0)
34. ...sentido repetidamente la presencia de una fuerza o persona que realmente no estaba ahí? ha malinterpretado con frecuencia lo que oye o ve (e.g. pensar que alguien le llamó por su nombre cuando realmente era algún otro sonido) (ilusiones recurrentes) (2,1,0)
35. ...sentido repetidamente que es irreal? como si su cuerpo o una parte de el fuera extraño o que cambiara de tamaño o forma? como si estuviera físicamente separado de sus sentimientos? como si usted estuviera viendose a si mismo desde la distancia? (despersonalización) (2,1,0)
36. ...sentido repetidamente que las cosas a su alrededor son irreales? como si estuviera en un sueño? como si algo semejante a una ventana estuviera entre usted y el mundo? (desrealización) (2,1,0)

37. S.6 EL PACIENTE HA ESTADO PROPENSO A PENSAR EXTRAÑAMENTE O HA TENER EXPERIENCIAS PERCEPTUALES INUSUALES (E.G. PENSAMIENTO MÁGICO, ILUSIONES RECURRENTES, DESPERSONALIZACIÓN) 2,1,0

Experiencias paranoides no delirantes

38. ...sentido frecuentemente muy desconfiado o suspicaz de otras personas (suspiciencia excesiva) (2,1,0)
39. ...pensado con frecuencia que otras personas lo están viendo? hablando de usted a sus espaldas? riéndose de usted? (ideas de referencia) (2,1,0)
40. ...pensado con frecuencia que la gente le está haciendo pasar un mal rato o que le estén buscando? creído con frecuencia que están tomando ventajas de usted o que lo están acusando por cosas que no eran su falta? (otras ideas paranoides) (2,1,0)
41. S.7 EL PACIENTE HA TENIDO CON FRECUENCIA IDEAS PARANOIDES NO DELIRANTES Y TRANSITORIAS (I.E. SUSPICACIA EXAGERADA, IDEAS DE REFERENCIA. OTRAS IDEAS PARANOIDES) 2,1,0

Experiencias psicóticas

califique cada experiencia: 2= delirios y alucinaciones "verdaderas"

1= "quasi" delirios y alucinaciones

0= no hay delirios ni alucinaciones

42. ...creído que sus pensamientos fueron colocados en su mente por alguna fuerza externa? (inserción del pensamiento) (2,1,0)
43. ...creído que sus pensamientos se transmiten de tal forma que otras personas podían realmente oír lo que usted pensaba? (transmisión del pensamiento) (2,1,0)
44. ...y que sus pensamientos se transmiten de tal forma que otras personas pueden oír realmente lo que usted piensa? (transmisión del pensamiento) (2,1,0)
45. ...y que sus sentimientos, pensamientos o acciones estén siendo controlados por otra persona o por una máquina (delirios de pasividad) (2,1,0)
46. ...creído que puede realmente oír lo que otras personas están pensando? y que otras personas pueden leer literalmente su mente como si fuera un libro abierto? (delirios de lectura de la mente) (2,1,0)

FALLA DE ORIGEN

47. ...que algunas personas han hecho un complot en contra suya de forma organizada? que estas personas han tratado de herirlo deliberadamente o de castigarlo? (delirios de persecusión) (2,1,0)
48. ... que otras personas lo han espiado o seguido? que las cosas estaban especialmente arregladas para usted? que le enviaban mensajes especiales a través del radio o de la televisión? (delirios de referencia) (2,1,0)
49. ...que usted merecía un castigo por algo terrible que usted había hecho? (delirios de culpa/ pecado) (2,1,0)
50. ...que es una persona extremadamente importante? que usted tiene habilidades muy especiales o poderes excepcionales? (delirios de grandeza) (2,1,0)
51. ...que algo terrible ha pasado, o que podría suceder en el futuro? (e.g. que el mundo iba a terminar mañana, que su cuerpo se estaba disloviendo o derritiendo) (delirios nihilistas) (2,1,0)
52. ...que algo estaba mal en su cuerpo o que tenga una enfermedad grave? (delirios somáticos) (2,1,0)
53. ...tenido algunas otras creencias de las que otras personas pensaban que eran definitivamente falsas, extrañas o raras? (otros delirios) (2,1,0)
54. ...oído voces u otros sonidos que nadie más oía? (alucinaciones auditivas) (2,1,0)
55. ...visto alguna visión u otras cosas que nadie más veía? (alucinaciones visuales) (2,1,0)
56. ...tenido alguna otra experiencia de los sentidos que nadie más compartiera? (e.g. oler repetidamente algo, sentir algo arrastrándose sobre su cuerpo y que no estuviera realmente ahí) (otras alucinaciones) (2,1,0)
57. S.SEL PACIENTE HA TENIDO REPETIDAMENTE "QUASI" DELIRIOS O ALUCINACIONES 2,1,0

items misceláneos

58. ...tuvo alguna de estas experiencias bajo la influencia de alcohol o drogas? (experiencias psicóticas inducidas por sustancias) (2 =experiencias verdaderas, 1 = "quasi" experiencias, y 0 = ninguna)
59. ... le han dicho que su forma de hablar era rara? muy elaborada? que usted incluye muchos detalles? que se va por la tangente? que deja de lado partes importantes de la información? que se contradice demasiado usted mismo? (juzgue si el paciente ha exhibido lenguaje extraño pero no psicótico. Las observaciones hechas a lo largo de la entrevista deben ser un factor determinante para hacer este juicio). (2,1,0)
60. ... le han dicho que es muy difícil seguir lo que usted está tratando de decir? que lo que dice no tiene ningún sentido? (juzgue su el paciente ha exhibido pérdida de las asociaciones o desviaciones. Las observaciones hechas a lo largo de la entrevista deben ser un factor determinante para hacer este juicio). (lenguaje psicótico) (2,1,0)
61. ...tuvo algún periodo en el que se sentía tan bien o con tanta energía que dejó de dormir por días sin sentirse cansado? durante este periodo sus pensamientos pasaban rápidamente? hablaba tan rápido que otras personas no podían decir nada? se involucró en muchos problemas? tenía pensamientos extraños o raros? le han dicho alguna vez que es maniaco? (episodios maniacos) (2,1,0)

62. CALIFICACION DE LA SECCION _____

Escala de Calificación de la

sección de cognición: 2 si la calificación de la sección es de 4 ó más
 1 si la calificación de la sección es de 2 ó 3
 0 si la calificación de la sección es de 1 ó menos,
 o si el paciente tuvo alguna vez ya sea un episodio
 psicótico prolongado o un episodio maniaco completo

63. ESCALA DE LA CALIFICACION DE LA SECCION _____

SECCION DE PATRON DE IMPULSOS

Si la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es sí, determine el número de veces que ocurrió el comportamiento. Excepto donde se señale, califique de la siguiente manera cada tipo de comportamiento compulsivo: 2 = 5x o más

1 = 3-4x

0 = 2x o menos

Durante los dos años pasados, usted (se) ha...

abuso de sustancias

64. ...ha tomado mucho o se ha puesto realmente borracho? (abuso de alcohol) (2 = abuso crónico, 1 = abuso episódico, 0 = no abuso)

65. ...se ha drogado con drogas de la calle o de la farmacia? (abuso de drogas) (2 = abuso crónico, 1 = abuso episódico, 0 = no abuso)

66. S.9 EL PACIENTE HA TENIDO UN PATRON DE ABUSO DE SUSTANCIAS GRAVE

2,1,3

Desviaciones Sexuales

67. ...tenido relaciones con hombres (mujeres) (homosexualidad) (2,1,0)

68. ...relacionado sexualmente de forma impulsiva con alguien, o ha tenido romances breves (promiscuidad) (2,1,0)

69. ...involucrado en alguna práctica sexual rara (e.g. disfrutar ser humillado o herido durante la relación sexual, preferir ver a otras personas teniendo relaciones sexuales que a tenerlas usted mismo)? (parafilias) (2,1,0)

70. ...tenido relaciones sexuales con algún miembro de su familia (además de su esposo [esposa])? (incesto) (2,1,0)

71. S.10 EL PACIENTE HA TENIDO UN PATRÓN DE DESVIACIÓN SEXUAL (I.E. HOMOSEXUALIDAD, PROMISCUIDAD, UNA PARAFILIA, O INCESTO)

2,1,0

Automutilación

72. ...herido deliberadamente, sin querer quitarse la vida (e.g. cortarse a sí mismo, quemarse, golpearse)? (auto-mutilación) (2=2x ó más, 1=1x, 0=ninguno)

73.S.11 EL PACIENTE HA TENIDO UN PATRON DE AUTOMUTILACIÓN FÍSICA
2,1,0

Intentos suicidas

74. ...amenazado con matarse a sí mismo? (amenazas suicidas) (2=2x ó más, 1=1x, 0=ninguna)
75. ...hecho algún intento suicida, aunque sea menor? (gestos/intentos suicidas) (2=2x ó más, 1=x, 0=ninguno)

76.S.12 EL PACIENTE HA TENIDO UN PATRON DE AMENAZAS SUICIDAS
MANIPULATORIAS, O GESTOS O INTENTOS SUICIDAS (I.E. LOS INTENTOS
SUICIDAS FUERON PLANEADOS PRINCIPALMENTE PARA OBTENER UNA
RESPUESTA "SALVADORA") 2,1,0

Otros Patrones Impulsivos

77. ...tenido algún episodio en el que haya comido tanto, como para provocarle dolor o vómitos? (cornilonas) (2,1,0)
78. ...gastado demasiado, gastando mucho dinero en cosas que no necesitaba o que no podía pagar? (gastos en exceso) (2,1,0)
79. ...apostado demasiado, haciendo apuestas a pesar de que estaba perdiendo dinero consistentemente? (apuestas en exceso) (2,1,0)
80. ...perdido la calma, gritando a alguien? (explosiones verbales) (2,1,0)
81. ...estado en peleas a puños? (peleas físicas) (2,1,0)
82. ...amenazado con dañar físicamente a alguien (e.g. decirle a alguien que lo va a golpear, apuñalar, matar)? (amenazas físicas) (2,1,0)
83. ...atacado físicamente a alguien o ha abusado de alguna persona (e.g. abofetado, golpeado, o pateado a alguien) ? (ataques físicos) (2,1,0)
84. ...dañado deliberadamente propiedades ajenas (e.g. roto platos, roto muebles, dañado el carro de una persona)? (daño a propiedades) (2,1,0)

85. ...manejado demasiado rápido? y lo ha hecho bajo la influencia de alcohol o drogas?
(manejo temerario) (2,1,0)

86. ...hecho algo en contra de la ley (e.g. robar en tiendas, vender drogas, guardar
propiedades robadas)? (actos antisociales) (2,1,0)

87.S.13EL PACIENTE HA TENIDO PATRON DE OTROS IMPULSOS 2,1,0

88. CALIFICACIÓN DE LA SECCION _____

escala de calificación de la sección de patrón de impulsos:

3 si la calificación de la sección es de 6 ó más (2 ya sea de S.11
ó S.12)

2 si la calificación de la sección es de 4 ó 5 ó cualquier otra
combinación de 6 ó más

0 si la calificación de la sección es de 3 ó menos

89. ESCALA DE CALIFICACION DE LA SECCION _____

SECCION DE RELACIONES INTERPERSONALES

Durante los dos últimos años, usted (se) ha...

Intolerancia a la soledad

90. ...odiado pasar su tiempo solo? (2,1,0)

91. ...hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirse solo (e.g. hablar por teléfono por
horas, ir a bares para encontrar a alguien con quien hablar)? (2,1,0)

92. ...se ha dado cuenta que estar solo lo hace sentirse muy deprimido? (2,1,0)

93. y ansioso? enojado? vacío? mal? (2,1,0)

FALLA DE ORIGEN

94.S.14 EL PACIENTE TÍPICAMENTE HA TRATADO DE NO ESTAR SOLO O SE HA SENTIDO EXTREMADAMENTE DISFORICO CUANDO ESTA SOLO 2,1,0

Preocupaciones de abandono/englobamiento/anihilación .

95. ...temido con frecuencia ser abandonado por las personas cercanas? (miedo de abandono) (2,1,0)
96. ...tenido miedo muchas veces de sentirse suprimido o perder su identidad si se acercaba mucho a otras personas? (miedo de ser englobado) (2,1,0)
97. ...tenido miedo en repetidas ocasiones de aislarse totalmente o de dejar de existir si fuera abandonado por alguien importante para usted? (miedo de aniquilación) (2,1,0)

98.S.15EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO REPETIDAMENTE MIEDOS DE ABANDONO, ENGLOBAMIENTO O ANIQUILACION 2,1,0

Contra dependencia

99. ...tenido algún trabajo donde su principal función fuera cuidar de otras personas o de animales? (2,1,0)
100. ...encontrado a sí mismo ofreciendo constantemente ayuda a amigos, familiares o compañeros de trabajo? (2,1,0)
101. ...molestado en particular cuando una persona ha tratado de ayudarlo o cuidarlo? (2,1,0)
102. ...rechazado pedir apoyo o ayuda cuando ha sentido que verdaderamente los necesitaba? (2,1,0)
103. ...tenido a alguien en su vida a quien haya sentido que realmente lo necesitaba? su habilidad para funcionar dependía de esa persona? y su sobrevivencia? (2,1,0)

104.S.16 EL PACIENTE HA SIDO FUERTEMENTE CONTRADEPENDIENTE O HA TENIDO SERIOS CONFLICTOS ACERCA DE DAR Y RECIBIR CUIDADOS 2,1,0

Relaciones cercanas inestables

105. ... tenido alguna relación estrecha? cuántas? qué tan frecuentemente ve a estas personas? cuál de ellas era la más importante para usted? (relación más importante: _____) (2=4 ó más, 1=2-3, 0=1 ó menos)

106. ...con alguna de estas relaciones ha tenido problemas por muchas discusiones? (2,1,0)
107. ...y por rupturas repetidas? (2,1,0)
108. S.17 EL PACIENTE TIENDE A TENER RELACIONES ESTRECHAS INESTABLES E INTENSAS 2,1,0

Problemas recurrentes en las relaciones cercanas

109. ...tenido la tendencia a sentirse muy dependiente de otros? necesitado mucho apoyo o ayuda real para poder funcionar? le han dicho alguna vez que es muy dependiente? (dependencia: el paciente repetidamente es muy de pendiente de otros) (2,1,0)
110. ...permitido en repetidas ocasiones que otras personas lo forzen ha hacer cosas que no queria, o a tratarlo con crueldad? le han dicho que permite a otras personas que lo victimizen o abusen de usted? (masoquismo: el paciente ha permitido repetidamente que la gente lo coercione o lo dañe) (2,1,0)
111. S.18 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS RECURRENTE DE DEPENDENCIA O MASOQUISMO EN LAS RELACIONES CERCANAS 2,1,0
112. ... ignorado con frecuencia los rasgos buenos de la gente y visto sólo sus faltas? piensa que ellos no se preocupan? que son incompetentes? malos? y sin valor? le han dicho alguna vez que es una persona muy critica o devaluadora? (devaluación: el paciente ha exagerado repetidamente las debilidades y minimizado las fuerzas de los otros) (2,1,0)
113. ...tratado con frecuencia que los otros hagan lo que quiere, sin preguntarles o sin decirles qué hagan? le han dicho alguna vez que es manipulador? (manipulación: el paciente ha usado con frecuencia medios indirectos para obtener lo que él quiere) (2,1,0)
114. ...forzado con frecuencia a los otros a hacer cosas que no querían hacer, o los a tratado con crueldad? le han dicho alguna vez que es ruin? (sadismo: el paciente ha tratado con frecuencia coaccionar o herir a los otros) (2,1,0)
115. S.19 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS RECURRENTE DE DEVALUACION, MANIPULACION, O SADISMO EN LAS RELACIONES CERCANAS 2,1,0

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

FALLA DE ORIGEN

116. ...pedido en repetidas ocasiones a las otras personas por cosas que no podían o no debían darle? demandado mucho tiempo o atención? le han dicho alguna vez que es una persona muy demandante? (demandas: el paciente ha hecho en repetidas ocasiones demandas inapropiadas) (2,1,0)

117. ...actuado en repetidas ocasiones como si tuviera derecho a un tratamiento especial? como si le debieran cosas por lo que ha pasado? le han dicho alguna vez que actúa como si tuviera el privilegio de un cuidado o consideración especial?(privilegios:el paciente ha exhibido repetidamente expectativas no realistas) (2,1,0)

118.S.20 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS RECURRENTES EN LAS RELACIONES .CERCANAS POR SER MUY DEMANDANTE O PEDIR PRIVILEGIOS 2,1,0

Relaciones psiquiátricas problemáticas

119. ...estado en alguna (otra) terapia individual? cuántas? (número de terapias individuales) (2=2 ó más, 1=1, 0=ninguna)

120. ...cuántos meses de los últimos 24 ha estado en tratamiento individual? (tiempo utilizado en terapias emocionales) (2=12 meses o más, 1=1-11 meses, 0=ninguno)

121. ...se puso bastante peor como resultado de estas terapias (de cualquiera de estas)? en qué sentido? (regresión en la terapia individual) (2,1,0)

122. ...tenido alguna (otra) hospitalización psiquiátrica? cuántas? (número de hospitalizaciones psiquiátricas) (2=2 ó más, 1=1, 0=ninguna)

123. ...cuántos meses de los últimos 24 ha estado hospitalizado? (tiempo utilizado en hospitales psiquiátricos) (2=12 meses o más, 1=1-11 meses, 0=ninguno)

124. ...se puso bastante peor como resultado de esta(s) hospitalización(es)? en qué sentido? (2,1,0)

125.S.21 EL PACIENTE HA SUFRIDO UNA CLARA REGRESION CONDUCTUAL O SINTOMATICA DURANTE EL CURSO DE LA PSICOTERAPIA O DE UNA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA 2,1,0

126. ...sido el foco de cualquier conflicto con el staff o de problemas en la unidad de internamiento? (juzgue si el paciente ha sido el foco de una notable contratransferencia de parte del staff. El reporte del staff o material del expediente también debe usarse, cuando esté disponible, para hacer este juicio) (2,1,0)
127. ...tendio algún terapeuta que se haya enojado bastante con usted? y que le haya pedido que dejara el tratamiento? estaba más involucrado en su atención que la mayoría de los terapeutas? (e.g. frecuentemente le llamaba para ver cómo estaba, en varias ocasiones discutió por usted con su familia o en las cortes) (juzgue si el paciente ha sido el foco de una reacción contratransferencial del terapeuta. El reporte del terapeuta o el material del expediente debe también de usarse, cuando esté disponible, para hacer este juicio) (2,1,0)
128. ...desarrollado una relación amistosa estrecha o un involucramiento amoroso con algún miembro del staff de internamiento? (2,1,0)
129. ...y con un terapeuta? (2,1,0)
- 130.S.22EL PACIENTE HA SIDO EL FOCO DE UNA REACCION DE
CONTRATRANSFERENCIA EN UNA UNIDAD DE INTERNAMIENTO O EN
PSICOTERAPIA, O HA FORMADO UNA RELACION "ESPECIAL" CON UN
PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL 2,1,0

Items misceláneos

131. ...tendido a poner a las personas en un pedestal y ver sólo sus rasgos buenos? y pensar que ellos son inusualmente buenos? perfectos? indestructibles? le han dicho alguna vez que tiene problemas para ver las faltas en otros? (idealización: el paciente ha exagerado repetidamente las cualidades y minimizado las debilidades de otros) (2,1,0)
132. ...ha pensado distintas opiniones de la gente de un día a otro (e.g. un día realmente le agradan y otro no los soporta)? (cambios marcados de actitud) (2,1,0)
133. ...sido extremadamente sensitivo a las críticas la mayor parte del tiempo? sentido frecuentemente que estaba siendo criticado cuando probablemente no era así? (hipersensibilidad a las críticas) (2,1,0)
134. ...sentido varias veces muy ansioso o conciente de sí mismo en situaciones sociales? con frecuencia a tratado de reunirse con otras personas por que teme sentirse muy nervioso o torpe en su presencia? (ansiedad social excesiva) (2,1,0)

135. ...se mantiene muy distante y retirado cuando está hablando con otras personas? comportado típicamente de una forma tonta o inapropiada cuando está conversando con alguien? (juzgue si el paciente ha sido incapaz de establecer "rapport" interpersonal adecuado. Las observaciones hechas a lo largo de la entrevista deben ser un factor determinante para hacer este juicio) (rapport interpersoanl inadecuado) (2,1,0)
136. ...estado con frecuencia inseguro de quién es o de cómo es en realidad? sentido con frecuencia que no tiene identidad?
- estado con frecuencia confuso acerca de sus valores o metas? frecuentemente ha cambiado sus valores o metas?
- estado frecuentemente inseguro sobre quién realmente se preocupa o quien le es leal? con frecuencia ha cambiado de un grupo de amigos a otro?
- estado con frecuencia inseguro sobre su identidad sexual? ha tendio momentos en los que quisiera ser un hombre y otros en los que quisiera ser mujer?
- (trastornos graves de la identidad en dos o más áreas) (2,1,0)

137. CALIFICACION DE LA SECCION _____

escala de la calificación de la sección de relaciones interpersonales:

3 si la calificación de la sección es de 9 ó más

2 si la calificación de la sección es de 6-8

0 si la calificación de la sección es de 5 o menos, o si el paciente ha sido un solitario socialmente aislado (i.e. no tiene relaciones cercanas con sus padres o familiares) y ha tenido una presentación social extraña durante la entrevista (e.g. mal alifio, desconocimiento las convenciones sociales)

138. ESCALA DE CALIFICACION DE LA SECCION _____

CONCLUSIONES

- 1.- Calificación de la sección de afecto: 0-10 _____
- 2.- Escala de calificación de la sección de afecto: 0-2 _____
- 3.- Calificación de la sección de cognición: 0-6 _____
- 4.- Escala de calificación de la sección de cognición: 0-2 _____
- 5.- Calificación de la sección de patrón de impulsos: 0-10 _____
- 6.- Escala de calificación de la sección de patrón de impulsos: 0-3 _____
- 7.- Calificación de la sección de relaciones interpersonales: 0-18 _____
- 8.- Escala de calificación de la sección de relaciones interpersonales: 0-3 _____
- 9.- Calificación total de la DIB-revisada: 0-10 _____

FALLA DE ORIGEN