



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE
MUÑIZ”**

**“CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE LA PERSONALIDAD POR MEDIO DEL
SWAP-200 EN PACIENTES MUJERES CON TRASTORNO AFECTIVO/ANSIOSO
O TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON COMORBILIDAD
CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.

PRESENTA:

AURORA SOLEDAD MOLINA LÓPEZ

Asesores:

Tutor teórico: **DR. IVÁN ARANGO DE MONTIS**

Tutor metodológico: **DRA. ANA FRESÁN ORELLANA**

México, D.F. Abril 2014.



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 esta 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.

Agradecimientos:

A la Dra. Ana Fresán Orellana, por brindarme su apoyo y paciencia en la realización de esta tesis.

Para usted mi admiración y reconocimiento por su calidad humana y profesional.

*A mi maestro, el Dr. Iván Arango De Montis, por ser un ejemplo con su labor clínica y por sus
invaluables contribuciones en nuestra formación académica.*

A mi familia, por su fortaleza.

A mi hijo

A.M.G.D.

Contenido

INTRODUCCIÓN	6
Personalidad	6
Teoría estado-rasgo	7
Perfil de Personalidad	7
Modelos y Perspectivas de Estudio	8
Perspectiva Biológica.....	8
Modelos neurobiológicos	9
Perspectiva Inductiva	11
Modelo de los Cinco Factores.....	12
Trastornos de la Personalidad	13
Epidemiología de los trastornos de personalidad	13
Trastorno límite de la personalidad	14
Generalidades	14
Epidemiología	15
Comorbilidad.....	15
Comorbilidad del TLP con trastornos en el Eje I.....	16
Comorbilidad del TLP con Trastornos Depresivos	17
Comorbilidad con TLP con Trastornos de ansiedad	18
Trastornos de la conducta alimentaria y su comorbilidad con TLP	19
Personalidad y Bulimia Nervosa	20
Personalidad y Anorexia Nervosa (AN).....	20
Comorbilidad del TLP con otros trastornos de la personalidad	21
JUSTIFICACIÓN	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS	24
METODOLOGÍA	25
Diseño del estudio	25
Población.....	25
Criterios de Inclusión	26
Criterios de Exclusión	26
Criterios de Eliminación.....	26
Variables a incluir en el estudio	27
Definición conceptual de los trastornos a incluir en el estudio	27
1. Trastorno límite de la personalidad.....	27
2.- Trastornos Afectivos.....	28
Trastorno Depresivo Mayor	29
Trastorno Distímico	29

3.- Trastornos de Ansiedad.....	30
Trastorno de Ansiedad Generalizada	30
Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)	30
Trastorno de Angustia	31
Crisis de Angustia	31
Agorafobia.....	31
4.- Trastornos de la Conducta Alimentaria	32
Anorexia Nervosa.....	32
Bulimia Nervosa.....	33
Trastornos de la Alimentación No Especificados (TANE)	33
Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación.....	34
1.- Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCD)	34
2.- SCID II.....	34
3.- Escala SWAP-200.....	35
Procedimiento	36
Análisis Estadístico	37
Consideraciones éticas	37
CRONOGRAMA	¡Error! Marcador no definido.
RESULTADOS	38
1.- Características demográficas y clínicas de la muestra.	38
2.- Perfil de personalidad de acuerdo al SWAP-200.....	40
3.- Identificación de puntos críticos entre grupos	44
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	52
REFERENCIAS	53
ANEXOS.....	63

INTRODUCCIÓN

La heterogeneidad clínica y la alta comorbilidad observada en el trastorno límite de la personalidad (TLP) reflejan su gran complejidad neuropsicológica. A pesar de la alta prevalencia y de las implicaciones clínicas y de tratamiento, son pocos los estudios transversales y prospectivos que se han realizado para evaluar el TLP aunado a trastornos afectivos/ansiosos y de la conducta alimentaria. Existen pocas evaluaciones epidemiológicas sobre los patrones de comorbilidad, y aun menos estudios sobre las diferencias en el perfil de la personalidad entre pacientes diagnosticados con TLP y comorbilidad con un diagnóstico específico en Eje I. (1–3)

Para aproximarse al estudio de la comorbilidad del TLP es necesario revisar algunos patrones específicos de comorbilidad con Trastornos del Eje I y acceder a modelos dimensionales de personalidad en los cuales el TLP puede ser evaluado a detalle.

Personalidad

La personalidad se ha definido como la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que distinguen al individuo y lo ajustan a su entorno (4). Es un complejo patrón de características psicológicas, profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Estas características pueden ser resultado de una base heredable individual o bien, consecuencia de la memoria de la experiencia individual. Así, es posible distinguir dos componentes en la personalidad: el temperamento, que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos, que se manifiesta desde etapas tempranas del desarrollo y se mantiene estable a lo largo del ciclo vital, y el carácter, que se refiere a las características adquiridas durante el crecimiento y posee la connotación de un cierto grado de conformidad con las normas sociales (5–7). La personalidad incluye la totalidad de características de la persona, sociales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas.

Teoría estado-rasgo

A lo largo de la historia se han desarrollado varios modelos teóricos para el estudio de la personalidad. El modelo personalista propone que la conducta está determinada por variables personales, constitutivas del individuo. Se espera que la conducta sea estable y consistente a través de distintas situaciones, ambientes o interacciones. Dentro de este modelo se desarrollaron dos teorías: la *teoría de estado* y *teoría de rasgo*. La teoría de estado propone que la conducta se determina por los **estados internos** del individuo, que serían elementos afectivos y cognitivos **temporales, situacionales**, posiblemente en conflicto, que explicarían el comportamiento. La teoría de rasgo propone que la conducta del individuo depende de una serie de patrones de respuesta, que son **tendencias globales, independientes de la situación**.

La evaluación de la personalidad se realiza en medio de situaciones específicas, que dificultan la distinción de características estado y rasgo. Cuando las personas evaluadas presentan al menos un trastorno en el Eje I, se generan *estados* que pueden afectar el contacto con la realidad y la percepción de sí mismo y por lo tanto, modificar los resultados de la medición de la personalidad. Por ello, deben evaluarse los *rasgos*, que hacen referencia a características arraigadas de la personalidad, que se mantienen a través del tiempo y se presentan en casi todas las situaciones. Por lo anterior, cabe esperarse un efecto cruzado *estado-rasgo* en la evaluación y la persona que interpreta la prueba debe tenerlos en cuenta. (5,8,9).

Perfil de Personalidad

La medición de la personalidad está limitada por factores que sesgan el proceso y lo distorsionan. Ciertas distorsiones aparecen por el estilo de personalidad del individuo estudiado o del entrevistador. Otras surgen porque el grado de patología no permite que el sujeto identifique sus propios errores afectivos, cognitivos o de comportamiento y por ello no los reporta. Además, sus respuestas pueden estar influenciadas por el deseo de obtener un beneficio o evitar una consecuencia desagradable de su propia conducta.

El perfil de personalidad nace de las limitaciones que genera la medición de la personalidad desde una sola perspectiva, lo que ocasiona ubicar a la persona bajo una única etiqueta que intenta predecir el tipo de problemas a los que el individuo es vulnerable y cuáles serían las terapias más eficaces para tratarlo.

El perfil de personalidad consiste en una serie de instrumentos de medición que evalúan un conjunto de características psicológicas, sociales, culturales y rasgos que definen a una persona. Tras su aplicación, se postulan cualidades relativamente regulares y consistentes del comportamiento y se evalúan las alteraciones psicopatológicas. El objetivo es obtener con el conjunto de instrumentos, una interpretación de la persona en su totalidad.

Modelos y Perspectivas de Estudio

Para la comprensión y estudio de la personalidad han surgido a lo largo de la historia diferentes perspectivas, que coexisten para permitir una visión más cercana a la realidad. Las perspectivas dominantes son la psicodinámica, la biológica, la interpersonal, la cognitiva y la perspectiva inductiva. Ahondaremos, para fines de este estudio, en la perspectiva biológica y la perspectiva inductiva y sus modelos factoriales.

Perspectiva Biológica

Desde esta perspectiva, existen influencias de personalidad distales y proximales: las distales se originan en el código genético e incluyen características heredadas que son transmitidas como parte de la historia evolutiva de nuestra especie. Existen porque la recombinación genética no es posible sin sexualidad. Así, los seres humanos del sexo masculino tienden a ser más agresivos, dominantes y territoriales, y los del sexo femenino más sociales, amorosas y maternales. Las proximales son influencias que deben su existencia al hecho de que somos sistemas biológicos complejos que discrepan entre sí afectando la conducta. El temperamento debe ser entendido como un potencial biológico subyacente para la conducta, que se aprecia claramente en el estado de ánimo o emotividad predominante de las personas

y en la intensidad de ciclos de actividad. Es la suma de las influencias biológicas heredadas en la personalidad que aparecen de forma continua a lo largo de la vida.

Modelos neurobiológicos

Robert Cloninger (1993) (6) ha propuesto una teoría basada en la interrelación de cuatro disposiciones de rasgos o factores genéticos-neurobiológicos, cada uno de los cuales se asocia a un particular sistema de neurotransmisión (4):

- **Búsqueda de la novedad.** Se asocia con una baja actividad basal en el sistema dopaminérgico, lo que predispone a la persona a la vigorización o a la activación en respuesta a estímulos nuevos, la toma impulsiva de decisiones, provocando la evitación activa de la monotonía y castigo. Los individuos con una elevada búsqueda de la novedad tienden a buscar emociones, al ser impulsivos, extravagantes y desordenados.
- **Evitación del daño.** Se asocia con una alta actividad en el sistema serotoninérgico. Refleja una disposición a responder intensamente a los estímulos aversivos, inhibiendo conductas para evitar el castigo, la novedad y la frustración. Los individuos con una elevada evitación al daño son tímidos con las personas extrañas, muestran una percepción pesimista ante la anticipación de futuros problemas, tienden a preocuparse y a mostrarse tensos en situaciones que les son poco familiares, sus conductas son pasivas y evasivas.
- **Dependencia a la recompensa.** Se asocia con una baja actividad basal del sistema noradrenérgico. Consiste en la tendencia a responder a las señales de recompensa, como buscar la aprobación social o perpetuar conductas asociadas a la recompensa o evitación del castigo.
- **La persistencia.** Considerada originalmente como parte de la dependencia a la recompensa, se representa por el mantenimiento de una conducta a pesar de la frustración y fatiga que origine y se comporta de manera independiente a otros aspectos de la dependencia a la recompensa.

Posteriormente se estudiaron aspectos de la personalidad que no correlacionaban directamente con los factores comentados. Correspondían a las dimensiones del carácter, que están relacionadas con auto conceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían hacia la toma de decisiones y tienen influencia en el significado que el individuo da a las experiencias de la vida.

Las tres dimensiones del carácter del modelo psicobiológico son:

- Autodirección. Se refiere a la autodeterminación, autoestima y la capacidad del individuo para controlar, regular y adaptar su conducta a una situación de acuerdo a valores y metas personales.
- Cooperatividad. Refleja las diferencias individuales en términos de la aceptación de otros y evalúa aspectos relacionados con la empatía contra el oportunismo, la agresión y la hostilidad.
- Auto-Trascendencia. Hace referencia a la identificación transpersonal, la creatividad y la capacidad de renunciación. (4,6)

Siever y Davis, (1991) (10) han propuesto un modelo psicobiológico consistente en cuatro dimensiones que conllevan considerar un continuo entre el Eje I y el Eje II, especialmente en lo que concierne a la impulsividad, la ansiedad y la distorsión cognitiva:

- Dimensión cognitivo/perceptual: Aparece en el Eje I con esquizofrenia y en el Eje II con trastorno esquizotípico, paranoide y esquizoide de personalidad. De esta dimensión dependen la suspicacia, las distorsiones interpretativas, la existencia de micro-psicosis y la ideación paranoide. Está implicada en la regulación de los elementos básicos de la interpretación y su disfunción dependería de áreas prefrontales y conexiones corticosubcorticales, así como de un déficit dopaminérgico cortical.
- Impulsividad/agresividad: Aparece en el Eje I como trastornos del control de los impulsos y en el Eje II como trastorno límite y antisocial de la personalidad. Esta dimensión es responsable de las conductas autolesivas, predisponente de abuso de sustancias y de conductas purgativas. Desde un punto de vista neurobiológico dependería fundamentalmente

de una disfunción de la neurotransmisión serotoninérgica y de una hipofunción cortical frontal. Recientemente se han implicado agentes gabaérgicos, noradrenérgicos, dopaminérgicos y glutamatérgicos en la modulación de la conducta agresiva.

- **Inestabilidad afectiva:** Se manifiesta en el Eje I como los Trastorno afectivos y en el Eje II con el trastorno límite e histriónico de personalidad. Se caracteriza por la existencia de labilidad emocional que cursa con oscilaciones anímicas, disforia, incremento de la irritabilidad e ira asociada. Se ha relacionado con una disfunción del sistema límbico, exceso de acetilcolina asociado a la disforia y exceso de noradrenalina que sería responsable de la hiperreactividad emocional.

- **Ansiedad/inhibición:** Asociada a trastornos ansiosos en Eje I y a trastornos del cluster C en el Eje II. De esta depende la regulación de la respuesta ante el peligro y cursaría con ansiedad, temor, inhibición conductual o sentimientos de vacío. En su disfunción estaría implicadas estructuras amigdalinas e hipocampales, además de una hipersensibilidad serotoninérgica, hipersecreción de CRH y déficit gabaérgico. (5,10)

Perspectiva Inductiva

Esta perspectiva propone que la teoría de personalidad en sí debe ser construida a partir de principios que organizan los contenidos de todo el ámbito de la personalidad, y no solo algunos aspectos. Al encontrarse entonces ante la necesidad estudiar miles de características de personalidad, fue necesario el uso de una técnica estadística denominada análisis factorial, con el propósito de encontrar las características fundamentales entre una gran número de ellas, evitar el solapamiento y obtener factores que las agrupen. Así, pueden contemplarse cientos de características a partir de un esquema mucho más reducido. (4)

Modelo de los Cinco Factores

Este es el modelo más influyente en la actualidad en cuanto a teoría de rasgos (Costa y McCrae 1989). Es un fenómeno empírico y procede del análisis de varios inventarios de personalidad. Consiste en cinco amplias dimensiones de orden superior. Cada dimensión está compuesta de varias agrupaciones de orden inferior de rasgos, lo cual produce un modelo de estructura jerárquica. (11,12) Las dimensiones son:

- **Neuroticismo.** Es la tendencia a experimentar emociones negativas como ansiedad, ira, depresión, vulnerabilidad e impulsividad. Alude a el ámbito de la afectividad, de la emocionalidad del individuo, el ajuste emocional de la persona, a la mayor o menor proporción de sus actitudes y reacciones emocionales. Su opuesto es la estabilidad emocional, es decir, la tendencia a sentirse calmado, controlado y libre de preocupaciones.
- **Extraversión.** Compuesta por la tendencia a mostrarse afectuoso o amistoso, buscar la estimulación social, la asertividad, la tendencia a mostrarse dominante y autoritario, la actividad, la tendencia al movimiento y la energía. Además la búsqueda de excitación, la apetencia por la estimulación y por las emociones positivas. Su opuesto es la introversión.
- **Apertura a la experiencia.** Está formada por la fantasía, la utilización de la imaginación y la creatividad; la receptividad a los sentimientos y a experiencias emocionales profundas; la tendencia a considerar ideas poco convencionales y la preferencia por la novedad frente a lo familiar y lo rutinario. Se opone a la cerrazón a la experiencia.
- **Responsabilidad.** Se compone de la tendencia a mostrarse capaz y efectivo. Preferir el orden, la pulcritud y la organización. La tendencia a respetar los principios éticos y cumplir las obligaciones morales. La consecución de las metas, la autodisciplina, la voluntad de completar las tareas a pesar de las distracciones y el aburrimiento.
- **Amabilidad o agradabilidad.** Consiste en los rasgos de confianza, la tendencia a creer que los demás son honestos y bienintencionados; la tendencia a mostrarse franco y sincero. Se contrapone al antagonismo. (11,12)

Trastornos de la Personalidad

Dada su base social, no es posible diferenciar de forma absoluta y objetiva entre personalidad normal y anormal. Es probable que la mejor definición de la normalidad sea la conformidad con los comportamientos y costumbres típicos del propio grupo o cultura. Por tanto, la patología se definiría a partir de los comportamientos atípicos, irrelevantes o distintos a los del grupo de referencia. Incluso en el propio grupo de referencia, la normalidad y la patología se sitúan en un continuo. (3)

La personalidad se puede agravar a lo largo del continuo entre la salud y la patología, ya sea porque cada rasgo puede intensificar su expresión o porque se incrementa el número de rasgos desadaptativos.

Estos rasgos desadaptativos parecen distinguirse por tres características patológicas:

- 1) La carencia de capacidad de adaptación en condiciones de estrés. El sujeto no dispone de estrategias de afrontamiento flexibles. Como resultado, el nivel de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.
- 2) Son inflexibles en sus interacciones, no logran conductas alternativas según las necesidades, sus reacciones o iniciativas son desproporcionadas a las circunstancias.
- 3) Como consecuencia de estas dos, existen experiencias fallidas que son patogénicas: similares situaciones que replican sus fallas; dado que no son capaces de cambiar, presentan una repetición de conductas patológicas, perdiendo la oportunidad de cambio.

Los trastornos de personalidad tienen un efecto negativo en el tratamiento y pronóstico de varios trastornos del Eje I (4,13).

Epidemiología de los trastornos de personalidad

Investigaciones recientes indican que los trastornos de personalidad afectan del 10% al 15% de la población general y constituyen un problema con importantes repercusiones clínicas y

sociales (5). El porcentaje se incrementa hasta el 50% a 60% cuando hablamos de poblaciones psiquiátricas ambulatorias. Además, el 15% de los ingresos hospitalarios están causados por problemas secundarios a este diagnóstico. (10,12,14-16).

Trastorno límite de la personalidad

Generalidades

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica compleja caracterizada por una grave inestabilidad en la regulación emocional, en la autoimagen, en las relaciones interpersonales y en el control de los impulsos.

El TLP se asocia con un deterioro estable de la funcionalidad (26,27,32–35) y se caracteriza por un alto riesgo de suicidio (36,37). La tasa de mortalidad por suicidio está entre el 8% y 10%, lo cual es 50 veces mayor que en la población general. Sin embargo, se ha reportado tasas menores (1,27)

El origen del término límite o “borderline” data de 1960, cuando Grinker y col. realizaron un análisis estadístico de pacientes de difícil diagnóstico, que no parecían lo suficientemente enfermos para ser diagnosticados como esquizofrénicos pero se encontraban muy perturbados como para recibir tratamiento psicoanalítico. Observaron que parecían ocupar un continuo desde el “borde psicótico” hasta el “borde neurótico”. Así, definieron cuatro grupos en este continuo: el tipo I o “border psicótico”, en el que presentaban una conducta desadaptada e inapropiada, problemas con la prueba de realidad y con la identidad, una conducta negativa y expresión abierta del enojo. El tipo II o “Síndrome Borderline Central” presentaba un afecto negativo general, compromiso vacilante con otros, actuación del enojo y una identidad propia inherente. El tipo III o grupo “como si” presentaba tendencia a copiar la identidad de otros, falta de afecto, una conducta más o menos adaptada pero con

relaciones carentes de espontaneidad. Y por último el tipo IV o “border neurótico” mostraba síntomas de ansiedad, depresión y rasgos neuróticos y narcisistas. (3,4,17,18)

El TLP tiene una heredabilidad significativa, con 42 al 68% de la varianza asociada a factores genéticos, (19,20).

Algunos estudios que involucran el uso de resonancia magnética o tomografía por emisión de positrones en pacientes con TLP, han mostrado una amígdala hiper-reactiva y la inhibición alterada de la corteza prefrontal durante la realización de tareas que involucran la exposición a expresiones faciales, reacciones a palabras cargadas emocionalmente y cooperación interpersonal. (20,21)

Epidemiología

El TLP es el diagnóstico en Eje II más prevalente tanto en población abierta como en población clínica, es el que más intentos suicidas presenta y el de mayor comorbilidad con los trastornos del ánimo y con otros trastornos de personalidad. Presenta una prevalencia en la población general de 0.7% a 2%, mientras que en población clínica psiquiátrica es del 8% al 11%. Se presenta entre el 14% y 20 % de los pacientes hospitalizados y es más frecuente en las mujeres con respecto a los varones (3:1). (3) En población clínica, del 70% al 80% son mujeres. Al igual que en la mayoría de las poblaciones en tratamiento, esto parece reflejar la mayor búsqueda de tratamiento por parte del género femenino (20,22–25).

Comorbilidad

La comorbilidad se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad. A pesar de esta definición aparentemente simple y operativa establecida en el DSM IV, el término ha tenido diferentes concepciones según diversos autores. Feinstein en 1970 fue el primero en usarlo definiéndolo como cualquier entidad clínica adicional que existe o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente quien tiene una enfermedad

dada en estudio. Boyd en 1984 la definió como el riesgo relativo de una persona con una enfermedad de recibir el diagnóstico de otra enfermedad. Una definición de tipo metodológico es la de Burke en 1990: la presencia de más de una enfermedad específica en una persona durante un período de tiempo definido. Alrededor del concepto de comorbilidad Van Praag hace los siguientes planteamientos:

Puede enfocarse como el acumulo aparente de varios trastornos psiquiátricos en un solo individuo. Sin embargo esta concepción implicaría que los trastornos mentales son categorías claras y discretas, lo que en ocasiones es difícil determinar. Lo anterior dificultaría la investigación de aspectos patogénicos y epidemiológicos de la enfermedad mental.

Comorbilidad del TLP con trastornos en el Eje I

Para explicar la alta tasa de comorbilidad, existen cuatro modelos posibles, que no son necesariamente excluyentes uno del otro:

1. Los trastornos de la personalidad crean vulnerabilidad a condiciones en el Eje I.
2. Las características de personalidad se exacerban por la presencia de una condición en Eje I
3. Los trastornos de la personalidad y condiciones en el Eje I tienen un origen en común,
4. Los trastornos de la personalidad influyen en el curso y presentación en la condición en el Eje I, que es independiente etiológicamente. (3)

Cohen y cols. en 2005, tras un estudio longitudinal, sostienen que el trastorno de personalidad tiene una influencia significativa en el desarrollo de enfermedad mental, aunque la causa aun no ha sido aclarada. A pesar de que es ampliamente aceptado que la severidad del trastorno de personalidad y la de su comorbilidad empeoran el pronóstico y la respuesta a todo tipo de tratamientos, no existe una evidencia consistente sobre esta relación, de hecho ha sido cuestionada al hallar que la presencia de trastorno depresivo mayor puede ser un indicador de buen pronóstico. Se ha especulado que se deba a que el trastorno depresivo actúa como un motivador para mantenerse en tratamiento. (3,24)

El TLP está frecuentemente asociado con trastornos del Eje I y II. El 84.5% de los pacientes con TLP cumplen criterios para uno o más trastornos en el Eje I por más de 12 meses, y el 73.9% cumplen criterios para otro trastorno de Eje II a lo largo de la vida.

El antecedente de trastorno por estrés postraumático en paciente con TLP es frecuente, con una prevalencia de 39.2% a lo largo de la vida. (26–30)

El TLP coexiste más frecuentemente con los trastornos del estado de ánimo, con una prevalencia de 70% a 90%, seguido de los trastornos de ansiedad, con una prevalencia cercana al 80%, en su mayoría relacionado con el trastorno por estrés postraumático (TEPT) con un 39.2% a 55% (26). Coexiste con dependencia a sustancias en un 61% y con trastornos de la conducta alimentaria en un 53%.

Un estudio reciente en México, con una muestra de 15 pacientes con TLP encontró una comorbilidad con trastornos del Eje I del DSM-IV de 93.3%. (22)

Se ha encontrado que los pacientes con TLP tienen el doble de probabilidades de padecer tres o más condiciones coexistentes en el Eje I cuando se compara con pacientes sin TLP, y que una historia de múltiples diagnósticos a lo largo de la vida es predictivo de TLP. (26,31)

Comorbilidad del TLP con Trastornos Depresivos

Los síntomas depresivos son frecuentemente la principal razón por la cual los pacientes con TLP son hospitalizados; aun cuando en muchos casos el internamiento no es la intervención más útil, ya que es necesaria una evaluación detallada de las características cualitativas de la depresión. (38–40)

Aunque hay una amplia aceptación de que el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) está frecuentemente asociado al TLP, se ha observado que el perfil sintomático de presentación es distinto al que se conoce en pacientes sin el Trastorno de Personalidad. Incluso la

respuesta terapéutica suele ser distinta en pacientes con TLP. Por esta razón se ha propuesto que es necesaria una distinción entre la “depresión en TLP” y el TDM. Cuando se trata de TDM la hospitalización se indica cuando hay un riesgo real. Cuando se trata de un trastorno depresivo en TLP la hospitalización tiene un efecto iatrogénico en el que se corre el riesgo de reforzar un comportamiento aprendido y aumentar las estrategias maladaptativas de búsqueda de ayuda (24,41–43)

En México, se ha reportado una comorbilidad del TLP del 86.8% con algún trastorno del estado de ánimo, de éstos el 13.3% con TDM, el 53.3% con trastornos depresivo no especificado y el 13.3% con trastorno Distímico. (22)

Comorbilidad con TLP con Trastornos de ansiedad

La experiencia clínica sugiere que los trastornos de ansiedad son comunes entre los pacientes con TLP. Sin embargo, solo existen tres estudios transversales que describen cifras detalladas de trastornos específicos de ansiedad en TLP. (McGlashan y cols. 2000; Zanarini y cols. 1998; Zimmerman y Mattia, 1999). En estos estudios, la presencia de trastorno de angustia entre pacientes límite va del 30.5% al 47.8%, mientras que la agorafobia va del 0.6% al 12%. El rango de fobia social va de 19.4% a 45.9% y de la fobia simple del 20.3% al 31.7%. La frecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo va del 15.6% a 20.3%, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada va del 13.5% al 21.7% (24,44).

En México se ha reportado comorbilidad del TLP con trastorno del estado de ánimo mixto (ansioso y depresivo) en un 6.6%. No se han encontrado datos recientes sobre la comorbilidad con trastornos ansiosos de manera específica. (41)

Algunos investigadores han argumentado que el TLP es una forma compleja de estrés postraumático, dado que está fuertemente relacionado con el antecedente de trauma. Se ha encontrado que la gravedad de sintomatología con un solo trastorno es similar a la gravedad observada cuando se diagnostican ambos trastornos en el sujeto (Zlotnick et al. 2002). Sin

embargo, también se ha encontrado que la respuesta a la terapia cognitivo-conductual en el manejo de trastorno por estrés postraumático (TEPT) suele ser peor cuando co-existe con TLP (Feeny, Zoellner 2002). Se ha visto también que el TEPT aumenta la conducta suicida en pacientes con TLP pre-existente (Skodol et al. 2005). Estos hallazgos apoyan la idea de que se trata de entidades distintas. (24,44,45)

Trastornos de la conducta alimentaria y su comorbilidad con TLP

Existe una alta comorbilidad de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con conducta alimentaria anómala oscila, según los diferentes estudios, entre el 53 y el 93%, con una media del 59%, que varía en función de que se valoren pacientes ingresados (74%) o ambulatorios (54%)(43,46–49). De igual manera, se observa la manifestación simultánea de más de un trastorno de la personalidad con mayor frecuencia que en la población general, y esta frecuencia estaría principalmente incrementada en las pacientes bulímicas con historia previa de anorexia o con sintomatología mixta, es decir, la que correspondería al diagnóstico de anorexia nervosa tipo compulsivo/purgativa o bulimia nervosa (46,50–55).

Se ha encontrado que en la anorexia nervosa restrictiva (ANR) el trastorno más frecuente en Eje II es el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (22%), seguido del trastorno de personalidad por evitación (19%). En la anorexia nervosa compulsivo-purgativa (ANCP) el tipo más común de Trastorno en Eje II es el trastorno límite de la personalidad (26%), seguido del trastorno de personalidad por evitación (17%) (46,54).

En la bulimia nervosa, el trastorno más frecuente del Eje II es el TLP (28%), seguido del trastorno dependiente (21%), histriónico (20%), y evitativo (19%). Parece ser que las conductas impulsivas de alimentación (como atracones, purgas) tienden a asociarse con mayor frecuencia al TLP (43,56).

En particular, la prevalencia comórbida de los trastornos de la conducta alimentaria con el trastorno límite de la personalidad es aproximadamente del 50%. Los pacientes límite que han sido diagnosticados con algún TCA tienen generalmente un menor funcionamiento (50,52,57–59).

En México se ha reportado una comorbilidad del TLP con bulimia nervosa del 6.6%. No se encontraron datos específicos acerca de la comorbilidad con otros TCA (22,60,61).

Personalidad y Bulimia Nervosa

Las investigaciones coinciden en definir a las bulímicas como personas impulsivas, con elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima, tendencia a tomar decisiones rápidas y a actuar de forma impredecible, poco meditada y, en definitiva, poco controlada. La utilización de diferentes escalas de personalidad en diversos estudios, arrojan siempre un perfil de personalidad asociado con un pobre control de impulsos, depresión crónica, conductas de acting-out y disminuida tolerancia a la frustración. Se encuentra sin embargo una importante variabilidad en el grado de funcionamiento personal de estas pacientes, hallándose una minoría de sujetos que puntúan dentro de límites normales en todas las escalas y otros que obtienen resultados indicativos de mayor ansiedad, de rumiaciones y de retraimientos social (46,51,56,60,62–64).

Personalidad y Anorexia Nervosa (AN)

Dos estudios realizados para determinar la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con AN mostraron que el trastorno por evitación fue más frecuente (14–16%); en segundo lugar se ubicó el trastorno dependiente (5–10%) y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo (6–7%). Se ha descrito que hasta 30% de las pacientes anoréxicas presentan características obsesivas en su personalidad; de hecho, existen similitudes clínicas entre la personalidad obsesiva y los trastornos alimentarios restrictivos. Sin embargo, otras investigaciones mencionan que la ANR presenta muy baja comorbilidad psiquiátrica,

comparada con cualquier otro trastorno alimentario (46,60). La posibilidad de que pudieran exacerbarse por complicaciones nutricionales algunos rasgos propios de la AN, como la dependencia, la introversión y la obsesividad, genera confusión al intentar establecer una diferenciación entre los rasgos innatos y los surgidos a consecuencia de la pérdida ponderal (20). Hallazgos de diversos estudios sobre la personalidad de pacientes con antecedentes de AN controlada, permitieron identificar patrones específicos de comportamiento, como una tendencia a la inhibición, una dificultad en la expresión emocional, una falta de iniciativa y un elevado grado de conformismo. Lo anterior sugiere que son inherentes a la AN y no una consecuencia de la inanición. Estudios clínicos y familiares coinciden en la observación de las siguientes características comunes de comportamiento premórbido en las pacientes con ANR: obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia y tendencia a la evitación social (46,51,60,62–66).

Comorbilidad del TLP con otros trastornos de la personalidad

En 2011, Barachina y cols. estudiaron la comorbilidad del TLP con otros trastornos de la personalidad. Se obtuvieron datos de 484 pacientes con diagnóstico de TLP. Cerca del 74% de los pacientes tenían al menos un diagnóstico co-ocurrente en el Eje II. Los más comunes fueron los trastornos Paranoide, Pasivo-agresivo, Evitativo, y Dependiente de la Personalidad (67,68).

JUSTIFICACIÓN

La alta prevalencia de los trastornos de personalidad tiene importantes implicaciones para las políticas de salud, lo que los convierte en un tema de salud pública que es necesario abordar.

Es sabido que los pacientes con comorbilidad con un trastorno en el Eje I y trastorno de la personalidad, requieren un mayor uso de las unidades de salud mental, cuentan con mayor historia de internamientos y ameritan un manejo ambulatorio más extenso en comparación con pacientes con diagnóstico solo en el Eje I.

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) es el diagnóstico en Eje II más prevalente tanto en población abierta como en población clínica, es el que más intentos suicidas presenta y el de mayor comorbilidad con los trastornos del ánimo y con otros Trastornos de personalidad.

Por estas implicaciones, es importante tratar de identificar los puntos críticos en la personalidad límite que se asocian más al desarrollo de trastornos afectivos/ansiosos o hacia los TCA, y así implementar oportunamente medidas preventivas, de psicoeducación y abordajes terapéuticos específicos.

Existen muchos problemas con el sistema vigente de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-IV. Al no contar con bases empíricas, con frecuencia resulta insuficiente al intentar describir los hallazgos clínicos. Carece de validez discriminante, por lo que la comorbilidad entre trastornos de personalidad suele ser alta. Otorga además, de manera arbitraria un enfoque categórico a los diagnósticos de personalidad.

Muchos otros problemas sugieren que el Eje II requiere una revisión considerable. Sin embargo, parece que la redefinición de los constructos, categorías y criterios diagnósticos del Eje II se dificulta más por carencias en los instrumentos utilizados

actualmente para la evaluación de la personalidad. Sus coeficientes de validez suelen ser débiles, particularmente en las mediciones auto-aplicables.

Por estos motivos, se considera necesario obtener la validación concurrente de un instrumento diseñado para ser respondido por el clínico y que permitiera una descripción dimensional, detallada, sistemática y cuantificable de la personalidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se conoce que los trastornos afectivos y los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes entre pacientes con trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, existen pocas especificaciones sobre los rasgos que predominan en pacientes que sufren trastornos afectivos/ ansiosos y los rasgos que predominan en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil de personalidad de las pacientes con trastornos afectivos/ansiosos y trastornos de la conducta alimentaria con comorbilidad con trastorno límite de la personalidad?

OBJETIVOS

- **Objetivo General**
Evaluar el perfil de la personalidad en pacientes con trastorno afectivo/ansioso y comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, y comparar con el perfil de personalidad

de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

- **Objetivos específicos**

- 1.- Comparar las características demográficas y clínicas entre las pacientes trastorno afectivo/ansioso y trastorno de la conducta alimentaria con comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

- 2.- Obtener la validez concurrente del SWAP mediante el uso del SCID-II

- 3.- Identificar los puntos críticos comunes del perfil de personalidad en pacientes con Trastorno afectivo/ansioso y Trastorno de la Conducta Alimentaria con comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

HIPÓTESIS

Los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y trastorno límite de personalidad mostrarán mayor alteración en las dimensiones de narcisismo, psicopatía, conducta obsesiva, conflicto sexual, conflicto Edípico y disociación. Mientras que los pacientes con trastorno afectivo/ansioso y trastorno límite de personalidad mostrarán mayor alteración en las dimensiones de regulación emocional, hostilidad, disforia, orientación esquizoide, trastorno cognitivo y salud psicológica.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

De acuerdo con los criterios de investigación establecidos por Alvan Feinstein, los ejes básicos para la arquitectura de una investigación están basados en ideas que tratan de definir el propósito de una investigación, el tipo de agentes usados en el estudio, la distribución de dichos agentes, el número de estados temporales y los componentes de un grupo de datos.

De acuerdo a esta clasificación, el presente estudio muestra las siguientes características:

- De acuerdo a su propósito general: Comparativo.
- De acuerdo a la colocación de los agentes: Descriptivo.
- De acuerdo a su dirección temporal: Transversal.
- De acuerdo a los componentes de los grupos: Homodémico.
- De acuerdo a la recolección de datos: Ambilectivo.

Población

El tamaño de la muestra se basó en el número requerido para evaluar y comparar el perfil de personalidad de pacientes con trastorno afectivo/ansioso o trastorno de la conducta alimentaria y comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad. Utilizando la fórmula de proporciones y considerando que hasta un 25% de las pacientes con estos trastornos del Eje I pueden presentar comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad el tamaño de la muestra fue el siguiente:

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población (N):	1000000
Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	25%+/-10
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	10%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$):	1
IntervaloConfianza (%) 80%	Tamaño de la muestra 31

Criterios de Inclusión

1. Sexo femenino
2. Edad entre 18 y 50 años
3. Pacientes con diagnóstico en Eje I de trastorno afectivo, trastorno de ansiedad o TCA de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV y entrevista diagnóstica SCID-I
4. Pacientes con diagnóstico de TLP de acuerdo a la entrevista SCID-II
5. Consentimiento informado para participar en el estudio

Criterios de Exclusión

1. Trastorno mental secundario al abuso de sustancias como diagnóstico primario o enfermedad médica que confunda los diagnósticos mencionados en los criterios de inclusión
2. Dificultad para comunicarse y cooperar

Criterios de Eliminación

1. Pacientes que no completen la valoración con los instrumentos a emplear en el estudio

Variables a incluir en el estudio

Variable	Tipo de Variable	Medición
Edad	Intervalar (años)	Formato de datos clínico-demográficos
Escolaridad	Intervalar (años)	
Ocupación	Nominal	
Estado civil	Nominal	
Diagnóstico Eje I	Nominal	Criterios DSM-IV-TR
Edad de inicio	Intervalar (años)	Formato de datos clínico-demográficos
Tiempo de evolución	Intervalar (semanas)	
Núm. de hospitalizaciones	Intervalar	
Trastorno límite	Nominal	
		SCID II
Perfil de personalidad	Intervalar	SWAP-200

Definición conceptual de los trastornos a incluir en el estudio

1. Trastorno límite de la personalidad.

En la práctica clínica, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición heterogénea, multifactorial, caracterizada por una variedad de síntomas distribuidos en cuatro dominios básicos: la inestabilidad afectiva, impulsividad, inestabilidad en las relaciones interpersonales y errores cognitivos.

De acuerdo al sistema de clasificación actual en la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), para el diagnóstico deben estar presentes al menos cinco de nueve criterios, que pueden dividirse según los dominios básicos comentados:

Síntomas afectivos

1. Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad (por ejemplo episodios de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas)
2. Ira descontrolada, o inapropiada e intensa (muestras frecuentes de mal genio, irritabilidad constante, riñas físicas recurrentes)
3. Sentimiento crónico de vacuidad

Síntomas impulsivos

4. Autolesiones, ideación, amenazas o conductas suicidas recurrentes.
5. Impulsividad con el potencial de autolesión en por lo menos 2 áreas (como atracones alimenticios, imprudencia al conducir, relaciones sexuales, gastar dinero, así como abuso de sustancias)
6. Un patrón de relaciones interpersonales inestables que alternan entre los extremos de la idealización y devaluación.

Síntomas Interpersonales

7. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, ya sea real o imaginario
8. Alteraciones en la identidad: (auto-percepción inestable)

Síntomas Cognitivos

9. Ideas paranoides breves o síntomas disociativos intensos en situaciones de estrés.(26,69)

2.- Trastornos Afectivos

Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida del control del estado de ánimo, el cual se define como el tono vital interno

dominante de la persona que influye en su comportamiento y su percepción del mundo. Los pacientes deprimidos experimentan una pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida del apetito y pensamientos de muerte y suicidio. Además existe un cambio en el nivel de actividad, funciones cognitivas, habla y funciones vegetativas. Estos cambios originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral. Para fines del presente estudio, se hace referencia al trastorno depresivo mayor (TDM) y al Trastorno Distímico. (2,69)

Trastorno Depresivo Mayor

Se caracteriza por un estado de ánimo triste o la pérdida de interés o de placer por las actividades habituales. La persona también experimenta al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones y pensamientos de muerte o suicidio. Los síntomas han de estar presentes prácticamente cada día, excepto las ideas de suicidio o los pensamientos de muerte que solo van a ser recurrentes. En el DSM-IV TR se especifica que el episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas; el diagnóstico se descarta si los síntomas son consecuencia de un duelo normal y si existen síntomas psicóticos en ausencia de síntomas de estado del ánimo. Aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía.

Trastorno Distímico

Según el DSM-IV-TR se define como la presencia, durante al menos dos años, de estado de ánimo deprimido, casi constante, que dura la mayor parte del día, y que no es suficientemente grave como para ser diagnosticado de episodio depresivo mayor. Existen sentimientos asociados de ineptitud, culpa, irritabilidad y enfado, retraimiento social, pérdida de interés e inactividad y falta de productividad. El concepto nuclear del Trastorno Distímico hace referencia a un trastorno depresivo subclínico de curso crónico de bajo grado durante al

menos dos años, un inicio gradual, con origen a menudo en la infancia o la adolescencia y curso persistente o intermitente.

3.- Trastornos de Ansiedad

Los Trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real. Afectan el desempeño laboral, académico y social. En esta investigación se incluye el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, agorafobia y trastorno por estrés postraumático. No será incluido el trastorno obsesivo compulsivo.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultada para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

Se presenta cuando el paciente ha estado expuesto a un acontecimiento altamente traumático en que estuviera amenazada su integridad física o la de los demás y se caracteriza por la reexperimentación del evento como recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar, síntomas debidos al aumento de la activación (irritabilidad, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, dificultades para conciliar o mantener el sueño), así como evitación persistente de los estímulos relacionados con el trauma.

Trastorno de Angustia

Es la presencia de crisis de angustia repetidas que se acompañan de inquietud y preocupación ante la posibilidad de sufrir otras más.

El DSM-IV TR no especifica un número mínimo de crisis o un marco cronológico, aunque exige que al menos una de las crisis esté seguida de preocupación ante la posibilidad de sufrir una nueva crisis o por las implicaciones médicas de las mismas, o cambios de conducta durante un período mínimo de un mes. Además requiere que las crisis sean generalmente inesperadas, es decir, sin estar relacionadas con un desencadenante situacional específico.

Crisis de Angustia

Es la aparición temporal y aislada de miedo o malestar marcado acompañado de síntomas somáticos intensos, como sensación de falta de aire, de opresión torácica, palpitaciones, mareo, náusea, temblor, diaforesis, molestias abdominales, hipoestésias en extremidades y sensación de pérdida de control, de muerte inminente o de que se va a perder la razón. Estas crisis pueden aparecer en trastornos mentales distintos del trastorno de angustia, particularmente en fobia específica, fobia social y TEPT.

Agorafobia

Es la evitación estricta de situaciones en las que sería difícil obtener ayuda o donde parezca difícil escapar. El término agorafobia, de origen griego, significa literalmente “miedo a la plaza pública”. Suelen evitarse situaciones desencadenantes de ansiedad, por lo que el paciente solicita la presencia de compañía, no alejarse del hogar, evitar multitudes, sitios elevados, viajar en avión, etc. Puede desarrollarse como consecuencia de una serie de Crisis de angustia.

4.- Trastornos de la Conducta Alimentaria

Se trata de un grupo de trastornos que se caracterizan por comportamientos alimentarios anormales y actividades compensatorias relacionadas con el objetivo de alcanzar la delgadez, motivadas generalmente por un miedo intenso a ganar peso.

Anorexia Nervosa

Es un síndrome que se caracteriza por el rechazo a mantener un peso mínimo normal, un gran temor a ganar peso y alteración en la interpretación de su figura. Se caracteriza entonces, por tres criterios fundamentales: 1.-Inanición autoinducida de intensidad significativa 2.- Miedo intenso a la obesidad y búsqueda de la delgadez y 3.- Signos y síntomas médicos debidos a la inanición. En la distorsión de la imagen corporal asociada, existe una percepción propia de ser de dimensiones preocupantemente grandes, aun a pesar de encontrarse en desnutrición grave. A pesar de que el término “anorexia” hace referencia a una pérdida del apetito, este síntoma no suele presentarse, al menos en las fases iniciales. El término “nervosa” hace referencia a su origen psicógeno y lo distingue de las causas orgánicas de inanición.

En los criterios expuestos en el DSM-IV-TR se especifica un peso inferior al 85% del esperado para la edad y talla o un fracaso en el aumento de peso normal en el período de crecimiento. Además, para su diagnóstico requiere la presencia de amenorrea en mujeres pospuberales, definida como ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos o como la presencia de menstruación solo con tratamientos hormonales.

Se especifican los tipos *Restrictivo*, en el cual no se recurre a método de purgas o atracones, y el tipo *Compulsivo/purgativo* en el que, se recurre regularmente a atracones o purgas.

Bulimia Nervosa

Se caracteriza por atracones recurrentes combinados con conductas compensatorias inapropiadas destinadas a evitar el aumento de peso. Los atracones se definen como la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidades superiores a las esperadas para la mayoría de las personas en similares circunstancias. Se caracterizan por una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento. Las conductas compensatorias, que se realizan con el fin de no ganar peso, son por ejemplo el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y anorexígenos, la provocación del vómito, el ayuno o el ejercicio compulsivo.

En el DSM-IV se especifica que la frecuencia de los atracones y conductas compensatorias, tienen lugar al menos en dos ocasiones por semana durante un periodo de tres meses. Se especifican los tipos *purgativo*, en el cual es frecuente la inducción del vómito, el uso de laxantes, diuréticos, enemas. Y el tipo *no purgativo*, en el cual el individuo solo emplea otras conductas compensatorias como la restricción alimentaria o el ejercicio intenso.

Trastornos de la Alimentación No Especificados (TANE)

Se trata de una categoría residual que se aplica a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con los criterios de un TCA específico. Brevemente, en el tipo 1 se cumple con criterios de anorexia pero presenta menstruación normal, en el tipo 2 se cumple con criterios para anorexia, excepto por un índice de masa corporal dentro de los límites de normalidad; en el tipo 3 se cumple con criterios para bulimia pero con una menor frecuencia de atracones y conductas compensatorias; en el tipo 5 el sujeto mastica y expulsa, sin tragar cantidades importantes de comida, y el tipo 6 cursa con atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias. (69,70)

Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación

1.- Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCD)

El formato de datos clínico-demográficos diseñado previamente se compone de 3 áreas conformadas por diversos reactivos, en donde se registra y concentra la información necesaria de las principales características demográficas y clínicas de cada una de las pacientes evaluadas. Para la aplicación de este formato, fue necesario realizar un interrogatorio dirigido tanto a la paciente como a algún familiar que tenga un contacto estrecho y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad de la paciente en estudio.

La sección de "*Datos Generales*" contiene la ficha de identificación de la paciente, en donde se incluye la edad del paciente al momento del estudio, su estado civil, la escolaridad del paciente completada en años y su ocupación en la actualidad.

La sección denominada "*Diagnóstico y Características del Padecimiento*" se compone con algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica basada en los Criterios del DSM IV-TR y el SCID I y por una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: la edad de inicio del padecimiento, el tiempo de evolución y el número total de hospitalizaciones psiquiátricas.

2.- SCID II

La entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II); es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de diez trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (incluidos en el apéndice B del DSM-IV, "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores"). La SCID-II dispone de un cuestionario de personalidad para auto-reporte, compuesto por 119 ítems con repuestas

tipo Si / No como herramienta de cribado. Cada pregunta corresponde a un criterio diagnóstico.

Uno de sus objetivos es aportar un instrumento eficiente y sencillo, para aplicarse en el ámbito clínico. Diseñado para utilizarse con la hoja de resultados, con una duración de 45 a 90 minutos por sesión. Cuenta con una presentación tabulada, permitiendo al especialista pasar directamente de una sección a otra. (65,71,72)

3.- Escala SWAP-200

El Procedimiento de Evaluación de Shedler-Westen o SWAP-200, es un instrumento de evaluación que utiliza el método Q de organización (Q-Sort). Incluye no solo ítems que reflejan diagnósticos en el Eje II, sino también un amplio número de descriptores de personalidad, que se han derivado de la literatura, de la observación de cientos de especialistas y de estudios piloto diseñados para la comprensión de la personalidad y los Trastorno de la personalidad.

El método Q-Sort es uno de los métodos más exitosos a nivel empírico en el estudio de la personalidad normal. Consiste en una lista de enunciados que describen diferentes aspectos de la personalidad y funcionamiento psicológico. Cada enunciado puede describir en cierto grado a un paciente específico. El evaluador capacitado organiza los enunciados en varias categorías, con base en el grado en que describen al paciente, desde un nivel cero o no descriptivo, hasta un nivel alto de descripción.

El SWAP-200 contiene 200 enunciados descriptivos de la personalidad, que el evaluador debe organizar en ocho categorías. La primera categoría, que se asigna con el valor 0 para propósitos de análisis, contendrá enunciados que el evaluador juzga irrelevantes o no aplicables al paciente. La última categoría que se asigna con valor de siete, contiene enunciados que son altamente descriptivos del paciente. Las categorías intermedias contienen enunciados que lo describen en diferentes grados.

Así, la SWAP-200 obtiene una valoración numérica que va del 0 al 7 de cada uno de los 200 enunciados o ítem. Estos enunciados ofrecen un vocabulario estandarizado con el que el evaluador puede expresar sus observaciones e inferencias.

El método Q-sort requiere que el evaluador asigne un número específico de enunciados a cada categoría. En el SWAP-200 debe haber ocho enunciados en la categoría siete, diez ítems en la categoría seis, 12 en la cinco, 14 en la cuatro, 16 en la 3, 18 en la dos, 22 en la uno, y debe haber 100 ítems en la categoría 0. En términos psicométricos, el clínico debe reordenar los ítems en esta distribución después de entrevistar al sujeto. A pesar de que este método incrementa el tiempo requerido al clínico otorga ventajas psicométricas de lo justifican. Completar la evaluación de un paciente lleva aproximadamente 45 minutos. (8,73–75)

Procedimiento

El reclutamiento de pacientes se realizó de forma consecutiva en el servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, en la búsqueda de pacientes con el diagnóstico de trastorno afectivo/ansioso o trastorno de la conducta alimentaria que fueron canalizados a tratamiento terapéutico debido a la presencia de TLP. A las candidatas que pasaron el escrutinio se les explicó el estudio y se les pidió su consentimiento informado. Una vez que la paciente brindó su consentimiento informado y se confirmaron los diagnósticos en Eje I y el trastorno límite en Eje II, se completó el “Formato de Datos Clínicos Demográficos” (FDCD). Posteriormente se aplicó el SWAP-200.

Análisis Estadístico

La descripción de características clínicas y demográficas se realizó mediante estadística descriptiva, incluyendo frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medias y desviaciones estándar (D.E.) para variables continuas. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos se utilizó la Chi Cuadrada (χ^2) para contrastes categóricos y la t de Student para muestras independientes para contrastes continuos.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los sujetos se les solicitó el consentimiento informado, mismo en el que se brinda la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria y, si se retiró del mismo, no afectó en su tratamiento. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dio otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, artículo 17, sección I. Investigación sin riesgo; Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983).

RESULTADOS

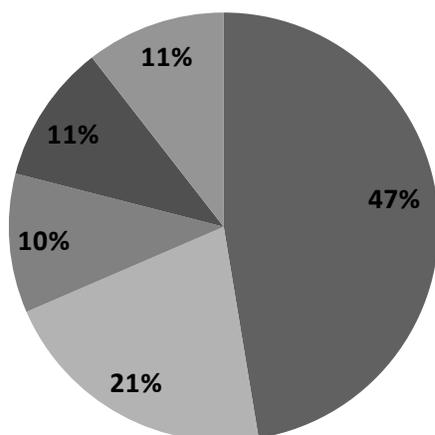
1.- Características demográficas y clínicas de la muestra.

Se incluyeron un total de 35 pacientes con una edad promedio de 30.6 años (D.E.= 9.7, rango 19-58) y una escolaridad promedio de 13.3 años (D.E.= 2.6, rango 9 - 17), equivalente al primer año de bachillerato. El 31.4% (n=11) eran estudiantes, seguido por el 28.6% (n=10) que tenían un empleo remunerado, el 22.9% (n=8) que reportaron no tener ninguna actividad y finalmente el 17.1% (n=6) que se dedicaban a actividades del hogar.

En cuanto a las características clínicas, el 54.3% (n=19) de las pacientes tuvieron el diagnóstico de algún trastorno afectivo o de ansiedad y el 45.7% (n=16) algún trastorno de la conducta alimentaria. En la Gráfica 1 se muestra la distribución de los diagnósticos específicos de cada grupo.

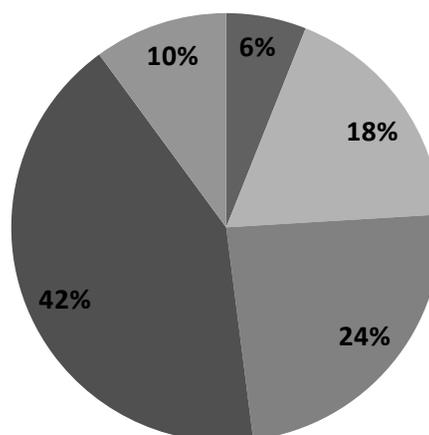
Gráfica 1. Distribución diagnóstica de las pacientes incluidas en el estudio.

Trastornos Afectivos/Ansiosos



- Depresión mayor (n=9)
- Distimia (n=4)
- Ansiedad generalizada (n=2)
- T. Angustia con agorafobia (n=2)
- T. Angustia sin agorafobia (n=2)

Trastornos de la Conducta Alimentaria



- Bulimia compulsiva-purgativa (n=1)
- TANE I (n=3)
- TANE III (n=4)
- TANE IV (n=7)
- TANE VI (n=1)

La edad promedio de inicio del padecimiento reportada por las pacientes fue de 18.1 años (D.E.=7.1, rango 6 – 35) y el 45.7% (n=16) había tenido al menos una hospitalización psiquiátrica a lo largo del padecimiento, con un promedio de estancia intrahospitalaria de 4.7 semanas (D.E.=2.6, rango 2 – 12).

Al comparar las características demográficas y clínicas entre las pacientes con un trastorno afectivo/ansioso y aquellas con trastorno de la conducta alimentaria, se observó que estas últimas eran más jóvenes, con una edad de inicio del padecimiento más temprana. No hubo diferencias en las características demográficas y clínicas restantes entre ambos grupos (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas entre pacientes con trastorno afectivo/ansiosos y con trastorno de la conducta alimentaria.

	Afectivo/Ansioso		Conducta Alimentaria		Estadística
	n=19		n=16		
	n	%	n	%	
Estado Civil					
Sin pareja	11	57.9	12	75.0	$\chi^2=1.12, 1 \text{ gl}, p=0.28$
Con pareja	8	42.1	4	25.0	
Ocupación					
No remunerada	13	68.4	12	75.0	$\chi^2=0.18, 1 \text{ gl}, p=0.66$
Remunerada	6	31.6	4	25.0	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad	34.0	11.3	26.6	5.4	t=2.40, 33gl, p=0.02
Escolaridad	13.1	2.8	13.5	2.4	t=-0.37, 33gl, p=0.71
Edad de inicio	20.3	7.3	15.4	6.1	t=2.12, 33gl, p=0.04
Estancia hospital (sem)	5.1	3.6	4.4	1.6	t=0.51, 14 gl, p=0.61

2.- Perfil de personalidad de acuerdo al SWAP-200

Al ser uno de los criterios de inclusión, todas las pacientes incluidas en el estudio tuvieron el diagnóstico de TLP de acuerdo al SCID-II. Tras la aplicación del SWAP-200, el instrumento

fue capaz de detectar positivamente este mismo diagnóstico en el 74.3% (n=26) de las pacientes, confiriéndole una adecuada validez concurrente para la detección del trastorno límite.

Las pacientes que no tuvieron el diagnóstico de TLP de acuerdo al SWAP-200, obtuvieron los siguientes diagnósticos: trastorno narcisista (n=2, 5.7%), pasivo-agresivo (n=2, 5.7%), paranoide (n=1, 2.9%), esquizotípico (n=1, 2.9%), histriónico (n=1, 2.9%), evitativo (n=1, 2.9%) y una paciente (2.9%) no tuvo ningún trastorno de la personalidad de acuerdo al instrumento.

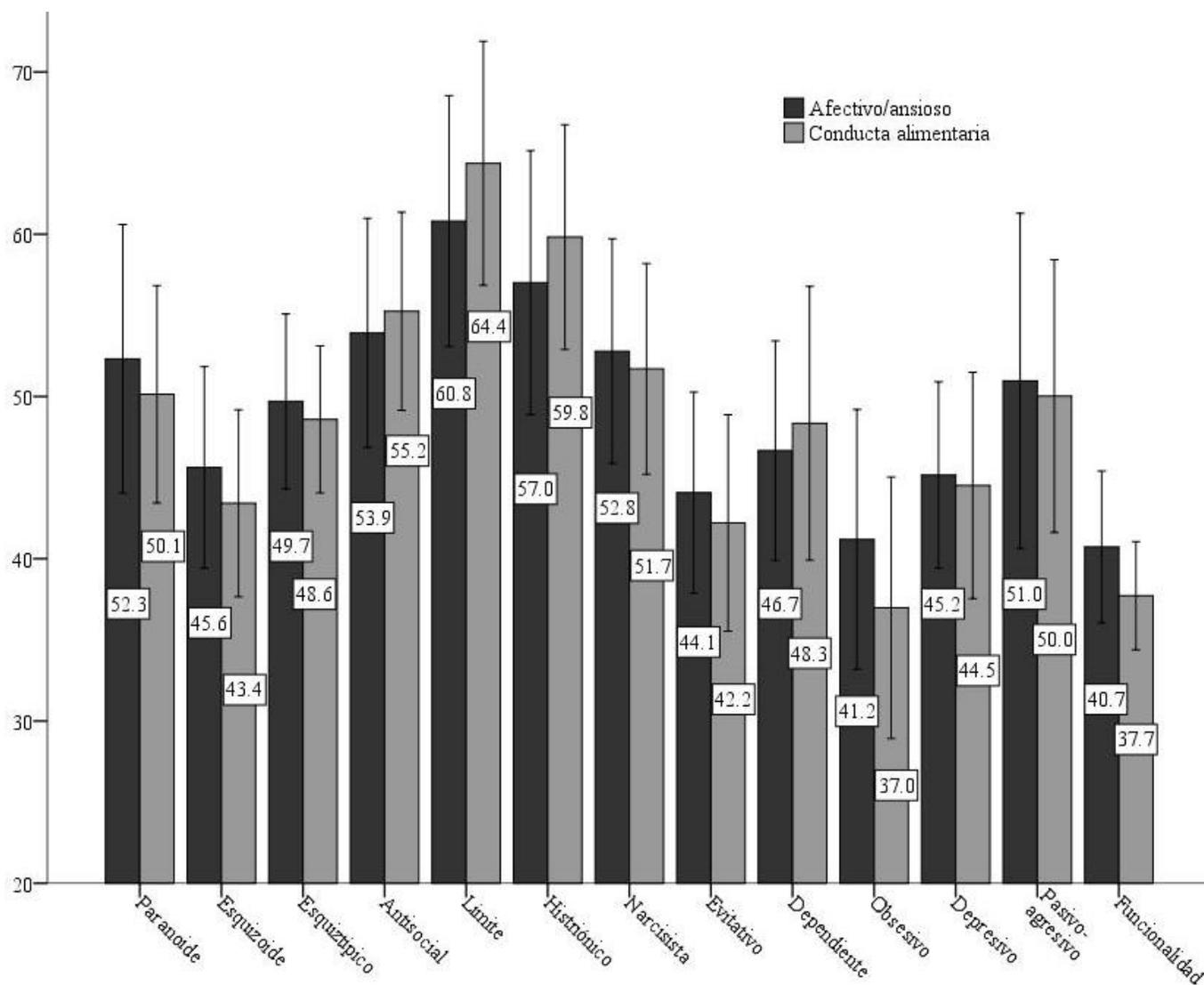
En el caso de 25 pacientes, se reportó la presencia de un segundo trastorno de la personalidad y en 13 hasta un tercer diagnóstico (Tabla 2).

Tabla 2. Segundo y tercer diagnóstico de personalidad identificado por el SWAP-200

	Segundo Diagnóstico		Tercer Diagnóstico	
	n	%	n	%
Histriónico	11	44.0	4	30.8
Antisocial	5	20.0	2	15.4
Pasivo-agresivo	4	16	3	23.1
Paranoide	2	8.0	--	
Narcisista	2	8.0	2	15.4
Dependiente	1	4.0	2	15.4

En la Gráfica 2 se muestran las puntuaciones T para los principales trastornos de la personalidad (TP) y su funcionalidad entre las pacientes con trastorno afectivo/ansioso y con trastorno de la conducta alimentaria.

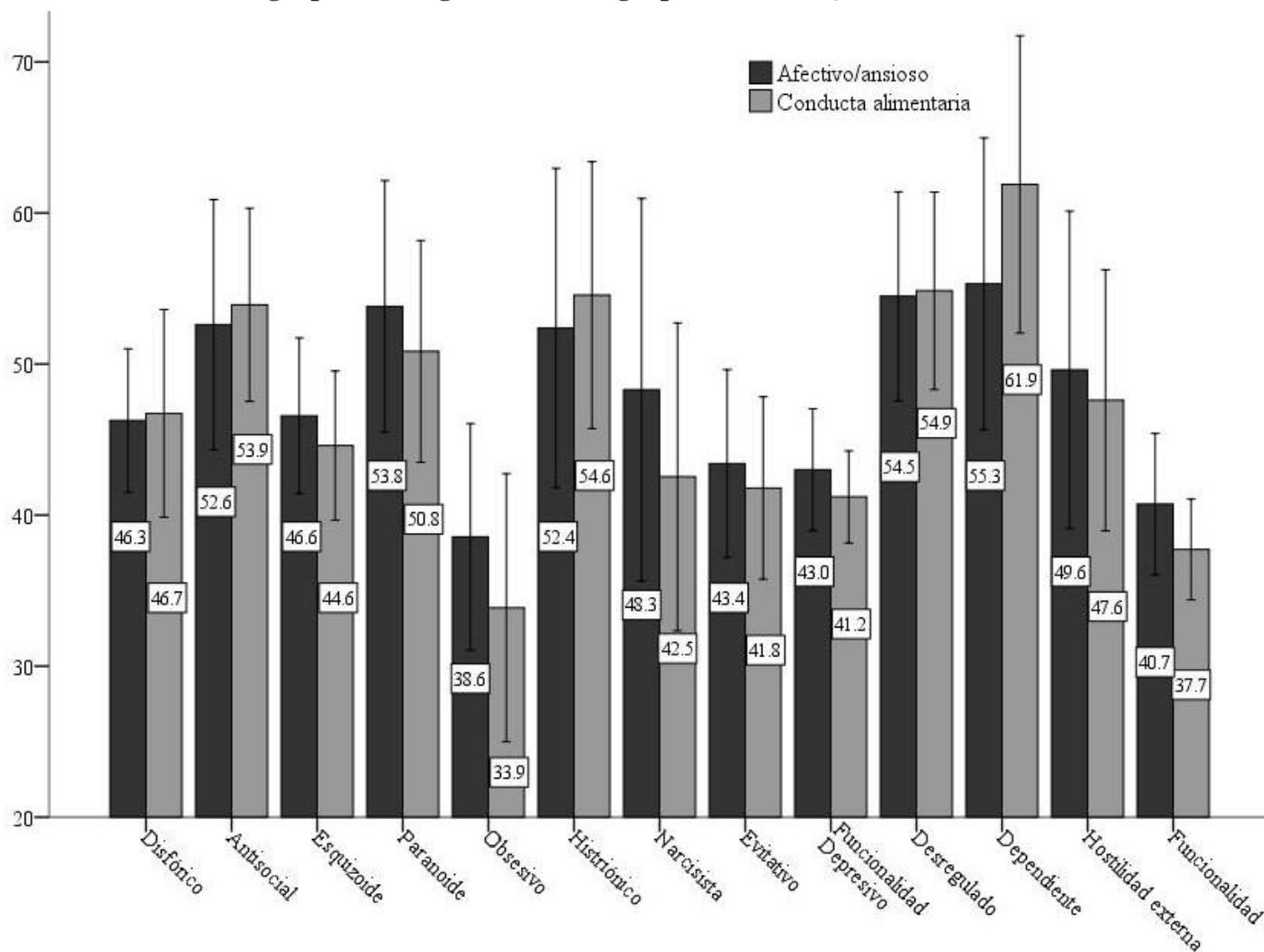
Gráfica 2. Puntuaciones T- Trastornos de la personalidad entre grupos diagnósticos.



En ninguna de estas áreas se observaron diferencias significativas entre las pacientes con trastorno afectivo/ansioso y aquellas con trastorno de la conducta alimentaria con excepción de la última área: *Funcionalidad*. Las pacientes con trastorno afectivo/ansioso muestran un mejor funcionamiento en contraste con el observado en las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria ($t=2.14$, 33 gl, $p=0.03$).

La siguiente área evaluada mediante el SWAP-200 fue el Factor Q de agrupación diagnóstica de acuerdo a Westen & Shedler (Gráfica 3). De forma similar a lo observado en el área anterior, las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria muestran una menor *Funcionalidad* ($t=2.14$, 33 gl, $p=0.03$); adicionalmente se observan mayores puntuaciones en el apartado de *Dependencia* de estas pacientes en comparación con aquellas con un trastorno afectivo/ansioso ($t=-1.98$, 33 gl, $p=0.05$)

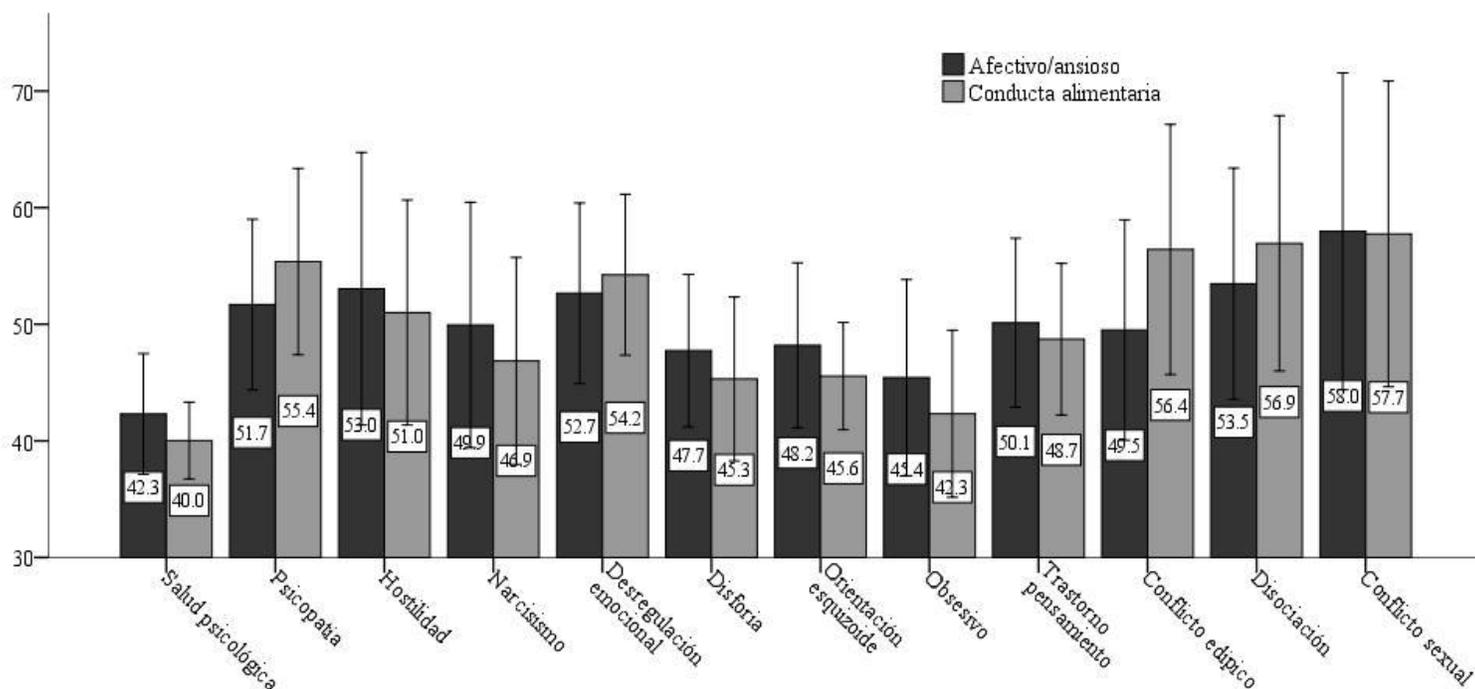
Gráfica 3. Agrupación diagnóstica entre grupos – Factor Q



Finalmente, en la tercer área evaluada, referente a puntuaciones del Factor T de Shedler & Western, las pacientes con TCA muestran mayor puntaje en la categoría de Conflicto Edípico

en contraste con las pacientes con trastorno afectivo/ansioso ($t=-2.02$, 33 gl, $p=0.05$) (Gráfica 4).

Gráfica 4. Factor T de Shedler & Westen entre grupos diagnósticos



3.- Identificación de puntos críticos entre grupos

La consideración de puntos críticos de la muestra estuvo basada en aquellos ítems que fueran reportados por más del 30% de las pacientes en alguno de los grupos diagnósticos. Así, existen diversos puntos críticos que se reportan en porcentajes similares en ambos grupos, siendo así, características compartidas (Tabla 3).

Tabla 3. Puntos críticos compartidos por el grupo de pacientes con trastorno afectivo/ansioso y con trastorno de la conducta alimentaria.

	Afectivo/ Ansioso n=19		Conducta Alimentaria n=16	
	n	%	n	%
8. Tiende a meterse en luchas de poder.	5	26.3	5	31.2
11. Tiende a apegarse emocionalmente de manera rápida o intensa; desarrolla sentimientos, expectativas, etc. que no están justificadas por la historia o el contexto de la relación.	6	31.6	5	31.2
16. Tiende a estar enojado u hostil	7	36.8	7	43.8
33. Parece inhibido cuando busca metas o éxitos; sus aspiraciones o logros tienden a estar por debajo de su potencial.	6	31.6	3	18.8
35. Tiende a ser ansioso.	6	31.6	2	12.5
54. Tiende a sentirse inadecuado, inferior o un fracaso.	3	15.8	5	31.2
76. Se maneja de tal forma que suscita en otros sentimientos similares a aquellos que él mismo experimenta	6	31.6	6	37.5
79. Tiende a ver algunas personas como completamente malas; y pierde la capacidad para percibir alguna cualidad positiva que estas personas puedan tener.	10	52.6	11	68.8
90. Tiende a sentirse vacío o aburrido.	6	31.6	4	25.0
103. Tiende a reaccionar a la crítica con sentimientos de rabia o humillación.	3	15.8	7	43.8
134. Tiende a actuar impulsivamente, sin considerar las consecuencias.	5	26.3	9	56.2
139. Tiende a guardar rencores; puede rumiar los insultos o menosprecios por largos períodos.	5	26.3	5	31.2
153. Las relaciones interpersonales tienden a ser inestables, caóticas y rápidamente cambiantes.	6	31.6	9	56.2
154. Tiende a provocar reacciones extremas o provocar sentimientos inusualmente intensos en los demás.	6	31.6	5	31.2
157. Tiende a volverse irracional cuando se suscitan emociones fuertes; puede mostrar un declive notable del nivel de funcionamiento acostumbrado.	8	42.1	9	56.2

Por otro lado, hubo algunos puntos críticos que tendieron a ser más frecuentes o claramente fueron más frecuentes en alguno de los grupos diagnósticos, de forma particular, con el grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Las frecuencias de estos puntos críticos en cada grupo diagnóstico se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntos críticos de mayor frecuencia reportados entre grupos diagnósticos

	Afectivo/ Ansioso n=19		Conducta Alimentaria n=16		Estadística
	n	%	n	%	
12. Sus emociones tienden a irse fuera de control, llevándolo a extremos de ansiedad, tristeza, rabia, excitación, etc.	6	31.6	13	81.2	$\chi^2=8.6$, 1gl, p=0.003 Fisher = 0.006
15. Carece de una imagen estable de quién es o en lo que le gustaría convertirse	9	47.4	13	81.2	$\chi^2=4.2$, 1gl, p=0.03 Fisher = 0.07
45. Tiende a idealizar a ciertas personas de maneras irreales; los ve como completamente buenos, sin siquiera tomar en cuenta los defectos humanos comunes.	5	26.3	9	56.2	$\chi^2=3.2$, 1gl, p=0.07 Fisher = 0.09
98. Tiende a temer que será rechazado o abandonado por aquellos que le son emocionalmente significativos.	3	15.8	8	50.0	$\chi^2=4.7$, 1gl, p=0.03 Fisher = 0.04
171. Parece temer estar solo, puede hacer grandes esfuerzos para evitar estar solo.	4	21.1	10	62.5	$\chi^2=6.2$, 1gl, p=0.01 Fisher = 0.01
185. Tiende a expresar enojo intenso e inapropiado, desproporcionado dada la situación.	7	36.8	12	75.0	$\chi^2=5.0$, 1gl, p=0.02 Fisher = 0.04
191. Sus emociones tienden a cambiar rápida e impredeciblemente.	3	15.8	8	50.0	$\chi^2=4.7$, 1gl, p=0.03 Fisher = 0.06
84. Tiende a ser competitivo con otros (ya sea consciente o inconscientemente).	7	36.8	1	6.2	$\chi^2=4.6$, 1gl, p=0.03 Fisher = 0.04
127. Tiende a sentirse malentendido, maltratado o victimizado.	8	42.1	2	12.5	$\chi^2=3.7$, 1gl, p=0.05 Fisher = 0.07

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar el perfil de la personalidad en pacientes con trastorno afectivo/ansioso y comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, y compararlo con el perfil de personalidad de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

En cuanto a los datos sociodemográficos, se encontró que el grupo de pacientes con TCA eran menores. Es probable que esta diferencia influya en el grado de funcionalidad, a la que nos referiremos más adelante, obtenida para el grupo de pacientes con TCA. Del mismo modo, la edad de inicio de padecimiento de las pacientes con TCA fue menor que la de las pacientes con trastorno afectivo/ansioso. La edad de comienzo de los TCA es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios. Los TCA se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud. La anorexia nervosa aparece en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud, con cifras muy bajas antes de los 9 y después de los 25 años. La bulimia tiene un comienzo algo más tardío, alrededor de los 18 a 20 años, a lo cual contribuye el hecho de que un buen número de casos de bulimia se dan en pacientes que han tenido anorexia previamente (46).

En estudios previos se encontraron más diferencias en las características demográficas cuando se incluyeron hombres y mujeres, mostrando una mayor comorbilidad en el Eje II en hombres con trastorno antisocial de personalidad y en mujeres con trastorno dependiente. (67). En este estudio, como fue esperado, no se encontraron más diferencias significativas en las características sociodemográficas, debido a que solo se incluyeron mujeres y todas contaban, como criterio de inclusión con comorbilidad con trastornos del Eje I.

En el presente estudio se encontró que un gran porcentaje de la muestra cuenta con otro diagnóstico de trastorno de personalidad y más de un tercio cursa con un tercer trastorno de personalidad. Este hallazgo es consistente con estudios previos, en los que se ha reportado

que cerca del 74% de los pacientes con TLP cursan con al menos un diagnóstico más en el Eje II (1,67,73). Sin embargo, en un estudio previo (67) se encontró que los trastornos comórbidos del Eje II más comunes fueron el paranoide, pasivo-agresivo, evitativo y dependiente, a diferencia de este estudio, en donde se encontraron como los más frecuentes el trastorno histriónico de la personalidad, seguido del trastorno antisocial y el pasivo-agresivo de la personalidad.

En otro estudio se reporta que en varias investigaciones, el trastorno histriónico fue el más frecuentemente asociado con TLP (76,77), lo cual es consistente con los resultados de este estudio.

Acerca de la gran comorbilidad encontrada, se sabe que existe gran superposición clínica entre los rasgos histriónicos y los rasgos límite de personalidad. Los individuos que reciben el diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad, comúnmente reciben también diagnósticos de trastornos límite, antisocial, narcisista o dependiente, y puede ser difícil juzgar si el problema es por una escasa validez discriminante o la alta comorbilidad (77-79).

En el 2008 Blagov y Westen realizaron un estudio en el que se cuestionó la validez de constructo del trastorno histriónico de personalidad por medio del SWAP-200, encontrando que las características más descriptivas y distintivas para el trastorno histriónico también lo son para el TLP, por lo que consideraron que el diagnóstico de trastorno histriónico puede no ser suficientemente coherente o válido (77). Estas consideraciones pueden explicar la alta comorbilidad encontrada en nuestro estudio.

Por otro lado, se ha propuesto un subtipo de TLP que especifique la presencia aumentada de rasgos histriónicos y que al establecer su diagnóstico pueda determinar de mejor manera la funcionalidad del individuo y sea una descripción más cercana a la realidad. Esto se ha considerado debido a que en un grupo bien delimitado de sujetos, las características presentes son una mezcla de rasgos histriónicos (emotividad excesiva, búsqueda de emociones, sexualización y la intimidad prematura) y rasgos límite

(inestabilidad emocional, relaciones inestables, exteriorización, manipulación y deterioro significativo de la funcionalidad) (73,77).

La puntuación dimensional para trastornos de personalidad (TP) mostrada en la Gráfica 2, mide la similitud o coincidencia entre descripciones prototípicas de cada síndrome de personalidad en su forma típica o "ideal" y los resultados de las pacientes evaluadas en ambos grupos. Así, el síndrome puede ser evaluado en un continuo en lugar de dar un diagnóstico categórico como presente / ausente. Las puntuaciones bajas indican que el paciente no se asemeja el prototipo de síndrome de personalidad, las puntuaciones altas indican que el paciente coincide bien y con puntuaciones intermedias se indican distintos grados de semejanza.(74) En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones TP para ningún trastorno de la personalidad. Debe tomarse en cuenta que ambos grupos tenían como criterio de inclusión el diagnóstico previo de TLP por medio de SCID-II y no debe interpretarse que los sujetos que cursan con TCA tienen un perfil de personalidad similar al de individuos con trastornos afectivos/ansiosos. El resultado puede relacionarse también con que el grupo de pacientes con TCA fue un grupo heterogéneo y no se dividió por diagnósticos específicos de trastorno de alimentación. Como era esperado, sí se encontró una menor *funcionalidad* de las pacientes con TCA con respecto a las pacientes con trastornos afectivo/ansiosos. Los TCA tienen efectos profundos sobre el funcionamiento psicosocial y físico. Por ejemplo, la constante evaluación de la silueta y peso corporal tienen un efecto directo en su capacidad para establecer relaciones interpersonales íntimas. Del mismo modo, sus preocupaciones acerca de la comida y las conductas relacionadas les impiden comer de forma saludable, lo que afecta su estado de ánimo, la función cognitiva y las relaciones familiares. (61,80).

Así, fue posible comparar la funcionalidad entre ambos grupos obteniendo diferencias significativas. Para evaluar el grado de disfunción entre pacientes con diagnóstico de TCA existen instrumentos que incluyen aspectos directamente relacionados con las conductas alimentarias anómalas. Recientemente se ha desarrollado la escala autoaplicable de Evaluación de Deterioro Clínico en individuos con TCA (CIA, por sus siglas en inglés:

Clinical Impairment Assessment) que incluye ítems que valoran el funcionamiento personal, social y cognitivo en relación directa con las conductas alimentarias anómalas (80).

El análisis Q mostrado en la Gráfica 3, es equivalente a la técnica de análisis factorial. La diferencia es que el análisis factorial identifica grupos de variables similares que se supone que son marcadores de un factor subyacente común. Por el contrario, el análisis Q identifica grupos de personas similares que se supone para representar un síndrome de diagnóstico común o tipo. En el SWAP-200, el análisis Q demostró que existen síndromes de personalidad clínicamente distinguibles entre los pacientes tratados en la comunidad. De estos síndromes, el de *dependencia* resultó con diferencias significativas tras la comparación entre los grupos de nuestro estudio. Llama la atención que las pacientes con TCA mostraron mayores puntuaciones en este apartado, puesto que el trastorno dependiente de personalidad no se encontró como un segundo diagnóstico frecuente en el Eje II. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que no se hace alusión a un trastorno, sino a una dimensión que bien puede relacionarse con la baja autosuficiencia y funcionalidad de las pacientes. De esta manera, es probable que características como una alta evitación del peligro y una alta dependencia de la recompensa, (que suelen estar presentes en pacientes con TCA, en su mayoría de tipo restrictivo y en pacientes con trastorno dependiente de personalidad) (46,64), hayan influido en este resultado.

De la misma manera que en la puntuación TP, el análisis Q mostró una menor funcionalidad en las pacientes con TCA.

En los resultados del Factor T de Shedler y Westen mostrados en la Gráfica 4, las pacientes con TCA muestran mayor puntaje en la categoría de Conflicto Edípico. El complejo de Edipo es una etapa del desarrollo presente entre los tres y seis años de edad, incluida en la fase fálica de desarrollo psicosexual. Esta etapa tiene una tendencia universal e independiente de la cultura. Su resolución normal tiene lugar en fase de latencia (de los 6 años a la pubertad). Se requiere alguna circunstancia inusual que impida la resolución y produzca rasgos de personalidad de larga duración. Zetzel (1968) observó que muchas de sus pacientes histriónicas habían experimentado separaciones o pérdidas reales del progenitor

de sexo contrario durante ese periodo, por ello, la resolución del conflicto se hizo más problemática. En otros casos, se contempla a las madres de las futuras personalidades histriónicas como inadecuadas, frías e insensibles, por lo que se une fuertemente al padre mientras devalúa a la madre, rechazando así una identificación femenina normal. Estos antecedentes son frecuentes en pacientes con TLP y trastorno histriónico de personalidad, lo cual se relaciona con nuestros hallazgos, como diagnósticos principales en el Eje II. El predominio de estos trastornos de personalidad pudo influir en el resultado de este apartado.

En la Tabla 4 se encontraron diferencias significativas entre puntos críticos de mayor frecuencia reportados entre grupos diagnósticos. En enunciados como: “sus emociones tienden a irse fuera de control, llevándolo a extremos de ansiedad, tristeza, rabia, excitación, etc.”, “tiende a temer que será rechazado o abandonado por aquellos que le son emocionalmente significativos”, “parece temer estar solo, puede hacer grandes esfuerzos para evitar estar solo” y “tiende a expresar enojo intenso e inapropiado, desproporcionado dada la situación” se observa un predominio significativo en el grupo de TCA. Esto es relevante porque puede reflejar una mayor inestabilidad afectiva e impulsividad en estas pacientes, lo que condiciona mayor gravedad de síntomas. El ítem “tiende a ser competitivo con otros (ya sea consciente o inconscientemente)” fue predominante en el grupo de mujeres con trastorno afectivo ansioso, lo que puede reflejar que su funcionalidad les permite desempeñarse de mejor manera en diferentes ámbitos, en comparación con el grupo de pacientes con TCA.

CONCLUSIONES

1. El SWAP-200 es un instrumento capaz de detectar positivamente el Trastorno límite de la personalidad en pacientes diagnosticadas por medio del SCID-II, confiriéndole una adecuada validez concurrente.
2. Las pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y TLP presentan una menor funcionalidad en comparación con la observada en pacientes con trastornos afectivos/ansiosos y TLP.
3. El apartado de *dependencia* fue mayor en el grupo de pacientes con TCA y TLP, reflejando probablemente su menor autosuficiencia y funcionalidad.
4. El *conflicto edípico* fue más frecuente en el grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y TLP, asociado probablemente a una mayor búsqueda de emociones, sexualización y la intimidad prematura.
5. Existe gran superposición clínica entre los diagnósticos de trastorno histriónico y límite de la personalidad. Se requiere de mayores investigaciones para determinar si el problema se debe a una escasa validez discriminante o la alta comorbilidad.

REFERENCIAS

1. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110(6):416–20.
2. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry.* 2004 Nov;161(11):2108–14.
3. Dell’Osso B, Berlin HA, Serati M, Altamura AC. Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology.* 2010;61(4):169–79.
4. Millon T, Davis R, Millon C, Escovar L, Ramnath R. *Personality Disorders in modern Life. Personality disorders in modern life 2nd ed.* John Wiley & Sons Inc; 2004.
5. Díaz Marsá M, González Bardanca S, Tajima K, García Albea J, Navas M, Carrasco J. Tratamiento biológico del trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2008; 36(1):39–49.
6. Cloninger CR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry.* American Medical Association; 1993 Cloninger CR. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology.* 1994. p. 266–73
7. Cloninger CR. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology.* 1994. p. 266–73.
8. Shedler J, Westen D. The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *J Pers Assess.* 2007;89(1):41–55.

9. Mullins-Sweatt S, Widiger TA. The Shedler and Westen Assessment Procedure from the perspective of general personality structure. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(3):618–23.
10. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1647–58.
11. Widiger TA. Integrating normal and abnormal personality structure: a proposal for DSM-V. *J Pers Disord.* 2011;25(3):338–63.
12. Widiger T, Costa P, McCrae R. A proposal for Axis II: Diagnosing Personality Disorders Using the Five-Factor Model. In: Widiger T, Costa P, editors. *Personality disorders and the five-factor model of personality.* American Psychological Association; 2002. p. 431–56.
13. Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Clark LA, Oldham JM, Alarcon RD, et al. Personality disorder types proposed for DSM-5. *J Pers Disord.* 2011;25(2):136–69.
14. Tyrer P, Seivewright H. The stability of personality disorders. *Psychiatry [Internet].* 2005 Mar;4(3):29–31.
15. Bjørnebekk A, Fjell AM, Walhovd KB, Grydeland H, Torgersen S, Westlye LT. Neuronal correlates of the five factor model (FFM) of human personality: Multimodal imaging in a large healthy sample. *Neuroimage.* Elsevier Inc.; 2013 Jan 15; 65:194–208.
16. Sanchez R, Calvo JM, Nieto K. Patrones de comorbilidad en pacientes psiquiatricos ambulatorios. *Rev colomb Psiquiatr.* 200; 30(1):21–37.
17. Bateman AW. Treating borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry.* 2012 Jun;169(6):560–3.
18. Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ.* 2005 Jun 7;172(12):1579–83.

19. Distel MA, Willemsen G, Ligthart L, Derom CA, Martin NG, Neale MC, et al. Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2010 Aug; 24(4):427–44.
20. Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder.* 2011 May 26;364(21):2037–42.
21. Tran Y, Craig A, Boord P, Connell K, Cooper N, Gordon E. Personality traits and its association with resting regional brain activity. *Int J Psychophysiol.* 2006 Jun; 60(3):215–24.
22. Espinosa JJ, Blum Grynberg B, Romero Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Ment. Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente;* 32(4):317–25.
23. Nash JL. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 3rd ed. The Journal of Clinical Psychiatry.* 2001. p. 302.
24. Cartwright D. *Borderline Personality Disorder: What do we know? Diagnosis, course, co-morbidity, and aetiology.* *South African J Psychol.* 2006;38(2):429–46.
25. Nysæter TE, Nordahl HM. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in psychiatric outpatients: how does it look at 2-year follow-up? *Nord J Psychiatry.* 2012 Jun; 66(3):209–14.
26. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet.* 2011. p. 74–84.
27. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2004;364(9432):453–61.

28. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*. 2002. p. 936–50.
29. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827–37.
30. Fonagy P, Luyten P, Strathearn L. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Ment Health J*. 2011; 32(1):47–69.
31. Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. American Medical Association; 2011 Jul 4; 68(7):753–62.
32. Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med*. 2005;35(3):443-51.
33. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Sep 15; 62(6):553–64.
34. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord*. 2005 Oct; 19(5):487–504.
35. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results

from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr; 69(4):533–45.

36. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2007;163(1):20–6.

37. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, et al. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1–52.

38. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, de Jonghe F. Major depression, double depression and personality disorders. *J Pers Disord*. 2000;14(3):274–81.

39. Guelfi J-D. Depression and personality disorders. *Rev Prat*. 2008;58(4):373–6.

40. Rimlinger B. Depression and personality disorders: mutual influences. *Encephale*. 2010;36 Suppl 5:S123–S126.

41. Sandoval LX, Villamil V. La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. *Salud ment*; 22(3):34–40.

42. Galione J, Zimmerman M. A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *J Pers Disord*. 2010;24(6):763–72.

43. Chen E, Brown M, Harned M, Linehan M. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Res*. 2009;170(1):86–90.

44. Silverman MH, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Zanarini MC. The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and

Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *J Pers Disord.* 2012 Oct; 26(5):804–14.

45. Westphal M, Olfson M, Bravova M, Gameroff MJ, Gross R, Wickramaratne P, et al. Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients. *Psychiatry.* 2013 Jan;76(4):365–80.

46. García-Camba Eduardo. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad.* Barcelona; Editorial Masson, 2001.

47. Dyer A, Borgmann E, Feldmann RE, Kleindienst N, Priebe K, Bohus M, et al. Body image disturbance in patients with borderline personality disorder: Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body Image.* 2013;10(2):220–5.

48. Westen D. Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *Am J Psychiatry.* American Psychiatric Association; 2001 Apr 1; 158(4):547–62.

49. Cassin SE, Von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review.* 2005. p. 895–916.

50. Zanarini MC, Reichman CA, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Int J Eat Disord.* 2010 Apr; 43(3):226–32.

51. Milos G.F, Spindler A.M, Buddeberg C, Cramer A. Axes I and II Comorbidity and Treatment Experiences in Eating Disorder Subjects. *Psychother Psychosom.* 2003; 72:276.

52. Selby EA, Ward AC, Joiner TE. Dysregulated eating behaviors in borderline personality disorder: are rejection sensitivity and emotion dysregulation linking mechanisms? *Int J Eat Disord.* 2010 Nov 1; 43(7):667–70.

53. Echeburúa E, Marañón I. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicol Conductual*. 2001;9:513–25.
54. Hasan TF, Hasan H. Anorexia nervosa: a unified neurological perspective. *Int J Med Sci*. 2011 Jan;8(8):679–703.
55. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med*. 2011;22(2):153–60.
56. Rowe SL, Jordan J, McIntosh VVW, Carter FA, Frampton C, Bulik CM, et al. Complex personality disorder in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2010 Jan; 51(6):592–8.
57. Yager J, Powers P. *Clinical Manual of Eating Disorders*. First. Psychiatric Publishing, Inc. Arlington; 2008.
58. Grilo CM, Levy KN, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatr Serv*. 1996 Apr 1; 47(4):426–9.
59. Chen EY, McCloskey MS, Michelson S, Gordon KH, Coccaro E. Characterizing eating disorders in a personality disorders sample. *Psychiatry Res*. 2011;185(3):427–32.
60. Macias LG, Unikel C, Cruz C, Caballero A. Eating disorders and personality. *Salud Ment. Inst Mex Psiquiatria*; 2003;26(3):1–8.
61. Herpertz-Dahlmann B, Seitz J, Konrad K. Aetiology of anorexia nervosa: from a “psychosomatic family model” to a neuropsychiatric disorder? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011 Nov; 261 Suppl S177–81.

62. Ramklint M, Jeansson M, Holmgren S, Ghaderi A. Assessing personality disorders in eating disordered patients using the SCID-II: Influence of measures and timing on prevalence rate. *Pers Individ Dif*. 2010 Jan; 48(2):218–23.
63. Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry*. 2001;158(4):547–62.
64. Pham-Scottez A. Eating disorders and personality disorders. *Rev Prat*. 2008;58(2):157–60.
65. Ryder AG, Costa PT, Bagby RM. Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *J Pers Disord*. 2007;21(6):626–37.
66. Eddy KT, Novotny CM, Westen D. Sexuality, personality, and eating disorders. *Eat Disord*. 2004;12(3):191–208.
67. Barrachina J, Pascual JC, Ferrer M, Soler J, Rufat MJ, Andión O, et al. Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Compr Psychiatry*. Elsevier Inc.; 2011;52(6):725–30.
68. Ruocco AC. Re-evaluating the distinction between Axis I and Axis II disorders: the case of borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2005;61(12):1509–23.
69. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual de Diagnostico y Estadistico de los trastornos mentales*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR. 2000.
70. Cyr M. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 9th Edition. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2003. p. 1347.

71. First MB, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In: Hilsenroth MJ, Segal DL, editors. *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol 2: Personality assessment*. John Wiley & Sons Inc; 2004. p. 134–43.
72. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bookkamana P, Boonyanaruthee V, Pinyopornpanish M, Likhitsathian S, et al. Interrater reliability of Thai version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (T-SCID II). *J Med Assoc Thai*. 2012;95(2):264–9.
73. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):258–72.
74. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(4):810–22.
75. Mullins-Sweatt SN, Widiger TA. Comparative validity of the Shedler and Westen Assessment Procedure-200. *Psychol Assess*. 2008;20(2):183–8.
76. Grueneich R. The Borderline Personality Disorder Diagnosis: Reliability, Diagnostic Efficiency, and Covariation with other Personality Disorder Diagnoses. *J Pers Disord*. Guilford Publications Inc.; 2002 Sep 8; 6(3):197–212.
77. Blagov PS, Westen D. Questioning the coherence of histrionic personality disorder: borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(11):785–97.
78. Turner RM. Borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Handbook of Prescriptive Treatments for Adults*. Plenum Press; 2004. p. 393–420.

79. Rodríguez Sutil C, Ávila A, Abello A, Aburto M, Castaño R, Espinosa S, et al. Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico-histriónico como modelo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2013. p. 693–711.
80. Bohn K, Doll HA, Cooper Z, O'Connor M, Palmer RL, Fairburn CG. The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther*. 2008 Oct;46(10):1105–10.

ANEXOS

Carta de Consentimiento Informado

**“CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE LA PERSONALIDAD POR MEDIO DEL SWAP-200 EN
PACIENTES MUJERES CON TRASTORNO AFECTIVO/ANSIOSO O TRASTORNO DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA CON COMORBILIDAD CON TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD”
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Lo invitamos a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del Estudio

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas, la personalidad de pacientes que cuentan con el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y que además cursan o han cursado con Trastornos depresivos, ansiosos o Trastornos de la conducta alimentaria. Nos interesa comparar las diferentes manifestaciones del TLP en pacientes que reciben atención especializada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. El Trastorno Límite de Personalidad es una condición psiquiátrica compleja que se caracteriza por inestabilidad en el estado de ánimo, en el auto concepto, en las relaciones con otras personas y en el control de los impulsos.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información. Para la evaluación se realizarán dos entrevistas clínicas.

Procedimientos del estudio

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por psiquiatras expertos, quienes le realizarán preguntas relacionadas con su personalidad, usted podría sentirse incómodo de revelar información personal por lo cual se le garantiza absoluta confidencialidad y anonimato de la información.

Consignas a Seguir

- 1.- Se le pedirá su cooperación para realizar las dos entrevistas. La primera sesión tendrá una duración de una hora y la segunda una duración aproximada de dos horas.
- 2.- No se hará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 3.- Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Ventajas Posibles

- 1.- Al finalizar el estudio contaremos con información relevante para investigaciones futuras relacionadas con el Trastorno Límite de La Personalidad y su comorbilidad con los trastornos afectivos/ansiosos y de la conducta alimentaria en pacientes mujeres en México.
- 2.- Si usted decide participar, el posible beneficio radica en una evaluación más profunda de su perfil de personalidad, el cual podrá discutir con el médico tratante y el Jefe de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, la Dra. Aurora Molina al número 41605241, durante horas regulares de trabajo.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- **Contacto**

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a la Dra. Aurora Molina al teléfono 41605241

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador

Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200).

Items:

1. Tiende a culparse o sentirse responsable por las cosas malas que suceden.
2. Es capaz de utilizar sus talentos, habilidades y energía de manera efectiva y productiva.
3. Toma ventaja de otros aprovechándose; busca ser el primero a toda costa; no se hace cuestionamientos morales.
4. Tiene un sentido exagerado de su propia importancia.
5. Tiende a ser emocionalmente intrusivo; tiende a no respetar en los demás la necesidad de autonomía, privacidad, etc.
6. Está preocupado por pensamientos obsesivos recurrentes los cuales experimenta como sin sentido e intrusivos.
7. Parece problematizado con respecto a su raza o identidad étnica (Ej., devalúa y rechaza, o sobrevalúa y se preocupa por su propia herencia cultural.).
8. Tiende a meterse en luchas de poder.
9. Tiende a pensar que otros le tienen envidia.
10. Siente que alguien importante para él/ella tiene una habilidad especial, casi mágica, para entender sus más íntimos pensamientos y sentimientos (Ej., puede imaginar que su relación es tan perfecta que considera superfluos los esfuerzos cotidianos en la comunicación).
11. Tiende a apearse emocionalmente de manera rápida o intensa; desarrolla sentimientos, expectativas, etc. que no están justificadas por la historia o el contexto de la relación.
12. Sus emociones tienden a irse fuera de control, llevándolo a extremos de ansiedad, tristeza, rabia, excitación, etc.
13. Tiende a utilizar sus problemas médicos o psicológicos para evitar el trabajo o las responsabilidades (ya sea consciente o inconscientemente.).
14. Tiende a culpar a otros por sus propios fracasos o debilidades; tiende a creer que son los factores externos los que causan sus problemas.
15. Carece de una imagen estable de quién es o en lo que le gustaría convertirse (Ej., actitudes, valores, metas, o sentimientos acerca de él mismo pueden ser inestables y oscilantes.).
16. Tiende a estar enojado u hostil (ya sea consciente o inconscientemente).
17. Tiende a congraciarse o ser sumiso (Ej., puede consentir en cosas con las que no está de acuerdo o no quiere hacer, con la esperanza de obtener apoyo o aprobación).
18. Cuando se siente atraído romántica o sexualmente, tiende a perder el interés si la otra persona le corresponde.
19. Disfruta los retos; le complacen sus logros.
20. Tiende a ser deshonesto; tiende a mentir o engañar.
21. Tiende a ser hostil hacia miembros del sexo opuesto, ya sea consciente o inconscientemente (Ej., puede ser despectivo, competitivo, etc.).

22. Tiende a desarrollar síntomas físicos como respuesta al estrés o conflicto (Ej., dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor abdominal, asma, etc.).
23. Tiende a involucrarse en “triángulos” románticos o sexuales (Ej., se interesa más en parejas que ya están comprometidas emocionalmente, que son deseadas por alguien más, etc.).
24. Tiende a ser poco confiable e irresponsable (Ej., puede fallar al cumplir obligaciones de trabajo o compromisos económicos).
25. Tiene dificultad para reconocer o expresar enojo.
26. Tiende a verse arrastrado hacia dentro de, o a permanecer en relaciones en las que es, física o emocionalmente, objeto de abuso.
27. Tiene ataques de pánico que duran desde algunos minutos hasta algunas horas, acompañados de fuertes respuestas fisiológicas. (Ej., elevación de la frecuencia cardíaca, falta de aliento, sensación de ahogo, náusea, mareo, etc.).
28. Tiende a preocuparse sobre la suciedad, limpieza, contaminación, etc. (Ej., beber del vaso de otra persona, sentarse en inodoros públicos, etc.).
29. Tiene dificultad para encontrarle sentido a la conducta de otra persona; frecuentemente malentiende, malinterpreta, o se confunde por las acciones y reacciones de otros.
30. Tiende a sentirse decaído, fatigado o con falta de energía.
31. Tiende a mostrarse desconsiderado e irresponsable hacia los derechos, propiedades o seguridad de otros.
32. Es capaz de mantener una relación amorosa significativa caracterizada por auténtico afecto e intimidad.
33. Parece inhibido cuando busca metas o éxitos; sus aspiraciones o logros tienden a estar por debajo de su potencial.
34. Tiende a ser excesivamente seductor o provocativo sexualmente, ya sea consciente o inconscientemente (Ej., puede coquetear inapropiadamente, se preocupa por conquistas sexuales, es dado a darles aspiraciones falsas a otros, etc.).
35. Tiende a ser ansioso.
36. Tiende a sentirse desamparado, débil, o a merced de fuerzas fuera de su control.
37. Encuentra sentido en pertenecer y contribuir a una gran comunidad (Ej., organización, iglesia, vecindario, etc.).
38. Tiende a sentirse que no es él mismo con los demás; tiende a sentirse falso o fraudulento.
39. Parece obtener placer o satisfacción siendo malo o hiriente con los demás (ya sea consciente o inconscientemente).
40. Tiende a involucrarse en conductas criminales o fuera de la ley.
41. Se muestra incapaz de describir a otros que le son importantes de una manera que exprese el sentido de quiénes son como personas; las descripciones de los demás se perciben planas y carentes de riqueza.
42. Tiende a sentir envidia.
43. Tiende a buscar poder o influencia sobre otros (ya sea por medios benéficos o destructivos).

44. La percepción de la realidad puede verse excesivamente deteriorada bajo presión (Ej., pueden tornarse delirante).
45. Tiende a idealizar a ciertas personas de maneras irreales; los ve como completamente buenos, sin siquiera tomar en cuenta los defectos humanos comunes.
46. Tiende a ser sugestionable o fácilmente influenciado.
47. Duda de si es heterosexual, homosexual o bisexual.
48. Busca ser el centro de atención.
49. Tiene fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza, talento, brillantez, etc.
50. Tiende a sentir que la vida no tiene sentido.
51. Tiende a ser simpático y agradable.
52. Tiene poca empatía; parece incapaz de entender o responder a necesidades y sentimientos de otros, a menos que estos coincidan con los suyos propios.
53. Parece tratar a los demás principalmente como una audiencia que atestigüe su propia importancia, belleza, inteligencia, etc.
54. Tiende a sentirse inadecuado, inferior o un fracaso.
55. Es capaz de encontrar sentido y satisfacción guiando, nutriendo y siendo mentor para otros.
56. Parece encontrar poco o ningún placer, satisfacción, o goce en las actividades de la vida.
57. Tiende a sentirse culpable.
58. Tiene poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
59. Es empático; es sensible y responde a las necesidades y los sentimientos de otras personas.
60. Tiende a ser tímido o reservado en situaciones sociales.
61. Tiende a menospreciar cualidades tradicionalmente asociadas con el propio sexo mientras adopta las cualidades tradicionalmente asociadas con el sexo opuesto (Ej., una mujer que devalúa la nutrición emocional y la sensibilidad mientras valora el logro y la independencia).
62. Tiende a estar preocupado por la comida, la dieta o el comer.
63. Es capaz de ser asertivo de manera apropiada y efectiva cuando es necesario.
64. Su estado de ánimo tiende a oscilar en intervalos de semanas o meses, entre estados de excitación y depresivos (en un alto grado implica un trastorno afectivo bipolar).
65. Busca dominar a su pareja (Ej., cónyuge, amante, miembro de la familia) mediante violencia o intimidación.
66. Está excesivamente dedicado al trabajo y a la productividad, en detrimento del descanso y las relaciones cercanas.
67. Tiende a ser mezquino y retentivo (ya sea en aspectos como el dinero, las ideas, las emociones, etc.).
68. Aprecia y responde al humor.
69. Es incapaz de tirar los objetos aún cuando están gastados o son inútiles; tiende a acoleccionar, coleccionar, o apegarse a las cosas.
70. Tiene atracones de comida incontrolables seguidos por "purgas" (Ej., se produce vómito, abuso de laxantes, etc.); tiene episodios bulímicos.

71. Tiende a buscar la aventura, lo excitante, lo novedoso, etc.
72. Sus percepciones parecen ser superficiales, globales e impresionistas; tiene dificultades para enfocarse en detalles específicos.
73. Tiende a la “catástrofe”, es propenso a ver los problemas como desastrosos, sin solución, etc.
74. Expresa la emoción de forma exagerada y teatral.
75. Tiende a pensar en términos concretos e interpretar las cosas de forma excesivamente literal; tiene habilidad limitada para apreciar analogías, metáforas o matices.
76. Se maneja de tal forma que suscita en otros sentimientos similares a aquellos que él mismo experimenta (Ej., cuando se enoja, actúa de manera que provoca enojo en otros; cuando está ansioso, actúa de una forma que induce la ansiedad en otros).
77. Tiende a ser sobre dependiente o necesitado; requiere de excesiva reafirmación y aprobación.
78. Tiende a expresar la agresión de manera indirecta y pasiva (Ej., puede cometer errores, olvidar, ser malhumorado, aplazar cosas, etc.).
79. Tiende a ver algunas personas como completamente malas; y pierde la capacidad para percibir alguna cualidad positiva que estas personas puedan tener.
80. Tiende a ser sexualmente posesivo y celoso; tiende a preocuparse en relación con la infidelidad real o imaginaria.
81. Repetidamente re-experimenta o revive un evento traumático pasado (Ej. Tiene recuerdos intrusivos o sueños recurrentes del suceso; se sobresalta o aterroriza con eventos del presente semejantes o que simbolizen los eventos pasados).
82. Es capaz de escuchar información que es emocionalmente amenazante (que desafía creencias, percepciones, y percepciones de sí mismo) y puede utilizarlas y beneficiarse de ellas.
83. Sus creencias y expectativas parecen ser clichés o estereotipadas, como si fuesen extraídas de cuentos o películas.
84. Tiende a ser competitivo con otros (ya sea consciente o inconscientemente).
85. Tiene intereses homosexuales conscientes (de manera moderada implica bisexualidad; alto grado implica exclusiva homosexualidad).
86. Tiende a sentirse apenado o avergonzado.
87. Fácilmente puede asumir que otros lo desean dañar o quieren aprovecharse de él/ella; tiende a ver intenciones hostiles en las palabras o acciones de los demás.
88. Tiende a estar poco preocupado en cubrir sus propias necesidades; aparenta no sentir el derecho de poseer o pedir las cosas que merece.
89. Aparenta haberse reconciliado con recuerdos dolorosos del pasado; ha encontrado significado y crecimiento gracias a estas experiencias.
90. Tiende a sentirse vacío o aburrido.
91. Tiende a ser autocrítico; establece normas elevadas e irreales para sí mismo y es intolerante con sus propios defectos humanos.
92. Es coherente; puede expresarse bien con palabras.
93. Parece saber menos acerca de la vida y el mundo de lo que normalmente se espera, de acuerdo a su inteligencia, educación etc. Parece inocente o ingenuo

94. Tiene una vida sexualmente activa y satisfactoria.
95. Se muestra cómodo y relajado en situaciones sociales.
96. Tiende a provocar antipatía o animosidad en otros.
97. Tiende a utilizar en un grado excesivo su atractivo físico para atraer o ganar atención.
98. Tiende a temer que será rechazado o abandonado por aquellos que le son emocionalmente significativos.
99. Parece asociar la actividad sexual con peligro (Ej., castigo, daño, contaminación, etc.) ya sea consciente o inconscientemente.
100. Tiende a pensar de forma abstracta, lógica e intelectual, incluso sobre las cosas que tienen significación personal.
101. Generalmente encuentra satisfacción y felicidad en las actividades de la vida.
102. Tiene una fobia específica (Ej., a serpientes, arañas, perros, aviones, elevadores, etc.).
103. Tiende a reaccionar a la crítica con sentimientos de rabia o humillación.
104. Parece tener poca necesidad de compañía o contacto humano; parece indiferente ante la presencia de otros.
105. Tiende a evitar confiar en otros por miedo a ser traicionado; espera que las cosas que dice o hace sean usadas en su contra.
106. Tiende a expresar sus emociones de manera apropiada en cuanto a calidad e intensidad según la situación.
107. Tiende a expresar rasgos o amaneramientos tradicionalmente asociados con su sexo a un grado exagerado.(Ej., una mujer hiper femenina o un hombre hiper masculino, un "macho").
108. Tiende a restringir la ingesta de alimento hasta el punto de estar por debajo de su peso y desnutrido.
109. Tiende a involucrarse en conductas de auto mutilación (Ej., quemándose, cortándose, etc.) .
110. Tiende a apegarse emocionalmente o a interesarse románticamente en personas que no están emocionalmente libres.
111. Tiene la capacidad para reconocer puntos de vista alternativos, aún en cuestiones que despiertan fuertes sentimientos.
112. Tiende a estar despreocupado por las consecuencias de sus actos; parece sentirse inmune o invulnerable.
113. Parece no sentir remordimiento por el daño o sufrimiento causado a otros.
114. Tiende a criticar a los demás.
115. Tiende a romper cosas o a volverse físicamente violento cuando se enoja.
116. Tiende a ver en otros sus propios sentimientos o impulsos inaceptables en lugar de en sí mismo.
117. Es incapaz de calmarse o confortarse a sí mismo cuando está sufriendo; requiere que otra persona se involucre para ayudarlo a gestionar sus emociones.
118. Tiende a ver las experiencias sexuales como repugnantes o desagradables.
119. Tiende a ser inhibido o constreñido, tiene dificultad para reconocer o expresar sus deseos e impulsos.

120. Tiene estándares morales y éticos, y lucha por actuar conforme a ellos.
121. Es creativo; es capaz de ver las cosas o aproximarse a los problemas de manera original o novedosa.
122. Su modo de vida tiende a ser caótico o inestable (Ej., los planes de vida son temporales, transitorios o indefinidos; puede no tener teléfono o dirección permanente).
123. Tiende a adherirse rígidamente a rutinas diarias y se torna ansioso o incómodo cuando son alteradas.
124. Tiende a evitar situaciones sociales debido al miedo a sentirse avergonzado, rechazado o humillado.
125. Apariencia o comportamiento parece extraño o peculiar (Ej., arreglo, higiene, postura, contacto visual, ritmo del discurso, etc.) se observa de alguna manera raro o "fuera de contexto".
126. Parece tener un rango de emociones limitado o estrecho.
127. Tiende a sentirse malentendido, maltratado o victimizado.
128. Fantasea acerca de encontrar el amor ideal y perfecto.
129. Tiende a estar en conflicto con la autoridad (Ej., puede sentir que debe someterse, rebelarse en contra de, ganar sobre, vencer, etc.).
130. Los procesos de razonamiento o las experiencias perceptuales parecen extraños e idiosincrásicas (Ej., puede extraer conclusiones o interpretar los sucesos de manera inusual o rara; puede ver mensajes ocultos o detectar significados especiales en situaciones cotidianas normales).
131. Tiene dificultad para permitirse experimentar emociones sumamente placenteras (Ej., entusiasmo, alegría, orgullo).
132. Tiende a tener numerosas relaciones sexuales; es promiscuo(a).
133. Tiende a ser arrogante, altanero o rechazante.
134. Tiende a actuar impulsivamente, sin considerar las consecuencias.
135. Tiene miedos infundados de contraer enfermedades médicas; tiende a interpretar molestias o dolores normales como síntomas de una enfermedad; es hipocondríaco.
136. Tiende a ser supersticioso o creer en fenómenos sobrenaturales o mágicos (Ej., astrología, tarot, cristales, percepción extrasensorial, "auras", etc.).
137. Muestra evidencia de deseos o intereses homosexuales inconscientes (Ej., puede ser excesivamente sarcástico, crítico, hiriente u odiar a los homosexuales, o puede mostrar signos de atracción hacia una persona del mismo sexo sin haberse percatado de ello).
138. Tiende a entrar en estados de conciencia alterados y disociados cuando está angustiado (Ej., se siente entumecido, distante, desconectado, extrañarse a sí mismo o a el mundo que le rodea, como no familiar o irreal).
139. Tiende a guardar rencores; puede rumiar los insultos o menosprecios por largos períodos.
140. Tiene una perversión sexual o fetichismo; necesita condiciones previas muy rígidas o extremadamente idiosincrásicas para que pueda vivir una experiencia sexual gratificante.
141. Está extremadamente identificado con una "causa" política o social, en un grado que parece excesivo o fanático.

142. Tiende a hacer repetidas amenazas o intentos de suicidio, ya sea como "un grito de ayuda" o como un intento de manipular a otros.
143. Tiende a creer que sólo puede ser apreciado por, o debe relacionarse solamente con personas que tienen un nivel superior o "especial" .
144. Tiende a observarse como un ser lógico y racional, no influenciado por la emoción; prefiere conducirse como si las emociones fuesen irrelevantes o triviales.
145. Su discurso tiende a ser vago, circunstancial, incoherente, desviado, etc.
146. Tiende a suscitar aburrimiento en los demás (Ej., puede hablar incesantemente, sin sentimientos, o de asuntos sin importancia.).
147. Tiende a abusar del alcohol.
148. Tiene poca predisposición psicológica para explorar sus propias motivaciones, comportamiento, etc.; es incapaz de considerar otras formas de interpretar sus experiencias.
149. Tiende a sentirse como excluido o forastero; se siente como si realmente no perteneciera a su entorno.
150. Tiende a identificarse con otras personas a las cuales admira en un grado exagerado; tiende a convertirse en un admirador o "discípulo" (Ej., puede adoptar actitudes, creencias, manierismos del otro, etc.).
151. Parece que experimenta el pasado como una serie de eventos desconectados o desarticulados; tiene dificultad para dar una explicación coherente a la historia de su vida.
152. Tiende a reprimir u "olvidar" eventos perturbadores, o a distorsionar el recuerdo de eventos perturbadores hasta hacerlos irreconocibles.
153. Las relaciones interpersonales tienden a ser inestables, caóticas y rápidamente cambiantes.
154. Tiende a provocar reacciones extremas o provocar sentimientos inusualmente intensos en los demás.
155. Tiende a describir las experiencias mediante generalidades; no quiere o no puede ofrecer detalles específicos.
156. Tiene una imagen corporal distorsionada; se ve a sí mismo como poco atractivo, grotesco, desagradable, etc.
157. Tiende a volverse irracional cuando se suscitan emociones fuertes; puede mostrar un declive notable del nivel de funcionamiento acostumbrado.
158. Parece temeroso de comprometerse en una relación amorosa a largo plazo.
159. Tiende a negar o desconocer sus propias necesidades de cuidado, cercanía, comodidad, etc., o considerar inaceptables dichas necesidades.
160. Carece de relaciones y amistades cercanas.
161. Tiende a abusar de drogas ilegales.
162. Expresa sentimientos y creencias contradictorias sin estar perturbado por las inconsistencias; tiene escasa necesidad de conciliar o resolver ideas contrarias.
163. Parece querer "auto castigarse", crea situaciones que lo llevan a la infelicidad o evita activamente oportunidades de gratificación y placer.
164. Tiende a ser rígido y moralista consigo mismo.

165. Tiende a distorsionar deseos o sentimientos inaceptables transformándolos en sus opuestos (puede expresar excesivo afecto o preocupación mientras muestra signos de hostilidad sin darse cuenta; desagrado acerca de cuestiones sexuales mientras muestra signos de interés o entusiasmo; etc.)
166. Tiende a alternar entre el control pobre y el súper control de sus necesidades e impulsos (Ej., las necesidades y deseos son expresados impulsivamente y con poca preocupación por las consecuencias, o por el contrario se niega a aceptar o virtualmente no permite expresión alguna.).
167. Simultáneamente necesita y rechaza a otros (Ej., ansía la intimidad y el cuidado pero tiende a rechazarlos cuando se le ofrece).
168. Lucha contra deseos genuinos de quitarse la vida.
169. Teme convertirse en uno de sus padres (o figura paterna) contra el/la cual tiene fuertes sentimientos negativos; puede ir muy lejos para evitar o rechazar actitudes o comportamientos asociados con esa persona.
170. Tiende a ser opositor, contrario o a mostrar rápidamente el desacuerdo.
171. Parece temer estar solo, puede hacer grandes esfuerzos para evitar estar solo.
172. Experimenta una disfunción sexual específica durante el acto sexual o en los intentos de penetración (Ej., Inhibición orgásmica o vaginismo en las mujeres, impotencia o eyaculación precoz en los hombres).
173. Tiende a volverse absorto en los detalles frecuentemente hasta el punto en el que pierde lo que es significativo de la situación.
174. Espera ser "perfecto" (Ej., en apariencia, logros, desempeño, etc.)
175. Tiende a ser concienzudo y responsable.
176. Tiende a confundir sus pensamientos, sentimientos o rasgos de personalidad con los de otros (Ej., puede utilizar las mismas palabras para describirse y describir a otra persona, cree que ambos comparten pensamientos y sentimientos idénticos, trata a la persona como una "extensión" de sí mismo, etc.).
177. Repetidamente convence a otros de su compromiso para cambiar pero después retorna a comportamientos desadaptativos previos, y tiende a convencer a otros que " esta vez realmente será diferente".
178. Esta preocupado con la sensación de que alguien o algo se ha perdido irremediablemente (Ej., amor, juventud, la oportunidad de ser feliz, etc.).
179. Tiende a ser vigoroso y sociable.
180. Tiene problemas para tomar decisiones; tiende a ser indeciso o vacila frente a las opciones.
181. Tiende a elegir compañeros sexuales o románticos que parecen ser inapropiados en términos de edad, estatus (Ej., social, económico, intelectual), etc.
182. Tiende a ser controlador.
183. Es psicológicamente capaz de ser introspectivo; es capaz de entenderse y entender a otros de manera sutil y sofisticada.
184. Sus expresiones verbales parecen incongruentes con los afectos o incongruentes con los mensajes no verbales que los acompañan.
185. Tiende a expresar enojo intenso e inapropiado, desproporcionado dada la situación.

186. Tiene dificultades para dirigir tanto sentimientos de ternura como sentimientos sexuales hacia la misma persona (Ej., ve a las personas como respetables y virtuosas o sexy y divertidas, pero no ambas).
187. Tiende a sentirse culpable o avergonzado acerca de sus actividades o intereses sexuales (ya sea consciente o inconscientemente).
188. La vida laboral tiende a ser caótica o inestable (Ej., las condiciones de trabajo parecen siempre temporales, transitorias o están definidas patológicamente).
189. Tiende a sentirse infeliz, deprimido o desanimado.
190. Aparenta sentirse privilegiado y con derechos; espera un trato preferencial.
191. Sus emociones tienden a cambiar rápida e impredeciblemente.
192. Tiende a estar muy preocupado con las reglas, los procedimientos, el orden, la organización, los horarios, etc.
193. Carece de habilidades sociales; tiende a ser socialmente inapropiado o torpe.
194. Trata de manipular las emociones de otros para obtener lo que quiere.
195. Tiende a preocuparse por la muerte y el morir.
196. Es capaz de encontrar sentido y satisfacción en la búsqueda a largo plazo de metas y ambiciones.
197. Tiende a buscar o crear relaciones interpersonales en las cuales se coloca en el rol de cuidador, rescatando o protegiendo al otro.
198. No es verbalmente ágil; posee una habilidad limitada para expresarse en palabras.
199. Tiende a ser pasivo y no asertivo.
200. Es capaz de formar relaciones de amistad cercanas y duraderas caracterizadas por apoyo mutuo y experiencias compartidas.