



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**

## **Dependencia a cocaína y trastorno límite de la personalidad: impulsividad, disregulación emocional y su correlato con conectividad funcional**

**Tesis  
que para optar por el grado de  
Maestra en Ciencias**

**Presenta:  
Thania Guadalupe Balducci García**

**Tutor Principal  
Dr. Jorge Julio González Olvera**

**Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud**

**Ciudad de México, a 25 de enero de 2017**



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.

## Contenido

I. Antecedentes .....	4
1. Patología dual .....	5
2. Dependencia a cocaína .....	6
2.1 Generalidades .....	6
2.2 Neurobiología .....	8
3. Trastorno límite de la personalidad.....	10
3.1 Generalidades .....	10
3.2 Neurobiología .....	12
4. Dependencia a cocaína y Trastorno límite de la personalidad. ....	13
5. Impulsividad .....	14
5.1 Definición .....	14
5.2 Impulsividad y dependencia a cocaína .....	14
5.3 Impulsividad y trastorno límite de la personalidad .....	15
6. Disregulación emocional .....	15
6.1 Definición .....	15
6.2 Disregulación emocional y dependencia a cocaína .....	16
6.3 Disregulación emocional y trastorno límite de la personalidad.....	17
7. Conectividad cerebral funcional .....	17
7.1 Generalidades .....	17
7.2 Red de activación por defecto y dependencia a cocaína .....	18
7.3 Red de activación por defecto y trastorno límite de la personalidad.....	18
7.4 Conectividad funcional amigdalina en dependencia a cocaína y trastorno límite de la personalidad .....	19
II. Planteamiento del problema.....	19
III. Justificación .....	19
IV. Hipótesis.....	20
V. Objetivos .....	21
VI. Diseño del estudio .....	21
VI.I Tipo de estudio .....	21
VI.II Participantes .....	21
VII. Material y métodos.....	24
VII.I Variables.....	24

VII.II Instrumentos.....	26
VII.III Procedimiento .....	33
VIII. Análisis.....	33
VIII.I Análisis estadístico.....	33
VIII.II Análisis de neuroimagen .....	34
VIII.III Tamaño de muestra .....	35
IX. Costos .....	35
X. Consideraciones éticas .....	36
XI. Resultados .....	36
XI.I Muestra: variables sociodemográficas y comorbilidad .....	36
XI.II Dependencia a cocaína y Trastorno límite de la personalidad .....	42
XI.III Impulsividad autorreportada y disregulación emocional .....	43
XI.IV Pruebas neuropsicológicas .....	47
XI.V Neuroimagen funcional.....	48
XII. Discusión.....	50
XIII. Lista de abreviaturas.....	54
XIV. Anexos .....	56
XV. Referencias.....	110

## Agradecimientos

Agradezco a mi tutor, el Dr. Jorge González Olvera, primeramente, por haberme invitado a participar en su proyecto y haber creído en mi para iniciar mi formación como investigadora, así como por su apoyo y humanismo a lo largo de este proceso.

Doy gracias también al Dr. Eduardo Garza, con quien he aprendido muchísimo no sólo de imágenes cerebrales, sino también sobre lo que implica ser un buen investigador e igualmente que me ha apoyado enormemente en el proceso.

Una de las cosas más importantes que he aprendido gracias a ellos y a todos los que forman parte del equipo es la importancia que tiene trabajar y crecer juntos, siendo el equipo en su conjunto una de las herramientas más importantes de trabajo. Así que gracias a todos los que forman parte del equipo incluidos Diego Ángeles, Isabel Espinoza y todos los involucrados para que esto fuera posible. Algo enriquecedor es que no sólo han sido un buen equipo para trabajar, sino también buenos amigos.

Finalmente, agradezco a mi familia y amigos por estar ahí en este proceso.

Thania Balducci

## I. Antecedentes

### 1. *Patología dual*

El término patología dual es comúnmente aceptado en el área de la salud mental para referirse a la coocurrencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental, los cuales pueden suceder simultáneamente o secuencialmente a lo largo de la vida<sup>(1)</sup>.

De acuerdo a estudios epidemiológicos, la patología dual se presenta en el 85% de las personas que tienen un trastorno por uso de alguna sustancia y el 95% de la población en tratamiento por uso de sustancias<sup>(2)</sup>.

La patología dual tiene importantes implicaciones clínicas como mayor uso de las sustancias y tiempos de remisión más breves, comparado con quienes no tienen un trastorno comórbido. Además, lleva a mayor severidad de los síntomas del trastorno que acompaña al uso de sustancias, menor apego al tratamiento, mayor presencia de conducta disruptiva y violenta, así como menor funcionamiento social<sup>(3)</sup>. Todo esto se acompaña por mayores costos del tratamiento, mayor número de hospitalizaciones y mayor uso de servicios de urgencias en hospitales generales<sup>(4), (5)</sup>. En resumen, la patología dual se asocia a mayor uso de los servicios de salud, mayor severidad, mayor discapacidad funcional y peor evolución.

El tratamiento óptimo de pacientes con trastornos por uso de sustancias requiere considerar los trastornos mentales comórbidos y viceversa<sup>(6)</sup>.

Existen tres hipótesis principales para explicar el fenómeno de la patología dual:

1. El trastorno por uso de sustancias como trastorno primario e inductor de la patología psiquiátrica.
2. Psicopatología como factor de riesgo para el desarrollo del trastorno por uso de sustancias. Esta explicación engloba la hipótesis de la automedicación, según la cual, el consumo se realiza para aliviar la sintomatología o el sufrimiento producido por ciertos trastornos mentales. En el caso de la comorbilidad entre la dependencia a cocaína (DC) y el Trastorno límite de la personalidad (TLP), se ha propuesto que las personas con TLP consumen cocaína con el objetivo de reducir los estados afectivos disfóricos.

3. Coexistencia de una vulnerabilidad especial del sujeto para padecer ambos trastornos, vistos éstos como trastornos de los circuitos cerebrales posiblemente causados por alteraciones en el desarrollo y dados por la interacción de factores genéticos y ambientales. Esta hipótesis es actualmente la hipótesis más aceptada. Como argumentos a favor se citan el hecho de que la mayoría de los individuos que usan sustancias potencialmente adictivas no llegan a desarrollar dependencia y, los mismos sistemas de neurotransmisores que son alterados por las sustancias se encuentran afectados en otros trastornos mentales, siendo éstos el sistema opioide, cannabinoide, colinérgico-nicotínico, glutamatérgico, dopaminérgico, glucocorticoide<sup>(6)</sup>, observándose además diferencias en la preferencia por ciertas sustancias de acuerdo al trastorno comórbido presente.

El presente trabajo tiene el interés de explorar características clínicas y de conectividad cerebral en la comorbilidad entre DC y el TLP, por lo que en las siguientes secciones se revisarán estos trastornos individualmente y posteriormente lo que se sabe de este diagnóstico dual.

## 2. *Dependencia a cocaína*

### 2.1 Generalidades

Si bien el diagnóstico de dependencia a una sustancia ha desaparecido de la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM)<sup>(7)</sup> para dar lugar a la categoría diagnóstica de Trastorno por uso de sustancias, para fines de investigación es preferible usar aún la categoría diagnóstica de dependencia que aparece en las ediciones anteriores del manual<sup>(8)</sup>, en donde aún se distingue entre abuso y dependencia, entendiéndolos como trastornos con conductas e implicaciones neurobiológicas diferentes, siendo la última producto de cambios neuroadaptativos a la exposición crónica de la sustancia<sup>(9)</sup>.

Los criterios para dependencia a alguna sustancia, de acuerdo a la 4ª edición del DSM en su versión revisada (DSM-IV-TR)<sup>(8)</sup>, son:

Un patrón desadaptativo del consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems, por un periodo continuo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

- a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
  - b. El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definido por cualquiera de los siguientes:
  - a. Síndrome de abstinencia según la sustancia
  - b. Se toma la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Hablando específicamente acerca de la cocaína, ésta es una sustancia de abuso con capacidad para generar dependencia, que es extraída de las hojas de la planta *Erythroxylum coca*, planta originaria de los Andes. Comúnmente se presenta en forma de polvo blanco y cristalino, el clorhidrato de cocaína. Otra forma frecuente de presentación, especialmente en estratos socioeconómicos más bajos, es la piedra o crack, elaborada a partir de una mezcla de cocaína, bicarbonato de sodio y amoníaco que forman pequeños cristales los cuales se calientan para posteriormente inhalar el humo que se desprende<sup>(10)</sup>.

Respecto a la epidemiología, a nivel global, la cocaína es la segunda droga ilícita más usada en Sudáfrica, Norteamérica, Sudamérica, el Caribe, Europa Central y Europa Occidental<sup>(11)</sup>. Se calcula que en 2010 existían 6.9 millones de casos de dependencia en el mundo, equivalente a una prevalencia del 0.10%, con el pico máximo entre los 25 y 34 años de edad, con mayor prevalencia en Norteamérica, Latinoamérica y el Caribe. La carga global por dependencia a cocaína en 2010, estimada en años de vida ajustados por discapacidad, fue de 15.9 por 100 000 habitantes<sup>(12)</sup>.

En México, la Encuesta nacional de adicciones 2011<sup>(13)</sup> indica que en la población entre los 12 y 65 años de edad en México, la prevalencia en el consumo de cocaína en el último año es del 0.5%, situándola en el segundo lugar de consumo en cuanto a sustancias ilícitas. De acuerdo a



sexo, en hombres la prevalencia es del 0.9% mientras que en mujeres es del 0.1%. Por edad, en los adolescentes es del 0.4% tanto en hombres como en mujeres, y en la población adulta de 18 a 34 años es de 0.8%, siendo del 1.6% en los hombres de este grupo de edad, mientras que de los 35 a los 65 años, la prevalencia de consumo en el último año es de 0.3%. Otra estadística en México está dada por la Encuesta de consumo de drogas en estudiantes en la Ciudad de México de 2012<sup>(14)</sup>, que es realizada entre estudiantes de secundaria y bachillerato, de acuerdo a la cual la cocaína tiene el tercer lugar de preferencia entre los adolescentes después del cannabis y los inhalables, y su consumo ha incrementado entre las mujeres respecto a la encuesta de 2009.

El tratamiento de quienes padecen dependencia a cocaína es todo un reto. Al momento no existe ningún medicamento que haya sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos para el tratamiento de la dependencia a cocaína. Se ha estimado que tras un programa completo de tratamiento ambulatorio aproximadamente 69% de los pacientes tienen recaída en el consumo tras un año, mientras que llega a ser del 80% tras tratamiento con internamiento<sup>(15)</sup>. Los análisis de costo-beneficio señalan el beneficio potencial de desarrollar tratamientos que sean incluso parcialmente efectivos, aún con un efecto modesto, como sería un incremento en el 10% de la tasa de abstinencia, se obtendría un índice costo-beneficio de 1.5-5.8<sup>(16)</sup>. Esto resalta la importancia de desarrollar nuevas estrategias terapéuticas con utilidad clínica para el tratamiento de la dependencia a cocaína<sup>(15)</sup>.

## 2.2 Neurobiología

El mero uso de una sustancia de abuso no es suficiente para establecer un trastorno, ya que es la menor parte de los usuarios que sufren una transición hacia ésta. En el caso de la cocaína, se estima que alrededor del 16.7% de quienes la han consumido alguna vez, desarrollan dependencia<sup>(17)</sup>. Por otro lado, el intervalo de tiempo entre el primer consumo de cocaína y el diagnóstico de dependencia en quienes desarrollan la adicción es de 4 a 12 meses en el caso de los adolescentes<sup>(18)</sup>.

El mecanismo de acción de la cocaína a nivel molecular emula al de una amina simpaticomimética de acción indirecta, es decir, es capaz de remedar las acciones de las catecolaminas no actuando directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, sino al unirse en los transportadores de dopamina, lo que aumenta la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica. El aumento en la biodisponibilidad de la dopamina media la euforia que ésta produce y está implicada en el proceso adictivo, mientras que el exceso de noradrenalina es el responsable de las manifestaciones y complicaciones agudas a nivel periférico. La cocaína también bloquea la recaptura de serotonina. El efecto estimulante

psicomotor ocurre al bloquear el transportador de dopamina en el estriado. En modelos animales con roedores, la capa externa del núcleo accumbens (NA) media los efectos iniciales de recompensa, mientras que la capa interna tienen efectos de saciedad o limitación del consumo de cocaína, aunque también se ha implicado en la conducta de búsqueda de la sustancia<sup>(15)</sup>. La administración repetida produce cambios en las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral (VTA) y del NA llevando a procesos neuroadaptativos que alteran sus funciones<sup>(19)</sup>.

El incremento en la dopamina disponible en el NA que ocasiona la cocaína tiene efectos gratificantes, y son éstos la principal razón para iniciar el consumo<sup>(20)</sup>, es decir, tiene un efecto reforzador positivo, sin embargo, conforme incrementa el consumo de la sustancia y se dan los cambios neuroadaptativos, aparecen los reforzadores negativos, esto es, el deseo por evitar los síntomas de abstinencia.

El papel que juega la dopamina no es el del placer hedónico, como sería el caso de los opioides y cannabinoides, sino es el de codificar la predicción de la recompensa, dar un valor incentivo a los reforzadores y facilitar el aprendizaje de los gratificantes asociados o reforzadores<sup>(21)</sup>.

En estos procesos están involucradas las vías dopaminérgicas mesolímbica con proyección del VTA al NA, mesoestriatal, con proyecciones de la sustancia nigra al estriado dorsal, y mesocorticales, del VTA a la corteza frontal<sup>(20)</sup>.

Uno de los modelos propuestos para explicar el desarrollo de los trastornos por uso de sustancias (TUS), incluyendo la dependencia a la cocaína, implica un ciclo de tres etapas: atracción/intoxicación, abstinencia/afecto negativo y preocupación/anticipación, en cada una de las cuales se ven involucradas distintas estructuras<sup>(22)</sup>.

En la etapa de atracción/intoxicación, las estructuras que intervienen principalmente son el NA, el núcleo central de la amígdala, así como el pálido ventral y la sustancia innominada siendo estas las principales eferencias del NA. Es importante resaltar que el NA está situado estratégicamente para recibir información proveniente de la amígdala, la corteza frontal y el hipocampo, que a través de este relevo, es transformada de una motivación a la acción por medio de las conexiones con el sistema motor extrapiramidal.

La amígdala extendida es la estructura central en la etapa de abstinencia/afecto negativo, pues representa una vía común para la integración de los sistemas centrales de estrés/alerta y los hedónicos, de forma que produce el afecto negativo que promueve el reforzamiento negativo asociado con los mecanismos adictivos. La amígdala extendida está formada por el núcleo central de la amígdala, el núcleo del lecho de la estría terminal y la zona de transición en la

región medial del NA. La amígdala extendida juega un papel fundamental también en el condicionamiento del miedo y el procesamiento del dolor. En esta fase se activa también el eje hipófisis-hipotálamo-suprarrenal.

La etapa de preocupación/anticipación o craving es una parte del ciclo clave en las recaídas, que pueden ser inducidas por estímulos asociados a la sustancia, o por estresores o estados emocionales negativos. En el primer caso, las estructuras involucradas principalmente son la corteza prefrontal medial, NA y pálido ventral, mientras que en el segundo caso se ve involucrada principalmente la amígdala basolateral y las estructuras de la amígdala extendida.

Estas etapas del ciclo adictivo interactúan entre sí y se repiten continuamente siendo más intensas conforme la adicción va incrementando. De esta forma, la dependencia resulta de una serie de neuroadaptaciones en donde una acción inicialmente impulsiva se vuelve compulsiva hasta ser crónica y recidivante. Esta transición involucra la reprogramación de circuitos neuronales involucrados en los procesos de: 1) recompensa y motivación, 2) memoria, condicionamiento y habituación, 3) funciones ejecutivas y control inhibitorio, 4) interocepción y autoconciencia, y 5) respuesta al estrés.

En el caso específico de la cocaína, parece haber un cambio de los efectos gratificantes dados inicialmente en el estriado ventral hacia el estriado dorsolateral y ventral conforme se establece la adicción, por lo tanto, resultan importantes los circuitos moleculares que reclutan el estriado dorsal y promueven su mayor respuesta ante la exposición de la sustancia para la aparición de la adicción. Se han identificado cascadas de señalización en el estriado ventral que regulan el efecto de recompensa en ratas con exposición limitada a cocaína, siendo una de las principales la cascada de Adenosin Mono Fosfato cíclico, el cual, tiene actividad importante en el estriado dorsal conforme se establece la adicción<sup>(15)</sup>.

### *3. Trastorno límite de la personalidad*

#### 3.1 Generalidades

De acuerdo al DSM-IV-TR<sup>(8)</sup> y el DSM 5<sup>(7)</sup>, el TLP se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, una notable impulsividad que comienza al inicio de la edad adulta y se da en diversos contextos como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
3. Alteración de la identidad, autoimagen inestable
4. Impulsividad en al menos dos áreas que sea potencialmente dañino para sí mismo
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
6. Inestabilidad afectiva
7. Sentimiento crónico de vacío
8. Ira inapropiada e intensa
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Al ser necesarios 5 de estos 9 criterios para hacer el diagnóstico, existen 151 combinaciones posibles para ello<sup>(23)</sup>. Se han realizado estudios que identifican al TLP como un constructo multidimensional que bajo un análisis factorial de las entrevistas clínicas estructuradas es resultante de 1 a 4 factores<sup>(24)</sup>. De forma práctica, los factores o áreas de disfunción que en conjunto engloban a los criterios diagnósticos son<sup>(25, 26)</sup>:

1. Alteración en el procesamiento y regulación emocional
2. Alteraciones cognitivas
3. Disregulación conductual e impulsividad
4. Conflictos interpersonales

Cada uno de estos factores está relacionado a características clínicas y hallazgos neurocognitivos y neuroanatómicos específicos.

Respecto a su epidemiología, se ha reportado una prevalencia del TLP que va del 0.7% en Noruega<sup>(27)</sup> a 1.4% a 5.9% en la población general en Estados Unidos<sup>(28, 29)</sup>, mientras que en población psiquiátrica en consulta externa es del 10%<sup>(30)</sup> y en hospital del 20%<sup>(31)</sup>. El funcionamiento psicosocial es malo hasta en el 80% de las personas con TLP<sup>(32)</sup> y 60 a 70% cometerá algún intento suicida<sup>(33)</sup> y será consumado en 8 a 10% de los casos<sup>(34, 35)</sup> siendo la prevalencia de suicidio 50 veces mayor que en la población general<sup>(33)</sup>. No se encontraron estadísticas en México al respecto.

Por otro lado, la utilización de servicios de salud es elevada en los pacientes con TLP, encontrándose que el tiempo de estancia intrahospitalaria en hospitales psiquiátricos se triplica respecto a aquellos sin este diagnóstico, mientras que las consultas psiquiátricas y psicoterapéuticas se duplican<sup>(36)</sup>, lo mismo que el uso de servicios de salud de nivel primario<sup>(37)</sup>.

La comorbilidad del TLP con trastornos codificados en el eje I del DSM-IV-TR es hasta del 84.5% aun en población general. Entre los trastornos en eje I que son significativos en cuanto a comorbilidad en personas con TLP se pueden mencionar trastornos de ansiedad como en Trastorno de pánico, Fobia social, Trastorno por estrés postraumático; trastornos afectivos como Trastorno depresivo mayor, Trastorno bipolar y Distimia; trastornos del control de impulsos como Trastorno explosivo intermitente, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; y Trastornos por dependencia y abuso de sustancias, englobados en la más reciente edición del DSM como TUS. En cuanto a estos últimos, la prevalencia en la población con TLP que tiene abuso o dependencia a etanol es del 27% y a drogas ilegales del 11.1%. Por otro lado, se estima que el 12% de las personas con abuso o dependencia a etanol presentan TLP, presente también en el 10.8% de quienes tienen abuso o dependencia a drogas ilegales<sup>(28)</sup>. En México no existen estudios que tengan por objetivo estimar la comorbilidad de TUS con trastornos de la personalidad.

### 3.2 Neurobiología

En la génesis del TLP se propone un modelo biopsicosocial<sup>(32)</sup> donde factores biológicos y psicosociales interactúan en el desarrollo de esta condición. En relación a los factores psicosociales, se ha observado que las personas con TLP reportan más frecuentemente antecedentes de eventos negativos o traumáticos durante la infancia como abuso sexual o negligencia y a edades más tempranas que sujetos con otros trastornos de personalidad<sup>(38)</sup>, sin embargo, estas experiencias no han demostrado ser suficiente para el desarrollo del TLP. Respecto a los factores biológicos, a través de estudios de gemelos se ha reportado una heredabilidad del 35 al 75%<sup>(39, 40)</sup>, con concordancia entre gemelos monocigotos del 35% y en dicigotos del 7%<sup>(41)</sup>. A pesar de esto, no se ha propuesto ningún gene específico aunque análisis factoriales apoyan la heredabilidad en distintas proporciones de cada factor siendo probable que sean múltiples genes los que estén involucrados<sup>(39)</sup>.

En relación a las alteraciones neuroquímicas, uno de los sistemas de neurotransmisión implicados en el TLP es el sistema serotoninérgico. En personas con TLP con conducta suicida y agresiva se ha encontrado disminución del metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindolacético, en el líquido cefalorraquídeo. La agresión impulsiva en personas con TLP ha sido relacionada con disminución en la respuesta serotoninérgica, y algunos genes que pudieran estar involucrados en el TLP tienen que ver con el funcionamiento del sistema serotoninérgico<sup>(40)</sup>. Otro sistema de neurotransmisión involucrado es el opioide, especialmente con respecto a la impulsividad, disociación y alteraciones en el procesamiento del dolor. En un estudio se reportaron bajos niveles de opiáceos en el líquido cefalorraquídeo de las personas con conducta autolesiva con

diagnóstico de trastorno de la personalidad del clúster B en donde 89.6% de la muestra tenían TLP<sup>(42)</sup>. También se han descrito una regulación a la alta de los receptores mu y una hiperactividad de los receptores kappa<sup>(40)</sup>.

#### 4. *Dependencia a cocaína y Trastorno límite de la personalidad.*

En general, presentar un trastorno por uso de alguna sustancia eleva el riesgo de tener un trastorno de personalidad 9.6 veces<sup>(2)</sup>.

En una muestra española de jóvenes reclutados fuera de los servicios de salud con uso regular de cocaína, se encontró una prevalencia del 13.7% de Trastornos de la personalidad<sup>(43)</sup>. Por otro lado, en el mismo país, en una muestra de 448 sujetos con DC<sup>(44)</sup>, el 49.6% tenían diagnóstico de trastorno de la personalidad, al comparar con sujetos con trastornos por uso de sustancias distintas a cocaína se encontró que el trastorno de personalidad más asociado a la DC fue el trastorno antisocial, con una prevalencia del 17.0% entre los sujetos con DC, mientras que era del 8.1% en sujetos con trastorno por otras sustancias. Respecto al TLP, la prevalencia fue elevada en ambos grupos, siendo de 19.7% en el grupo con DC, y con ello el trastorno de personalidad más frecuente en el grupo, y del 17.6% en el grupo de trastorno por otra sustancia.

En la patología dual trastornos por uso de sustancias y TLP, se ha encontrado que la apetencia y el consumo incrementan ante estados emocionales negativos, rechazo social y estrés. También hay mayor severidad de la adicción, mayor riesgo de sobredosis, mayor riesgo de abandonar el tratamiento, recaída más pronta tras el tratamiento siendo el TLP predictor de persistencia a 3 años del trastorno por uso de sustancias<sup>(45)</sup>.

También en la población con diagnóstico dual TLP y dependencia a sustancias se han encontrado elevados niveles de disregulación emocional, observando además que ésta juega un papel mediador entre el antecedente de maltrato en la infancia y el afecto negativo, y el diagnóstico de TLP en esta población<sup>(46)</sup>. El manejo de la disregulación emocional en personas con diagnóstico dual TLP y dependencia a sustancias, por medio de estrategias como la Terapia dialéctica conductual puede no sólo mejorar el afecto, sino disminuir la frecuencia del uso de las sustancias<sup>(47)</sup>.

Específicamente, cuando la patología dual involucra DC y TLP, se ha visto un peor pronóstico en mujeres al compararlas contra DC sin TLP y TLP con trastorno por uso de otras sustancias, esto en lo que respecta a conductas sexuales de riesgo tales como encuentros sexuales casuales más

frecuentes y menor uso de preservativo<sup>(48)</sup>. En el caso de los hombres con DC y TLP se ha encontrado mayor tendencia a desviar la atención hacia estímulos relacionados con cocaína al estar bajo situaciones de estrés emocional<sup>(49)</sup>, igualmente, al compararlos con sujetos que no presentan la patología dual. Para explicar estos hallazgos, los autores de ambos estudios han propuesto tanto la impulsividad como la disregulación emocional (DE) como mediadores, pues ambos trastornos, tanto DC como TLP, se presentan con impulsividad y DE, pudiendo haber una sinergia en estos ámbitos al presentarse ambos trastornos juntos, lo cual explicaría las diferencias con respecto a quienes no presentan la patología dual y solo tienen alguno de los dos diagnósticos, sin embargo, al momento no existen estudios enfocados en evaluar impulsividad y disregulación emocional en esta población de patología dual. A continuación, se revisan estos dos conceptos y lo que se sabe de ellos en cada uno de los trastornos.

## 5. Impulsividad

### 5.1 Definición

La impulsividad es un constructo multidimensional que se puede definir como la tendencia a presentar reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos o externos sin considerar las consecuencias negativas de estas reacciones<sup>(50)</sup>. Es frecuente encontrar la impulsividad en diversos trastornos psiquiátricos incluyendo a los TUS y el TLP. Dentro de los factores que componen la impulsividad se reconocen: la impulsividad atencional, referida al pobre control cognitivo, concentración y atención; la impulsividad motora, que es propiamente el actuar sin pensar; y, la impulsividad no planeada que se refiere al enfoque en el presente sin considerar el futuro. Estos factores son medidos mediante la escala de Barratt para impulsividad (BIS). Otro factor que conforma el constructo de impulsividad es el control inhibitorio, que se refiere a la habilidad para inhibir respuestas automáticas pero incorrectas o para resistir la interferencia de estímulos distractores, correspondiendo lo primero al control de interferencia, que es medido mediante la prueba tipo Stroop y la tarea Flanker, y lo segundo, a la inhibición de respuesta, medida mediante tareas de señal de alto y Go/NoGo<sup>(51)</sup>.

### 5.2 Impulsividad y dependencia a cocaína

Se ha encontrado que la impulsividad incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por uso de estimulantes y a su vez éste incrementa la impulsividad<sup>(52)</sup>. El mecanismo es a través del papel que tiene la impulsividad entre el uso controlado y el uso compulsivo de las sustancias. Uno de

los dominios de la impulsividad más afectados en los consumidores de cocaína es el relacionado a la recompensa, manifestado como la preferencia por recompensas pequeñas e inmediatas por sobre recompensas grandes pero retrasadas. En un estudio que tomó una muestra comunitaria de sujetos con DC se encontró que la impulsividad y la depresión son predictores de mayor uso de cocaína a lo largo de la vida<sup>(53)</sup>. De relevancia para el tratamiento, se ha visto que a mayor impulsividad es más probable que los sujetos no completen el tratamiento, siendo la impulsividad motora, esto es, la tendencia a actuar sin pensar, la de mayor valor pronóstico<sup>(52)</sup>, asociándose la impulsividad también a recaídas en el consumo<sup>(54)</sup>. En cuanto a la medición de impulsividad mediante pruebas neuropsicológicas, un metaanálisis muestra que sujetos en abstinencia intermedia, entre 72 horas y 12 semanas, tienen alteraciones en la impulsividad con un tamaño del efecto moderado ( $d=0.581$ ,  $p<0.0001$ )<sup>(55)</sup>.

### 5.3 Impulsividad y trastorno límite de la personalidad

La impulsividad es una característica central del TLP, considerándola como una de las dimensiones que definen el trastorno y manifestándose a través de conductas sexuales de riesgo, problemas de alimentación, abuso de sustancias, autolesiones o intentos suicidas, entre otras. En un seguimiento a siete años, se encontró que la conducta impulsiva es el predictor más fuerte para continuar con psicopatología límite<sup>(56)</sup>. Es frecuente encontrar que los sujetos con TLP prefieren recompensas más pequeñas pero inmediatas, que recompensas mayores pero retardadas<sup>(57)</sup>. En el perfil neuropsicológico, se han visto alteraciones en el control ejecutivo, memoria de trabajo y alteraciones en la consolidación de memoria a largo plazo, alteraciones que se han relacionado a la impulsividad y la disregulación emocional<sup>(58)</sup>. En este sentido, es importante señalar que en evaluaciones estándar en laboratorios es frecuente no encontrar las alteraciones, mientras que éstas son evidentes cuando se utilizan paradigmas ecológicos o que implican cierto grado de estrés emocional<sup>(59)</sup>.

## 6. *Disregulación emocional*

### 6.1 Definición

La regulación emocional incluye los procesos de amplificación, atenuación o mantenimiento de las respuestas afectivas<sup>(47)</sup>, es decir, los diferentes métodos y habilidades con las que cuenta el individuo para influir en la experiencia y expresión de las emociones<sup>(60)</sup>. La puesta en práctica de estas estrategias de regulación emocional requiere un esfuerzo que bajo condiciones estresantes



puede no ser ejecutado dando prioridad a conductas con recompensas más inmediatas<sup>(61)</sup>. La disregulación emocional se puede definir como la dificultad para controlar y modular el propio estado afectivo a tal grado que las emociones pueden salirse de control y anteponerse al juicio y la razón<sup>(62)</sup>. El control de los impulsos representa un importante elemento en la regulación emocional<sup>(63)</sup>.

## 6.2 Disregulación emocional y dependencia a cocaína

Se ha visto que sujetos con DC, durante la primer semana de abstinencia a cocaína, periodo durante el cual suelen cursar con ánimo disfórico, irritabilidad, fatiga y ansiedad, cursan con mayor disregulación emocional que lo sujetos sanos, esto medido mediante la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), con peor puntaje total y peor desempeño en la subescalas de dificultad en el control de impulsos, conciencia emocional, uso de estrategias de regulación emocional y claridad emocional, mientras que entre la tercera y cuarta semana de abstinencia, la diferencia respecto a los sujetos sanos seguía siendo significativa sólo para las subescalas de control de impulsos y conciencia emocional, y sólo la primera de éstas cuando se controló para TLP<sup>(61)</sup>.

Existe otro estudio asociado al anterior, realizado por el mismo grupo de investigación, donde se evaluó en sujetos con DC el constructo de inteligencia emocional, que se refiere a la capacidad para percibir y monitorizar las emociones propias y de los otros, así como regularlas, discriminarlas y expresarlas con el objetivo de guiar y facilitar el pensamiento y la conducta. Esto se midió entre la tercera y cuarta semana de internamiento para desintoxicación, encontrando que al comparar con sujetos sanos y una vez controlado por el coeficiente intelectual, aquellos con DC presentaban dificultad para el entendimiento de las emociones y en el manejo de las emociones, mientras que en las subescalas que tenían que ver con la experiencia, generación y percepción de emociones (inteligencia emocional experiencial) no mostraban diferencias significativas, siendo por lo tanto la inteligencia emocional estratégica la que se encontraba alterada, es decir, la que permite entender las causas y complejidades de las emociones así como llevar a cabo su regulación, en otras palabras, los problemas relacionados con las emociones en los sujetos con DC tienen que ver más con los procesos de razonamiento de alto orden acerca de las emociones y menos con los procesos básicos del procesamiento de las mismas. También se encontró en este estudio una relación negativa entre la dificultad para el control de impulsos autorreportada y la puntuación total de inteligencia emocional, así como entre ésta última y el estrés percibido. Además, a más años de uso de cocaína, peor desempeño en las subescalas de relaciones emocionales, manejo de emociones, percepción de emociones e inteligencia emocional total. Los autores de este estudio proponen que una pobre apreciación y

regulación de las emociones puede influir en la asociación entre el estrés, el control de los impulsos y el mantenimiento de la DC<sup>(64)</sup>.

### 6.3 Disregulación emocional y trastorno límite de la personalidad

La disregulación emocional constituye otra de las dimensiones centrales del TLP, en donde existe un incremento en la intensidad con la que se experimentan las emociones y en la reactividad, siendo éstas fácilmente desencadenadas<sup>(62)</sup>. Esto se va a manifestar por la inestabilidad emocional, conducta agresiva hacia el sí mismo y hacia los otros, conducta impulsiva, así como gran reactividad ante situaciones de estrés social. Se ha visto que la disregulación emocional en sujetos con TLP predice la presencia de agresividad, aún en mayor medida que la impulsividad.

## 7. Conectividad cerebral funcional

### 7.1 Generalidades

La conectividad funcional se define como la correlación temporal entre eventos neurofisiológicos espacialmente remotos<sup>(65)</sup>, en términos sencillos y hablando específicamente del funcionamiento cerebral, implica la manera en que la actividad de dos o más áreas cerebrales se relacionan en un momento determinado, implicando que pudieran formar parte de una misma red funcional, sin establecer una vía anatómica ni direccionalidad.

Una herramienta por medio de la cual se estudia la conectividad funcional es la resonancia magnética funcional (fMRI), que utiliza el contraste BOLD, por sus siglas en inglés *Blood Oxygen Level Dependent*, el incremento en la oxihemoglobina que acompaña a la activación de un área cerebral ocasiona una reducción relativa de la desoxihemoglobina lo cual incrementa la señal de resonancia magnética, permitiendo observar las áreas de activación. Para esto, las imágenes son adquiridas en estado de reposo, es decir, mientras los sujetos están en el resonador, se les solicita que permanezcan despiertos sin realizar alguna tarea en particular, durante lo cual los sujetos piensan libremente, frecuentemente recordando el pasado, previendo eventos futuros y considerando pensamientos y perspectivas de otras personas. Esto da lugar a la activación de las redes cerebrales intrínsecas.

Una de las redes más consistente es la red de activación por defecto (DMN), la cual comprende a la corteza prefrontal medial (mPFC), corteza del cíngulo posterior (PCC), precúneo, corteza

retroesplenal, lóbulo parietal inferior y formación hipocampal. Las funciones que se le han atribuido a la DMN son la construcción de simulaciones mentales dinámicas basadas en experiencias personales pasadas, soporta el monitoreo exploratorio del ambiente externo cuando la atención selectiva está relajada y actúa en oposición a los sistemas que se enfocan en la atención externa y procesamiento sensorial<sup>(66)</sup>. Esta red funcional se ha visto afectada en diversos trastornos psiquiátricos, entre ellos: enfermedad de Alzheimer, autismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, esquizofrenia e incluso en dependencia a cocaína y en trastorno límite de la personalidad, a revisar más adelante.

## 7.2 Red de activación por defecto y dependencia a cocaína

Se han realizado dos estudios de la DMN en sujetos con dependencia a cocaína. El primero de ellos por Ding et al. mediante análisis de componentes independientes, donde se encontró que el hipocampo tiene menor conectividad con las otras regiones de la DMN en los sujetos con DC al compararlos con controles sanos<sup>(67)</sup>. El otro estudio, por Liang et al, fue realizado mediante teoría de grafos, con el objetivo de explorar la interacción entre las distintas redes intrínsecas en este grupo de sujetos, observando a nivel modular que en los sujetos con DC la conectividad entre la DMN y la red de saliencia se encuentra disminuida en comparación a los controles sanos, a nivel nodal la ínsula tiene menor conectividad con la DMN y los autores proponen que estas alteraciones, junto con las encontradas en otras redes podrían explicar algunas de las alteraciones en funciones autorreferenciales, regulación emocional y memoria, así como coordinación entre la atención a estímulos internos y externos en este grupo de sujetos<sup>(68)</sup>.

## 7.3 Red de activación por defecto y trastorno límite de la personalidad

Los hallazgos más frecuentes en los estudios de la DMN en sujetos con TLP implican principalmente hiperconectividad entre diversas regiones de la red<sup>(69, 70)</sup>. En un metaanálisis que incluye siete estudios con 152 pacientes y 147 controles sanos las diferencias en el funcionamiento apuntan hacia una mayor actividad de los nodos en la línea media de la DMN, esto es la corteza prefrontal medial, precúneo y cíngulo posterior, mientras que en la corteza temporal lateral derecha y la corteza orbitofrontal bilateral la actividad es menor. La actividad del precúneo se ha observado incrementada tanto en tareas de procesamiento emocional como en reposo, y los autores proponen que las alteraciones en esta red podrían explicar en parte las dificultades interpersonales y en la regulación emocional que presentan estos pacientes<sup>(71)</sup>.

## 7.4 Conectividad funcional amigdalina en dependencia a cocaína y trastorno límite de la personalidad

La amígdala ha sido implicada en el procesamiento emocional y en la conducta impulsiva<sup>(72)</sup>, por lo cual se ha estudiado su conectividad en estado de reposo tanto en DC como en el TLP, más no en una población con esta comorbilidad. En el caso de los sujetos con DC lo que se ha encontrado es una reducción en la conectividad entre la amígdala y la corteza prefrontal medial, la corteza del cíngulo anterior rostral y la ínsula<sup>(73)</sup>. Lo opuesto se observa en el TLP, es decir, en estado de reposo existe mayor conectividad entre la amígdala y la corteza prefrontal medial, y la amígdala y la ínsula<sup>(74)</sup>, en tanto que respecto a la conectividad con la corteza del cíngulo anterior (ACC), la conectividad se ve afectada por situaciones emocionales, habiendo en el enojo incremento en la conectividad y durante el miedo una disminución<sup>(75)</sup>.

## II. Planteamiento del problema

Hasta el 19.7% de quienes presentan dependencia a cocaína tienen también trastorno límite de la personalidad<sup>(44)</sup>. De este grupo de patología dual, sólo se sabe que tienen peor pronóstico en cuanto a conductas sexuales de riesgo<sup>(48)</sup> y mayor sesgo atencional hacia estímulos relacionados a la cocaína durante estrés emocional<sup>(49)</sup>. Los mecanismos conductuales y neurobiológicos por los cuales esto sucede no han sido estudiados, pero se ha propuesto que pudiera estar involucrada la disregulación emocional y la impulsividad.

Ante esto, cabe preguntarse: ¿existen diferencias en la disregulación emocional y la impulsividad en las personas con diagnóstico dual de dependencia a cocaína y trastorno límite de la personalidad con respecto a quienes tienen solo uno de los dos diagnósticos y controles sanos?, y ¿cuáles son los sustratos neurobiológicos asociados a estas diferencias, estudiados mediante resonancia magnética funcional en estado de reposo?

## III. Justificación

Es frecuente que la dependencia a sustancias se acompañe por otros trastornos mentales y de la personalidad, y cuando esto ocurre complica la evolución de ambos, requiriendo considerar los trastornos involucrados para lograr un tratamiento óptimo.

De entre los trastornos de la personalidad que acompañan a la DC, el TLP es el más frecuente. Se sabe que los sujetos con el diagnóstico dual de DC y TLP tienen peor pronóstico en cuanto a conductas sexuales de riesgo y mayor sesgo atencional hacia estímulos relacionados a la sustancia, sin embargo, se desconocen los mecanismos a través de los cuales esto ocurre.

Ambos trastornos comparten la disregulación emocional y la impulsividad, proponiéndose éstos como mediadores de las diferencias halladas en este grupo, sin embargo, no se han explorado. Conocer si existen diferencias en la disregulación emocional y la impulsividad en este grupo respecto a quienes no presentan el diagnóstico dual permitiría promover tratamientos enfocados en mejorar estas dimensiones como forma de mejorar el pronóstico de ambos trastornos.

Contar con estudios de conectividad cerebral permitiría dar un sustento neurobiológico a las diferencias que se han observado en este grupo y posiblemente, tener un marcador biológico y un blanco de tratamiento.

#### **IV. Hipótesis**

1. Los participantes con patología dual, DC y TLP, tendrán mayor impulsividad y disregulación emocional que aquellos que no presenten ambos diagnósticos y controles sin psicopatología.
2. Los participantes con mayor impulsividad y disregulación emocional tendrán mayor severidad de la DC y el TLP.
3. Los participantes con patología dual, DC y TLP, tendrán menor conectividad dentro de los elementos de la red de activación por defecto, al compararlos contra sujetos sólo con TLP, pero será mayor que al comparar contra sujetos sin psicopatología y sujetos sólo con DC. La conectividad entre la amígdala y la corteza prefrontal medial, cíngulo anterior y la ínsula será también menor al comparar los sujetos con patología dual contra los que tienen sólo TLP.

## V. Objetivos

### *Objetivo general*

Comparar la impulsividad y la disregulación emocional entre sujetos con diagnóstico dual de DC y TLP con respecto a sujetos con solo uno de los dos diagnósticos y controles sin psicopatología

### *Objetivos específicos*

1. Determinar si existe relación entre la impulsividad y la disregulación emocional con la severidad de la DC y el TLP
2. Comparar la conectividad cerebral funcional de la DMN y de la amígdala hacia la corteza prefrontal medial y la ínsula en sujetos con diagnóstico dual de DC y TLP con respecto a participantes con solo uno de los dos diagnósticos y controles sin psicopatología

## VI. Diseño del estudio

### *VI.I Tipo de estudio*

De acuerdo a Feinstein<sup>(76)</sup> se trata de un estudio comparativo, de escrutinio, transversal, heterodémico.

De acuerdo a la Asociación de Facultades de Medicina de Canadá<sup>(76)</sup> es un estudio observacional, analítico, transversal.

### *VI.II Participantes*

La muestra consta de 4 grupos:

- A. Participantes con patología dual, TLP y DC (PD)
- B. Participantes con DC sin TLP (DC)
- C. Participantes con TLP sin DC (TLP)

#### D. Controles sin psicopatología (CSP)

Para poder llevar a cabo comparaciones en neuroimagen entre grupos, los participantes fueron pareados por sexo, edad con más o menos dos años, lateralidad, nivel socioeconómico y escolaridad.

Los participantes de los grupos PD y DC fueron reclutados de la clínica de Trastornos adictivos, del servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y por medio de carteles en centros de atención a adicciones invitando a participar a los sujetos.

Los participantes del grupo TLP fueron reclutados de la clínica de Trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” que acuden a consulta y de los servicios de preconsulta y consulta externa de psiquiatría general.

El reclutamiento de los participantes del grupo CSP se realizó por efecto de bola de nieve a partir de conocidos de los sujetos participantes en los otros grupos y por medio de carteles.

Todos los participantes debían cumplir con los criterios de inclusión y aceptar participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

A continuación, se enlistan los criterios de inclusión y exclusión para cada grupo y los criterios de eliminación, con la finalidad de controlar en la mayor medida posible cualquier variable extraña que pueda dificultar el análisis de resultados.

#### Criterios de inclusión para participantes con patología dual (DC y TLP)

- Edad entre 18 – 50 años
- Hombres o mujeres
- Índice de masa corporal mayor o igual a 18.5 y menor o igual a 30.5
- Diagnóstico de TLP y DC en consumo activo durante el último mes al menos 3 veces por semana, sin abstinencia mayor a 60 días en el último año, siendo ésta la sustancia de impacto en caso de uso de otras sustancias
- Deseo de participar y firmar el consentimiento informado
- Disposición para permanecer dentro del resonador durante la sesión de imágenes

#### Criterios de inclusión para participantes con TLP

- Edad entre 18 – 50 años
- Hombres o mujeres
- Índice de masa corporal mayor o igual a 18.5 y menor o igual a 30.5
- Diagnóstico de TLP

- Deseo de participar y firmar el consentimiento informado
- Disposición para permanecer dentro del resonador durante la sesión de imágenes

#### Criterios de inclusión para participantes con DC

- Edad entre 18 – 50 años
- Hombres o mujeres
- Índice de masa corporal mayor o igual a 18.5 y menor o igual a 30.5
- Diagnóstico de Dependencia a cocaína en consumo activo durante el último mes al menos 3 veces por semana, sin abstinencia mayor a 60 días en el último año, siendo ésta la sustancia de impacto en caso de uso de otras sustancias
- Deseo de participar y firmar el consentimiento informado
- Disposición para permanecer dentro del resonador durante la sesión de imágenes

#### Criterios de inclusión para participantes control sin psicopatología

- Edad entre 18 – 50 años
- Hombres o mujeres
- Índice de masa corporal mayor o igual a 18.5 y menor o igual a 30.5
- Deseo de participar y firmar el consentimiento informado
- Disposición para permanecer dentro del resonador durante la sesión de imágenes

#### Criterios de exclusión para participantes con patología dual (DC y TLP)

- Enfermedad crónica, cardiovascular, problemas neurológicos como epilepsia.
- Trastornos psicóticos, bipolar, de la conducta alimentaria, del espectro obsesivo compulsivo
- Cualquier contradicción para realizarse una resonancia magnética (implantes metálicos, tatuajes en la zona de la cabeza, embarazo, etc.).
- Riesgo suicida grave.

#### Criterios de exclusión para participantes con TLP

- Enfermedad crónica, cardiovascular, problemas neurológicos como epilepsia.
- Trastornos psicóticos, bipolar, de la conducta alimentaria, del espectro obsesivo compulsivo
- Cualquier Trastorno por uso de sustancias actual, excepto nicotina
- Cualquier contradicción para realizarse una resonancia magnética (implantes metálicos, tatuajes en la zona de la cabeza, embarazo, etc.).
- Riesgo suicida grave.



### Criterios de exclusión para participantes con DC

- Enfermedad crónica, cardiovascular, problemas neurológicos como epilepsia.
- Trastornos psicóticos, bipolar, de la conducta alimentaria, del espectro obsesivo compulsivo
- Trastorno límite de la personalidad
- Cualquier contradicción para realizarse una resonancia magnética (implantes metálicos, tatuajes en la zona de la cabeza, embarazo, etc.).
- Riesgo suicida grave.

### Criterios de exclusión para participantes control sin psicopatología

- Enfermedad crónica, cardiovascular, problemas neurológicos como epilepsia.
- Cualquier diagnóstico psiquiátrico incluyendo trastornos de la personalidad, excepto Trastorno por uso de nicotina
- Cualquier contradicción para realizarse una resonancia magnética (implantes metálicos, tatuajes en la zona de la cabeza, embarazo, etc.).
- Riesgo suicida grave.

### Criterios de eliminación para todos los grupos

Se suspenderá la participación de todos aquellos participantes que durante el estudio:

- Expresen su deseo de dejar de participar.
- Presenten hallazgos imagenológicos anormales que ameriten atención médica

## VII. Material y métodos

### *VII.1 Variables*

**Trastorno límite de la personalidad.** Trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con una notable impulsividad<sup>(7)</sup>.

*Definición operacional:* 5 o más ítems positivos en la subescala de TLP de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) y 7 o más puntos en la puntuación total de la Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con TLP (DIB-R).

**Severidad del TLP.** Impacto de los síntomas del TLP en la vida del sujeto, que se manifiesta en las dificultades en las diversas áreas de su vida

*Definición operacional:* puntaje de la escala de Impresión Clínica Global para TLP (CGI-TLP)

**Dimensiones del TLP.** Factores o áreas de disfunción que en conjunto engloban los síntomas del TLP (25, 26).

*Definición operacional:* puntuación en cada una de las subescalas de la DIB-R: afectividad, cognición, conductas impulsivas, relaciones interpersonales

**Dependencia a cocaína.** Trastorno mental crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y uso compulsivo de una sustancia a pesar de sus consecuencias dañinas, en este caso cocaína, en cualquiera de sus formas de ministración<sup>(22)</sup> que se acompaña por manifestaciones de tolerancia y abstinencia.

*Definición operacional:* Diagnóstico presente de acuerdo al Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI-Plus).

**Severidad de la dependencia a cocaína.** Magnitud del uso compulsivo en función del tiempo y cantidad usados, y manifestado por el impacto de los síntomas y consecuencias del consumo en las diversas áreas de la vida del sujeto.

*Definición operacional:* Suma de la puntuación obtenida en el Índice de Severidad de la Adicción (ASI).

**Apetencia por cocaína.** Deseo por consumir la sustancia.

*Definición operacional:* Puntuación en el cuestionario de craving de cocaína al momento de realizar la resonancia magnética (CCQ-now)

**Dificultad en la regulación emocional.** Dificultad para controlar y modular el propio estado afectivo a tal grado que las emociones pueden salirse de control y anteponerse al juicio y la razón<sup>(62)</sup>.

*Definición operacional:* Puntuación de la Escala de dificultades de regulación emocional (DERS).

**Impulsividad.** Concepto multidimensional que involucra aspectos conductuales, cognitivos y motivacionales y se puede definir como la predisposición a respuestas rápidas y no planeadas sin considerar sus consecuencias.

*Definición operacional:* Puntuación en la Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11).

**Respuesta inhibitoria.** Habilidad para suprimir respuestas conductuales naturales, habituales o dominantes con el objetivo de implementar conductas más adaptativas orientadas a metas<sup>(77)</sup>.

*Definición operacional:* Puntuaciones en la prueba Go/No Go y en la prueba tipo Flanker.

**Conectividad cerebral funcional.** Se define como la dependencia temporal de patrones de actividad neuronal entre regiones anatómicamente separadas<sup>(78)</sup>.

*Definición operacional:* Puntuaciones z de la diferencia de la señal BOLD entre regiones de interés: cíngulo posterior para la DMN y amígdala.

Se consideraron como variables para pareamiento de la muestra: género, edad en años, escolaridad medido por nivel, nivel socioeconómico y lateralidad. Además, en todos los grupos se han descrito estado civil, empleo y tabaquismo definido como cigarros consumidos al día.

Como variables para los grupos PD y DC se incluyen además: edad de inicio de consumo de cocaína, años de consumo, vía de administración, dinero gastado en cocaína en el último mes, uso de otras sustancias.

En los grupos PD, DC y TLP se consideran también comorbilidades psiquiátricas y de personalidad, y tratamiento farmacológico empleado al momento de la evaluación.

Se presenta un resumen de las variables con el instrumento que se utilizará para su medición y su escala en la tabla 1.

### *VII.II Instrumentos*

1. **Cuestionario demográfico auto-aplicable.** Se trata de un cuestionario breve donde se pregunta al participante datos generales sobre edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil, historia previa de tratamientos, y empleo.
2. **Cuestionario regla AMAI NSE 8x7.** Creado por la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI), el índice de Niveles Socio Económicos (NSE) es la norma, basada en análisis estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes en términos de: vivienda, salud, energía, tecnología, prevención y desarrollo intelectual<sup>(79)</sup>. Los NSE en los que clasifica a la población este cuestionario son:

AB. Corresponde al nivel más alto, tiene todas las necesidades de bienestar cubiertas y es el único que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro.

C+. Es el segundo nivel más alto, tiene todas las necesidades de calidad de vida cubiertas, con limitantes para invertir y ahorrar para el futuro.

C. Se caracteriza por un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades. Cuenta con infraestructura básica en entretenimiento y tecnología

Tabla 1.

Variable	Instrumento	Escala	Categorías
<i>Sociodemográficas</i>			
Género	Concentrado de datos demográficos	Categórica dicotómica	Masculino/ femenino
Edad	Concentrado de datos demográficos	Dimensional de razón	Años
Escolaridad	Concentrado de datos demográficos	Ordinal	Grado de estudio
Nivel socioeconómico	Cuestionario regla AMAI NSE 8x7	Ordinal	Alto / medio / bajo
<i>Clínicas</i>			
Diagnóstico <i>Trastorno límite de la personalidad (TLP)</i>	Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM IV (SCID-II) Autoaplicable	Categórica	Trastorno evitativo / dependiente / obsesivo-compulsivo / pasivo agresivo / depresivo / paranoide / esquizotípico / esquizoide / histriónico / narcisista / límite / antisocial / no especificado
	Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con Trastorno límite de la personalidad (DIB-R)	Categórica	TLP / No TLP
	Dimensiones TLP: Afectiva Cognitiva Impulsividad Interpersonal	Dimensional de razón	0-10 0-6 0-10 0-18
<i>Severidad</i>	Escala de Impresión Clínica Global para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (CGI-TLP)	Dimensional de razón	10-70

<i>Dependencia a cocaína</i>	Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI-Plus), sección de sustancias psicoactivas no alcohólicas	Categorica	Dependencia / Abuso / Ninguno
<i>Severidad</i>	Índice de la severidad de la adicción (ASI)	Dimensional de razón	0-32
Disregulación emocional	Escala de dificultades de regulación emocional (DERS)	Dimensional de razón	35 - 175
<b>Cognitivas</b>		<i>Continuación Tabla 1</i>	
Control inhibitorio	Tarea Go/No Go		
	<i>Errores de comisión</i>	Dimensional intervalar	0-480
	<i>Aciertos No Go</i>	Dimensional intervalar	0-480
	Prueba tipo Flanker		
	<i>Aciertos congruentes</i>	Dimensional intervalar	0 - 480
	<i>Aciertos incongruentes</i>	Dimensional intervalar	0 – 480
	<i>Errores congruentes</i>	Dimensional intervalar	0 – 480
	<i>Errores incongruentes</i>	Dimensional intervalar	0 – 480
	<i>Tiempo de reacción congruentes</i>	Dimensional de razón	0 - ∞
	<i>Tiempo de reacción incongruentes</i>	Dimensional de razón	0 - ∞
	<i>Tiempo de reacción errores congruentes</i>	Dimensional de razón	0 - ∞
<i>Tiempo de reacción errores incongruentes</i>	Dimensional de razón	0 - ∞	
<i>Efecto flanker</i>	Dimensional de razón	0 - ∞	
<b>Conectividad cerebral</b>			
Conectividad funcional	Resonancia magnética funcional (señal BOLD)	Dimensional intervalar	Valores Z

**Tabla 1.** Variables de estudio, características e instrumentos utilizados

C-. Cubre las necesidades de espacio y sanidad, así como enseres y equipos que aseguren el mínimo de practicidad y comodidad en el hogar.

D+. Tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria en el hogar.

D. Carece de diversos servicios y satisfactores.

E. Es el segmento con menos calidad de vida, carece de todos los servicios y bienes satisfactorios.

3. **Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) versión autoaplicada.** Su aplicación tuvo como objetivo detectar la presencia o no de TLP para la asignación de grupo, a pesar de ser autoaplicada, se verificarán por clínico la sección relativa al TLP. Cuenta como características clinimétricas con una consistencia interna 0.55-0.75<sup>(80)</sup>. Validez concurrente (entrevista semiestructurada)  $r=0.799$  TLP<sup>(81)</sup>.
4. **Entrevista diagnóstica para límites revisada (DIB-R).** La versión original fue elaborada en la década de 1970 con el objetivo de conseguir fiabilidad diagnóstica en el caso específico de los pacientes límites. En 1989 apareció la versión revisada que consta de 125 ítems, explorando los 2 años previos al momento de la entrevista con un punto de corte para el diagnóstico de puntuación igual o mayor a 8. Evalúa 4 dimensiones del TLP: impulsividad, afecto, cognición y relaciones interpersonales, de las que permite determinar la gravedad. La validación española del instrumento tiene una consistencia interna de 0.89, fiabilidad interevaluador 0.94, sensibilidad 0.81, especificidad 0.94, validez convergente 0.59<sup>(82)</sup>. En el Instituto Nacional de Psiquiatría se realizó un estudio de esta escala encontrando una sensibilidad de 0.72 y especificidad de 1.00 con un punto de corte de 7<sup>(83)</sup>. En el presente estudio se utilizó esta versión. Permitirá tener una medición de los distintos factores de TLP de manera dimensional, que será tomada como información sobre la gravedad en las distintas dimensiones.
5. **Escala de Impresión Clínica Global para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (CGI-TLP).** Es una adaptación de la escala de Impresión Clínica Global (CGI) diseñada para evaluar la severidad del TLP y los cambios post intervención (CGI-TLP-S y CGI-TLP-M, respectivamente). En este caso se usará únicamente la CGI-TLP-S. Tiene como características clinimétricas: validez con alfa 0.85, fiabilidad 0.86<sup>(84)</sup>.
6. **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-Plus):** Desarrollada por Sheehan, Lecrubier, Harnett-Sheehan, et. al. en 1997, es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve en el cual se exploran, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-V y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (excepto en el módulo de trastornos psicóticos), la entrevista cuenta con una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo se presentan una o varias casillas diagnósticas que permiten al entrevistador indicar si se cumplieron o no los

criterios diagnósticos para el trastorno<sup>(85)</sup>. Para este estudio, se utilizó la versión MINI-Plus del instrumento, la cual está adaptada para la investigación, el objetivo será determinar la presencia de dependencia o abuso a cocaína y descartar o documentar la comorbilidad psiquiátrica.

7. **Índice de severidad de la adicción (ASI)**. Es una entrevista clínica estructurada que evalúa la severidad de los problemas que se presentan como resultado del consumo de sustancias en diversas áreas (laboral, familiar/social, legal, salud, psicosocial, alcohol y drogas) y la necesidad de tratamiento. Tiene una consistencia interna de 0.62 a 0.87, fiabilidad test-retest de 0.92<sup>(86)</sup>.
8. **Cuestionario de craving de cocaína (CCQ)**. Es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la apetencia por cocaína. Cuenta con una sección que permite determinar la apetencia a la sustancia en un momento concreto (CCQ-now) y una sección que evalúa los últimos 7 días (CCQ-general). Consta de 45 ítems calificados mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, es un instrumento autoaplicado. Tiene una consistencia interna de 0.87<sup>(87)</sup>. Se usó la sección CCQ-now, misma que fue aplicada posterior a la toma de la fMRI.
9. **Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)**. Escala que mide la disregulación emocional, cuenta con 6 factores: no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para implementar conductas dirigidas a metas al presentar emociones negativas, dificultades en el control de impulsos, falta de conciencia emocional, acceso limitado a estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional. La validación en México para adolescentes arrojó sólo 4 subescalas, con 24 reactivos, dejando fuera los referentes a estrategias de regulación emocional y control de impulsos<sup>(88)</sup>. Esta es la versión que fue utilizada en el estudio. Para la validez concurrente, en la versión original y la italiana, se utilizó la Escala de alexitimia de Toronto, siendo la correlación de 0.70<sup>(89)</sup>. Para la validez predictiva, los autores de la escala utilizaron el Inventario de conducta autolesiva deliberada, dada la asociación frecuente de estas conductas con la disregulación emocional, con correlación significativa para cada uno de los factores.
10. **Tarea Go/No Go**. Es una tarea en donde se presentan una serie de estímulos continuos en cada uno de los cuales el participante debe realizar una decisión dicotómica, en uno de los estímulos se requiere que dé una respuesta motora (Go) que generalmente consiste en oprimir una tecla, mientras que en el otro tipo de estímulo se requiere que no ejecute o suprima la respuesta (No go). Se mide para cada estímulo la exactitud de la respuesta y el tiempo de reacción. Se ha postulado que la inhibición en la tarea Go/No Go ocurre a

nivel de la selección de respuesta o nivel ejecutivo. En la tabla 1 se mencionan las variables de esta tarea que fueron tomadas en cuenta para el análisis y el número de ensayos del que consta la prueba.

11. **Prueba tipo Flanker.** La tarea de psicología cognitiva Flanker fue diseñada por Eriksen y Eriksen con la finalidad de evaluar el impacto del ruido en la identificación de estímulos en tareas de no búsqueda. El llamado efecto Flanker forma parte de una serie de manipulaciones experimentales, entre las que se incluye al efecto Stroop, diseñadas para valorar, mediante el tiempo de reacción, los procesos inhibitorios. Los participantes deben mantener la atención en espera de una flecha central en el monitor de la computadora (flecha diana) cuya dirección les indica el botón que deberán presionar para responder correctamente. La flecha central se encuentra entre otras flechas que pueden estar en la misma dirección de la flecha diana (congruentes) y, por lo tanto, facilitar la respuesta del sujeto) o en dirección opuesta (incongruente). Los participantes deben inhibir la información contradictoria presentada por los “flankers” incongruentes, lo que ocasiona un aumento en el tiempo de reacción ante estos estímulos. La diferencia entre tiempo de reacción a estímulos congruentes y tiempo de reacción ante incongruentes es considerada una medida del tiempo que toma la inhibición cognitiva en el sujeto y se denomina “efecto flanker”. Sus variables tienen una consistencia interna con alfa de Cronbach mayor a 0.61, excepto para el porcentaje de respuestas correctas (precisión) en condición neutral, en condición congruente, en condición incongruente que ha sido atribuido a un efecto de techo de las respuestas correctas. En sujetos sanos, tiene una estabilidad temporal a una semana buena con fiabilidad  $r=0.84$  para el tiempo de respuesta y  $r$  0.53 a 0.75 para la precisión. En la tabla 1 se mencionan las variables de esta tarea que fueron tomadas en cuenta para el análisis y el número de ensayos del que consta la prueba. La versión utilizada para esta prueba y la tarea Go/NoGo es una modalidad que combina al mismo tiempo ambas pruebas y forma parte de la batería de evaluación prefrontal Anáhuac.
12. **Inventario de lateralidad de Edimburgo.** Proporciona la clasificación de la predominancia hemisférica, que será tomada como variable de pareamiento de sujetos de acuerdo a los protocolos actuales de fMRI.
13. **Conectividad funcional.** Medida de acuerdo a la señal BOLD. Será obtenida a través de un estudio de resonancia magnética el cual se llevará a cabo en una máquina Philips Ingenia 3T con bobina cefálica de 32 canales, en un tiempo aproximado de 20 minutos por sujeto y se obtendrán las siguientes imágenes:



- Secuencia T1 de alta resolución, con las siguientes especificaciones: tamaño de matriz 240x240; 180 cortes sagitales; resolución de vóxel 1 mm<sup>3</sup>; Tiempo echo = 3.5 s Tiempo de repetición = 7 s; FOV = 240; gap = 0, ángulo de inclinación 8°
- Secuencia T2\* en estado de reposo con uso de una cruz como punto de fijación durante 10 minutos, escán multiecho echo planar imaging sequence (EPI) con los siguientes parámetros: 300 puntos en el tiempo; TR = 2000 ms, ángulo de inclinación 75°, tiempo echo = 30, cortes 34; tamaño del voxel = 3 × 3 × 3 mm con separación (gap) de 0.3 mm, matriz 80 x 78.

La adquisición de imágenes se llevará a cabo en el área de Neuroimagen del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Como control, al momento de adquisición de las imágenes se realizarán:

1. Prueba de Monitoreo de orina *Instant-View*: Es un ensayo cualitativo para detectar la presencia de drogas y/o sus metabolitos en orina humana de acuerdo a puntos de corte específicos en un solo ensayo. La prueba provee únicamente un resultado analítico preliminar y es, específicamente, un inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral de un paso con tiras reactivas que incluyen: a) una almohadilla conjugada color vino que contiene anticuerpos anti-drogas y b) una membrana de nitrocelulosa que contiene una línea T (Test line o línea de Examen) y línea C (Línea de control). La línea T es revestida con el antígeno de droga.

Cuando la cantidad de orina adecuada es aplicada a la almohadilla de muestra en el dispositivo, la orina emigra por acción capilar a través de las tiras reactivas. Si el nivel de droga en la muestra es inferior al punto de corte, la línea color vino tendrá que unirse con los antígenos revestidos en la membrana de nitrocelulosa y formar una Línea T color vino indicando un resultado negativo. Si el nivel de droga en la orina es igual o mayor al punto de corte del examen, se unirá con los anticuerpos conjugados de manera que ninguna línea T se forme, indicando así un resultado positivo. Cada examen es desarrollado para detectar la presencia o ausencia de una droga de abuso o sus metabolitos, estando en una concentración igual o superior al nivel de punto de corte. Las pruebas deben indicar consistentemente resultados negativos para las muestras con concentraciones de 75% o inferior del punto de corte y resultados positivos para muestras del 125% del punto de corte. Todas las drogas y sus niveles del punto de corte se enlistan en la tabla 2.

DROGA	PUNTO DE CORTE INSTANT VIEW (ng/mL)
-------	-------------------------------------

Anfetaminas	1000
Benzodiazepinas	300
Cocaína	300
Metanfetamina	1000
Morfina/Opiáceos	2000
Cannabis	50

**Tabla 2.** Nivel de detección de sustancias en orina

2. Prueba de alcohol en aliento. Se realizará con un equipo Lifeloc FC20 que cuenta con un rango de detección de alcohol equivalente al 0 – 2.85 mg/L de aire

### *VII.III Procedimiento*

La muestra fue reclutada en la clínica de Trastornos adictivos, la clínica de Trastorno límite de la personalidad, el servicio de preconsulta y consulta externa de psiquiatría general del Instituto Nacional de Psiquiatría, estableciendo el contacto a través del médico tratante o quien dé la atención en caso de preconsulta, invitando a participar en el protocolo. Así mismo fueron colocados carteles en centros de atención a adicciones, invitando a participar a quien esté interesado, logrando reclutar sujetos de la Unidad Médica Toxicológico Xochimilco. Al contactar a los participantes se les explicaba brevemente el protocolo y se realizaba una entrevista breve de tamizaje para detectar criterios de exclusión. Posteriormente se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se les realizaban las entrevistas de evaluación clínica, la toma de la imagen de resonancia magnética (MRI) y las pruebas neuropsicológicas, requiriendo dos a tres visitas al Instituto en función de la disponibilidad del sujeto. El día de la toma de la MRI se realizaba la detección de sustancias en orina y alcohol en aliento, así como la aplicación del CCQ-now. El tiempo aproximado de las pruebas clínicas, toma de imagen y pruebas neuropsicológicas es de 1 hora en cada procedimiento.

## **VIII. Análisis**

### *VIII.I Análisis estadístico*

Para las comparaciones entre los cuatro grupos se utilizó en el caso de las variables categóricas Chi cuadrada.

Para las variables ordinales, Kruskal – Wallis y en caso de encontrar diferencias significativas se procedió a realizar U de Mann Whitney entre los pares de grupos en caso de esperarse diferencias entre los grupos ajustando el valor de  $p$  a  $< 0.01$  por corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Si se esperaba igualdad entre grupos, se eliminó el grupo de mayor diferencia y se repitió Kruskal – Wallis a fin de comprobar el grupo que estaba generando la diferencia.

Para las variables dimensionales se usó ANOVA factorial 2x2, siendo los dos niveles DC y TLP, para conocer la interacción y se hizo ANOVA de un factor para determinar las diferencias de medias entre grupos utilizando Tukey como prueba pos hoc. Así mismo ANOVA de un factor en caso de comparar sólo dos de los grupos. En caso de las escalas con calificación en nivel dimensional tuvieran  $\leq 10\%$  de valores perdidos se realizó imputación múltiple. Se determinaron y excluyeron del análisis los casos atípicos en las mediciones de impulsividad, disregulación emocional y pruebas neuropsicológicas, cuando estos casos afectaron la normalidad y varianza de las variables. Si aún no se lograba la normalidad, se normalizaron las variables, primero mediante raíz cuadrada, y de no resultar, se procedió a la normalización logarítmica. En caso de no cumplirse los requisitos para ANOVA se realizaron también las pruebas no paramétricas mencionadas.

El análisis fue realizado utilizando el software SPSS 22.

## VIII.II Análisis de neuroimagen

Previo al preprocesamiento, todas las imágenes fueron inspeccionadas visualmente como control de calidad para asegurar que no hubiera artefactos evidentes presentes en los datos.

Las imágenes T1 fueron preprocesadas mediante reducción de ruido, corte de cuello, extracción de cerebro y segmentación.

Las imágenes de fMRI en reposo se preprocesaron y analizaron utilizando el software FSL versión 5.0.8, llevando a cabo corrección de campo magnético mediante las herramientas FieldMap y Topup, usando b0 con blip contrario a la dirección de adquisición. Posteriormente se realizó la corrección del tiempo de adquisición, corrección de movimiento, extracción de cerebro segmentación, extracción de la señal global, señal de líquido cefalorraquídeo, señal de sustancia blanca, reducción de ruido fisiológico mediante la herramienta CompCor, corrección, normalización a espacio MNI (Montreal Neurological Institute) y smoothing.

Se realizó un análisis de correlación basado en semillas, obteniéndose de correlación de la señal BOLD de cada grupo, entre la semilla con diámetro de 9 mm ubicada en la de corteza del cíngulo posterior (PCC, MNI 0, -52, 30) y el resto del cerebro para la conectividad de la DMN.

Para la conectividad de la amígdala, primero se extrajo una semilla de 9mm de diámetro sobre las amígdalas derechas (rAmy, MNI 26, 0, -20) e izquierda (lAmy, MNI -26, 0, 20) y se buscó la correlación con el resto del cerebro. Posteriormente, con base en las hipótesis, se correlacionó específicamente con semillas de la corteza del cíngulo anterior (ACC), corteza prefrontal medial (mPFC) e ínsula derecha (rIns) e izquierda (lIns), siendo estas semillas de correlación tomadas del atlas Harvard-Oxford.

Para estas correlaciones se diseñó una matriz con el modelo general lineal para un ANOVA 2x2, siendo los factores DC y TLP, y realizándose prueba *F* para los efectos principales de cada factor y la interacción, y pruebas *T* para el contraste de cada uno de los grupos (PD, DC, TLP y CSP) contra el resto de los sujetos. Como covariables se tomaron edad, sexo, y las variables sociodemográfica y clínicas que resultaron con diferencias entre los grupos.

### VIII.III Tamaño de muestra

Para obtener una magnitud del efecto  $d = 0.25$  (medio) con confiabilidad del 95% y potencia del 90% se había calculado una muestra de 20 participantes por grupo<sup>(90)</sup>, sin embargo se logró al término del estudio una muestra de 69 participantes, con lo que se logró una potencia del 67%.

## IX. Costos

El protocolo forma parte de la línea de investigación del proyecto “Análisis de la conectividad funcional con resonancia magnética: una alternativa para mejorar el tratamiento del cerebro adicto” FOSSIS-CONACYT-IC122036 que se está desarrollando en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, compartiendo por lo tanto la muestra y costos destinados a dicho proyecto.

## X. Consideraciones éticas

Para asegurar que la imagen de cada participante no pueda asociarse con su identidad, se eliminó la superficie del cráneo en la reconstrucción computarizada y la imagen cerebral fue normalizada al espacio MNI, de tal manera que el individuo tampoco podría ser identificado a través de las circunvoluciones cerebrales.

Hacer preguntas relacionadas con el consumo de sustancias de abuso podían activar la apetencia a las mismas en sujetos que han tenido consumo previo y especialmente en personas que tienen dependencia a las mismas. Por esta razón los entrevistadores estaban capacitados para dar contención durante la entrevista en el caso de que esto pudiese ocurrir. Todos los participantes fueron evaluados en ambientes de atención clínica. En el caso de pacientes que se encontraban internados en centros de recuperación para adicciones, estos fueron acompañados por personal del centro en donde se encontraban.

Cualquier anomalía encontrada en las imágenes de resonancia que pudiera sugerir una alteración que por sus características pudiera requerir atención médica, fue informada al paciente.

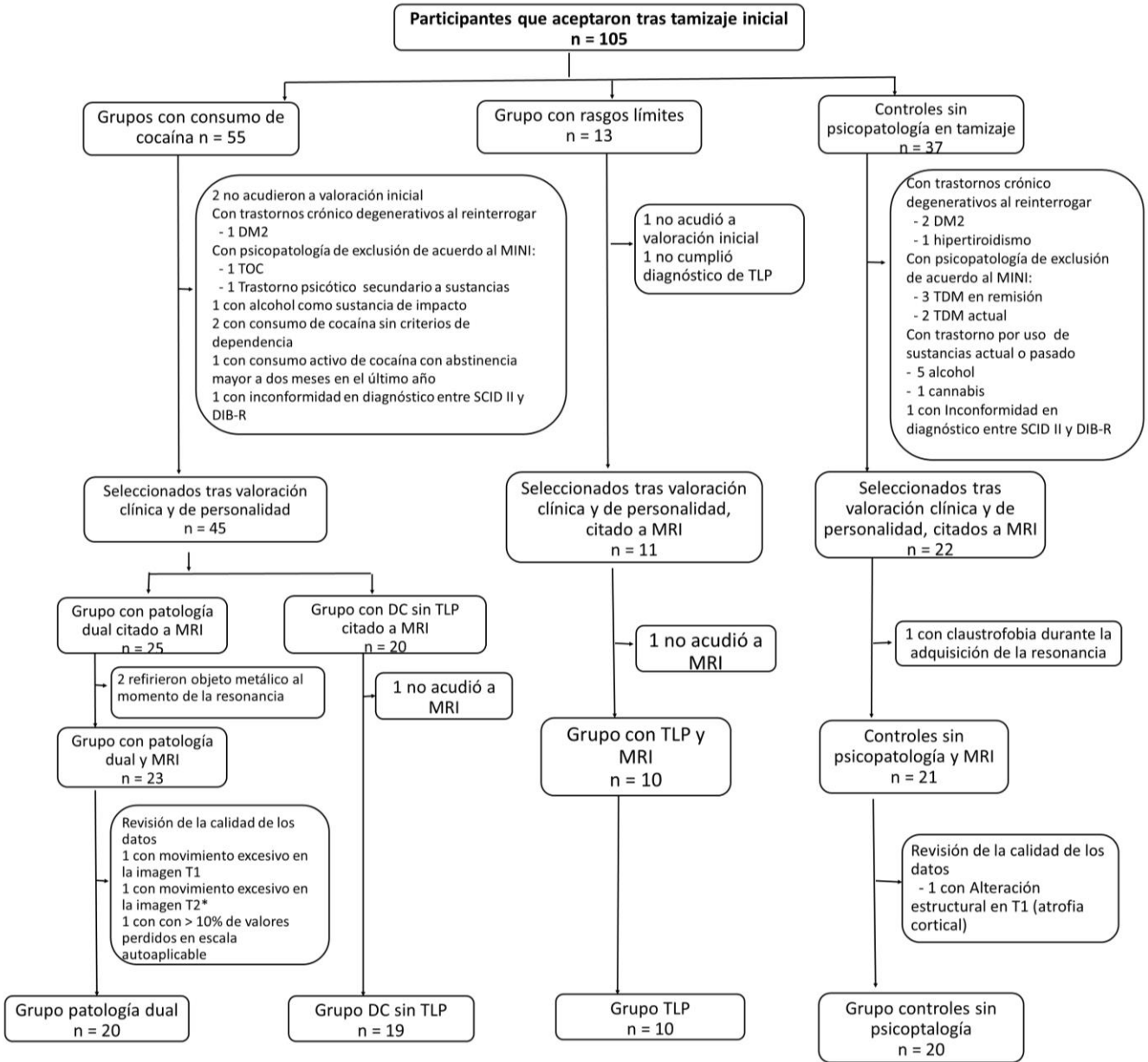
El procedimiento para la adquisición de resonancia magnética se llevó a cabo bajo las normas y procedimientos de seguridad dispuestas por las autoridades. Los participantes que experimentaron ansiedad intensa o molestias durante la adquisición de la resonancia, fueron retirados del resonador en cuanto lo solicitaron.

## XI. Resultados

### XI.1 Muestra: variables sociodemográficas y comorbilidad

De los sujetos contactados e invitados a participar después de haber negado criterios de exclusión en la valoración de tamizaje inicial, 105 aceptaron participar. De estos sólo 69 quedaron en la muestra final, detallando en la figura 1 los motivos de exclusión y eliminación.

Todos los participantes tuvieron un equivalente pareado por edad, sexo, lateralidad, nivel socioeconómico y escolaridad en al menos uno de los otros grupos, sin embargo, no fue posible pareamientos de cada participante en los cuatro grupos. Al comprobar si los grupos eran iguales en estas variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas en escolaridad y



**Figura 1.** Selección, exclusión y eliminación de participantes y muestra final.

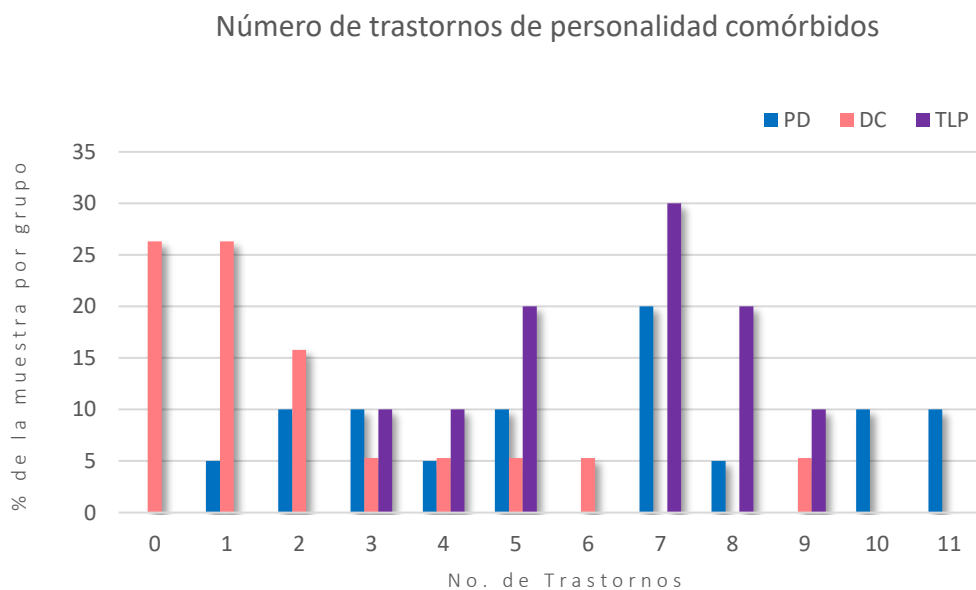
DM2: diabetes mellitus tipo 2, TOC: trastorno obsesivo compulsivo, TDM: trastorno depresivo mayor

en sexo a expensas del grupo TLP donde las mujeres corresponden al 50% de la muestra, sin embargo, igualando en número a las del grupo PD. Al analizar nuevamente, eliminando el grupo TLP no se encuentran diferencias en sexo ( $X^2 = 3.56$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.168$ ). Las características sociodemográficas se muestran en la tabla 3.

El número de comorbilidades psiquiátricas actuales, sin contar uso de sustancias ni otros trastornos de personalidad es de 1 a 3 trastornos, sin diferencias entre los grupos respecto a número de trastornos actuales o pasados. En el tipo de trastorno existen diferencias en los grupos con psicopatología, en la prevalencia de trastorno depresivo mayor actual que se presenta en los grupos DC y TLP, pero no en el dual ( $X^2 = 6.55, gl = 2, p < 0.05$ ), y en la prevalencia distimia actual, presente en los grupos con TLP, pero no en el GDC ( $X^2 = 6.43, gl = 2, p < 0.05$ ).

En cuanto al uso de otras sustancias, no hay diferencias entre los tres grupos clínicos en el número de sustancias de uso actual además de cocaína, en el número de sustancias de uso previo además de cocaína o experimentales que han sido utilizadas, pero cuando se juntan estas tres categorías en un grupo que describe el número total de sustancias usadas a lo largo de la vida, éstas han sido más en el grupo PD ( $X^2 = 15.15, gl = 2, p = 0.001$ ; comparación de grupos PD y DC:  $U = 142.5, p > 0.05$ ). Específicamente por sustancias, el consumo de alcohol actual es mayor en el grupo DC ( $X^2 = 9.76, gl = 2, p < 0.01$ ). En el consumo de tabaco, tomando a todos los grupos en cuenta en esta variable, el número de cigarrillos/día es diferente entre los grupos a expensas del grupo PD ( $X^2 = 20.52, gl = 3, p < 0.001$ ; comparación sin el grupo PD  $X^2 = 5.51, gl = 2, p > 0.05$ ). En la tabla 4 se detallan las comorbilidades psiquiátricas y uso de sustancias.

En la prueba de orina para detección de sustancias se encontró del grupo PD 1 sujeto positivo a cannabis y 4 a benzodiacepinas, del grupo DC 1 positivo a cannabis y 1 a benzodiacepinas y del grupo TLP 3 positivos a benzodiacepinas. El resto de las sustancias fue negativo en todos los grupos, excepto cocaína, cuyo resultado se menciona en el siguiente apartado.



**Figura 2.** Número de trastornos de personalidad comórbidos por grupo, representados en proporción debido a las diferencias de  $n$  por grupo

**Tabla 3.** Características Sociodemográficas

Variable	PD (n = 20)	DC (n = 19)	TLP (n = 10)	CSP (n = 20)	Valor de <i>p</i>
Edad, años (DE)	31 (7)	31 (6)	31 (13)	32 (8)	0.940
Sexo: hombres, n (%)	15 (75)	18 (94)	5 (50)	18 (90)	< 0.05
Escolaridad					
Mediana	Secundaria /preparatoria	Secundaria	Técnico	Técnico	< 0.05
Primaria, n (%)	2 (10.0)	-	-	-	
Secundaria, n (%)	8 (40.0)	10 (52.5)	-	4 (20.0)	
Preparatoria, n (%)	3 (15.0)	1 (5.6)	4 (40.0)	1 (5.0)	
Técnico, n (%)	4 (20.0)	6 (31.5)	2 (20.0)	6 (30.0)	
Licenciatura, n (%)	3 (15.0)	2 (10.4)	4 (40.0)	9 (45.0)	
NSE					
Mediana	D+	C	C/C+	C	0.254
AB, n (%)	1 (5.3)	1 (5.3)	-	3 (15.0)	
C+, n (%)	4 (21.0)	6 (31.6)	5 (50.0)	3 (15.0)	
C, n (%)	2 (10.5)	4 (21.0)	1 (10.0)	8 (40.0)	
C-, n (%)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (20.0)	2 (10.0)	
D+, n (%)	6 (31.6)	4 (21.0)	1 (10.0)	2 (10.0)	
D, n (%)	4 (21.0)	3 (15.8)	1 (10.0)	2 (10.0)	
E, n (%)	1 (5.3)	-	-	-	
Empleo, n (%)					
Tiempo completo	7 (35.0)	8 (42.1)	2 (20.0)	10 (50.0)	0.220
Medio tiempo con horario regular	2 (10.0)	4 (21.1)	2 (20.0)	2 (10.0)	
Medio tiempo sin horario, informal	5 (25.0)	5 (26.3)	2 (20.0)	2 (10.0)	
Estudiante	1 (5.0)	2 (10.5)	4 (40.0)	4 (20.0)	
Mantenimiento, asistencia doméstica	-	-	-	1 (5.0)	
Ama de casa	2 (10.0)	-	-	-	
Desempleado	3 (15.0)	-	-	1 (5.0)	
Estado civil, n (%)					
Soltero	7 (35.0)	8 (42.1)	6 (60.0)	10 (50.0)	0.766
Con pareja	6 (30.0)	6 (31.6)	2 (20.0)	7 (35.0)	
Separado/divorciado	7 (35.0)	5 (26.3)	2 (20.0)	3 (15.0)	
Lateralidad, n (%)					
Diestro	19 (95.0)	14 (73.7)	10 (100)	17 (85.0)	0.381
Zurdo	1 (5.0)	2 (10.5)	-	1 (5.0)	
Ambidiestro	-	3 (15.8)	-	2 (10.0)	

Nota: valores de *p* obtenidos mediante  $\chi^2$  para variables categóricas, Kruskal-Wallis para ordinales, lo mismo que para la edad, siendo ésta la única variable dimensional con varianzas no homogéneas (Levene 6.55, *p* = 0.001)



**Tabla 4.** Comorbilidad psiquiátrica y uso de sustancias

Variable	PD (n = 20)	DC (n = 19)	TLP (n = 10)	Valor de <i>p</i>
No. de comorbilidades, mediana (rango)				
psiquiátricas actuales	1 (0-4)	1 (0-3)	1 (0-3)	0.349
psiquiátricas pasadas <sup>†</sup>	1 (0-2)	0 (0-2)	0 (0-3)	0.946
Trastornos, n (%)				
TDM actual	-	2 (10.5)	3 (30.0)	< 0.05
TDM pasado	3 (15.0)	4 (21.1)	3 (30.0)	0.628
Distimia actual	2 (10.0)	-	3 (30.0)	< 0.05
Distimia pasada	-	-	1 (10.0)	0.137
Episodio de manía secundario a estimulantes <sup>‡</sup>				
	-	1 (5.3)	-	0.459
T de angustia actual	1 (5.3)*	-	-	0.459
T de angustia pasado	-*	1 (5.3)	-	0.459
T de angustia por sustancias	-	1 (5.3)	NA	0.447
Fobia social	-	1 (5.3)	-	0.447
Fobia específica	3 (15.0)	3 (15.8)	-	0.415
TEPT	2 (10.5)*	-	-	0.203
T de ansiedad generalizada	5 (26.3)*	1 (5.6)*	3 (30)	0.170
Otro trastorno de ansiedad secundario a sustancias				
	1 (5.0)	-	NA	0.447
TDAH en la infancia	11 (55.0)	7 (38.9)*	1 (10.0)	0.059
TDAH del adulto	7 (35.0)	4 (21.1)*	-	0.068
No. de sustancias usadas, mediana (rango)				
Total	4 (3-6)	3 (1-6)	0.5 (0-3)	< 0.001
Actual	2 (1-4)	1 (1-4)	1 (0-3)	0.118
Pasadas	2 (0-3)	0 (0-3)	0 (0-2)	0.437
Experimentales	0 (0-4)	0 (0-2)	0 (0-1)	0.067
Sustancia, n (%)				
Alcohol actual	6 (30.0)	13 (72.2)*	2 (20)	< 0.01
Alcohol pasado	5 (25.0)	1 (5.6)*	-	0.079
Alucinógenos actual	-	1 (5.6)*	-	0.427
Alucinógenos experimental	4 (20.0)	2 (11.1)*	-	0.288
Inhalables actual	2 (10.0)	3 (16.7)*	-	0.383
Inhalables pasado	1 (5.0)	-	-	0.434
Inhalables experimental	4 (20.0)	1 (5.6)*	-	0.166
Cannabis actual	6 (30.0)	4 (22.2)*	1 (10.0)	0.468
Cannabis pasado	1 (5.0)	1 (5.6)*	2 (20.0)	0.324
Cannabis experimental	6 (30.0)	6 (33.3)*	-	0.118
Benzodiacepinas actual	1 (5.0)	-	-	0.489
Benzodiacepinas pasado	-	1 (5.6)*	-	0.427
Esteroides pasado	1 (5.0)	-	-	0.489
Tabaco cigarros/día, media (DE) <sup>§</sup>	7.65 (8.44)	1.63 (1.63)	0.70 (2.21)	< 0.001

Nota: valores de  $p$  obtenidos mediante  $\chi^2$  para variables categóricas, Kruskal-Wallis para ordinales, lo mismo que para cigarrillos/día, siendo ésta la única variable dimensional con varianzas no homogéneas (Levene 12.49,  $p < 0.001$ ). En uso de las sustancias no se hace diferencia entre dependencia, abuso o algún otro patrón. En el caso del GTLP ninguno sujeto tenía patrón de uso de alguna sustancia más allá del social, excepto para tabaco.

Abreviaturas: T trastorno, TEPT Trastorno por estrés postraumático, TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

\* Pérdida de un valor en la medición ( $n - 1$ ).

† Comorbilidades pasadas: TDM pasado, distimia pasada, Trastorno de angustia pasado, TDAH en la infancia.

‡ Anfetaminas

§En este análisis se consideró también al grupo CSP.

Respecto a la comorbilidad de los trastornos de personalidad, las diferencias son significativas entre todos los grupos ( $X^2 = 17.43$ ,  $gl = 2$ ,  $p < 0.001$ ; comparación de grupos PD y DC:  $U = 46.0$ ,  $p < 0.001$ ), siendo los participantes del grupo PD los que pueden tener mayor número de trastornos, con un rango amplio: de 1 a 11 trastornos de personalidad además de TLP de acuerdo al SCID II, mientras que los participantes del grupo TLP tienen de 3 a 9 trastornos adicionales al TLP. Esto se muestra en la figura 2 y en la tabla 5 se especifican los trastornos.

Respecto al número de psicofarmacológico recibido por los grupos clínicos, no hay diferencias significativas entre ellos ( $X^2 = 2.46$ ,  $gl = 2$ ,  $p = 0.884$ ), recibiendo los sujetos de uno hasta 3 fármacos, detallados en la tabla 6.

**Tabla 5.** Comorbilidades de personalidad

Variable	PD (n = 20)	DC (n = 19)	TLP (n = 10)	Valor de $p$
Trastorno, n (%)				
Evitativo	9 (45.0)	1 (5.26)	8 (80.0)	< 0.001
Dependiente	5 (25.0)	-	2 (20.0)	0.051
Obsesivo compulsivo	11 (55.0)	4 (21.05)	8 (80.0)	0.005
Pasivo agresivo	11 (55.0)	2 (10.52)	6 (60.0)	< 0.01
Depresivo	9 (45.0)	1 (5.26)	7 (70.0)	0.001
Paranoide	11 (55.0)	5 (26.32)	6 (60.0)	0.067
Esquizotípico	1 (5.0)	3 (15.79)	1 (10.0)	0.593
Esquizoide	6 (30.0)	7 (36.84)	8 (80.0)	0.055
Histriónico	7 (35.0)	3 (15.79)	2 (20.0)	0.226
Narcisista	9 (45.0)	4 (21.05)	6 (60.0)	0.080
Antisocial	8 (40.0)	4 (21.05)	-	< 0.05

Nota: valores de  $p$  obtenidos mediante  $\chi^2$

## XI.II Dependencia a cocaína y Trastorno límite de la personalidad

Entre los grupos no hay diferencias en la edad de inicio del consumo de cocaína ( $PD M = 21.0$ ,  $DE = 6.3$ ;  $DC M = 22.0$ ,  $DE = 6.18$ ;  $U = 160.5$ ,  $p = 0.563$ ), años de consumo ( $PD M = 7.4$  años,  $DE = 5.4$ ;  $DC M = 8.6$  años,  $DE = 6.18$ ;  $U = 163.5$ ,  $p = 0.624$ ), vía de administración (*fumada o crack/piedra*:  $PD n = 13$ , 68.4%;  $DC n = 11$ , 57.9%;  $\chi^2 = 0.11$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.737$ ), gasto en cocaína en los últimos 30 días ( $PD M = 2860.0$  pesos,  $DE = 6661.50$ ;  $DC M = 3544.70$  pesos,  $DE = 3963.82$ ;  $U = 143.0$ ,  $p = 0.180$ ), presencia de cocaína en orina al momento de la MRI (*positivo*:  $PD n = 6$ , 40.0%;  $DC n = 7$ , 53.8%;  $\chi^2 = 0.537$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.724$ ).

**Tabla 6.** Tratamiento farmacológico

Variable	PD (n = 20)	DC (n = 19)	TLP (n = 10)	Valor de p
Fármaco, n (%)				
Anticonvulsivantes	6 (30.0)	5 (26.3)	1 (10.0)	0.473
Antipsicóticos	1 (5.0)	1 (5.3)	3 (30.0)	0.068
Benzodiazepinas	2 (10.0)	-	-	0.221
Antidepresivos	3 (15.0)	-	7 (70.0)	< 0.001
Desconocido	-	2 (10.5)	-	-

Nota: valores de  $p$  obtenidos mediante  $\chi^2$

Al momento de realizar la MRI tampoco hubo diferencias en la apetencia por cocaína de acuerdo al CCQ-now total ( $PD M = 140$  puntos,  $DE = 37.7$ ;  $DC M = 138$  puntos,  $DE = 54.0$ ;  $F = 0.030$ ,  $p = 0.863$ ), ni en ninguna de sus subescalas: deseo por usar cocaína ( $PD M = 26.9$  puntos,  $DE = 12.4$ ;  $DC M = 27.8$  puntos,  $DE = 13.5$ ;  $F = 0.051$ ,  $p = 0.823$ ), anticipación de efectos positivos de usar la cocaína ( $PD M = 26.0$  puntos,  $DE = 10.8$ ;  $DC M = 24.9$  puntos,  $DE = 13.9$ ;  $U = 157.0$ ,  $p = 0.491$ ), anticipación de alivio de síntomas de abstinencia o de afecto negativo ( $PD M = 26.3$  puntos,  $DE = 7.5$ ;  $DC M = 26.2$  puntos,  $DE = 12.2$ ;  $U = 164.5$ ,  $p = 0.640$ ), intención y planificación de usar cocaína ( $PD M = 27.47$  puntos,  $DE = 10.1$ ;  $DC M = 24.7$  puntos,  $DE = 12.9$ ;  $F = 0.531$ ,  $p = 0.471$ ), pérdida de control sobre el uso ( $PD M = 33.9$  puntos,  $DE = 6.7$ ;  $DC M = 34.3$  puntos,  $DE = 12.1$ ;  $U = 171.0$ ,  $p = 0.781$ ).

Así mismo, la severidad de la adicción a cocaína es igual en ambos grupos de acuerdo a la puntuación total del ASI ( $PD M = 33.6$  puntos,  $DE = 15.9$ ;  $DC M = 26.3$  puntos,  $DE = 17.8$ ;  $F = 1.848$ ,  $p = 0.182$ ).

En las dimensiones del TLP, medidas en las subescalas del DIB-R, hay diferencias entre todos los grupos para cada una de las dimensiones, excepto en la cognitiva, la de impulsividad y la interpersonal entre los grupos PD y TLP, siendo éstos los que tienen las puntuaciones más altas ( $PD M = 6.60$  puntos,  $TLP M = 8.60$  puntos,  $U = 97.5$ ,  $p = 0.914$ ;  $PD M = 4.80$  puntos,  $TLP M = 5.50$  puntos,  $U = 83.5$ ,  $p = 0.475$ ;  $PD M = 9.75$  puntos,  $DC M = 8.20$  puntos,  $U = 75.0$ ,  $p = 0.286$ ,

respectivamente). En la subescala de afecto la puntuación más alta es para el grupo TLP (8.6 puntos), seguida por el grupo PD (6.6 puntos), con diferencias entre ambos grupos. Por falta de homogeneidad de varianzas no se exploró la interacción ni el efecto de covariables.

En la severidad del TLP no hay diferencias entre los grupos PD y TLP de acuerdo al CGI-TLP ( $PD M = 3.61$  puntos,  $DE = 1.30$ ;  $DC M = 3.90$  puntos,  $DE = 0.92$ ;  $F = 0.394$ ,  $p = 0.535$ ).

### XI.III Impulsividad autorreportada y disregulación emocional

Para analizar estas variables, se agregaron al modelo como covariables, una a una, aquéllas donde se habían encontrado diferencias entre los grupos: depresión actual, distimia actual, uso actual de alcohol y uso de antidepresivos, además de hacer el análisis sin estas covariables.

En impulsividad autorreportada, el resultado total de la BIS-11 muestra diferencias entre los grupos PD y DC, así como de cada grupo clínico respecto al CSP, en tanto que no hay diferencias entre el grupo TLP y los otros dos grupos clínicos. Una vez normalizada la variable, se encuentra que el modelo explica el 40.8% de la varianza ( $R^2$  ajustada), siendo significativos los efectos principales del factor TLP ( $F = 26.94$ ,  $p < 0.001$ ), el factor DC ( $F = 9.27$ ,  $p < 0.01$ ) y la interacción DC x TLP ( $F = 5.72$ ,  $p < 0.05$ ), siendo ésta, negativa. Incluir una a una las covariables de TDM actual, distimia actual, uso de antidepresivos y número de cigarros consumidos al día mejora el modelo hasta un 8.1% en la explicación de la varianza, sin embargo, ninguno de estas covariables tiene un efecto significativo por sí mismas. Por su lado, el consumo actual de alcohol, también sin un efecto significativo, reduce el ajuste del modelo a 39.0%.

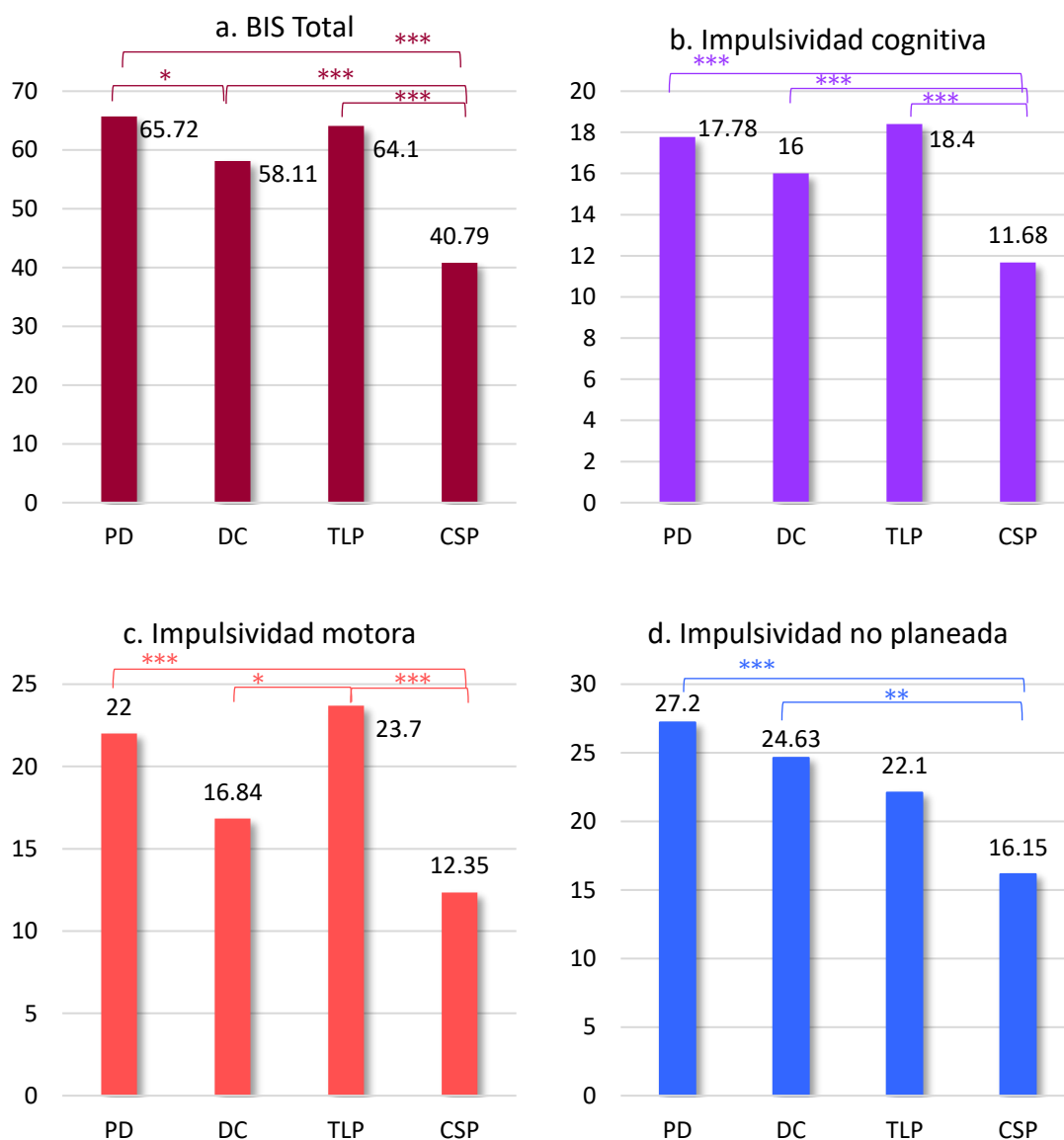
En la subescala de impulsividad cognitiva, el modelo explica el 31.3% de la varianza, siendo significativos sólo el efecto principal del factor TLP ( $F = 19.23$ ,  $p < 0.001$ ) y de la interacción DC x TLP ( $F = 6.50$ ,  $p < 0.05$ ), siendo ésta negativa. Al incluir las covariables TDM actual, distimia actual y consumo actual de alcohol, de manera individual en el modelo, reduce el ajuste del modelo hasta en un 2%, todas ellas sin efecto significativo. Sin embargo, la covariable uso de antidepresivos mejora el ajuste del modelo, elevándolo a 33.7% y con un efecto significativo de esta covariable ( $F = 4.20$ ,  $p < 0.05$ ), al tiempo que desaparece el efecto de la interacción DC x TLP ( $F = 0.62$ ,  $p = 0.433$ ). La covariable cigarros/día eleva el ajuste del modelo al 41.4%, con efecto significativo del TLP ( $F = 36.07$ ,  $p < 0.001$ ), DC ( $F = 7.46$ ,  $p < 0.01$ ) y de los cigarros/día ( $F = 6.30$ ,  $p < 0.05$ ), perdiendo el efecto de la interacción.

En la impulsividad motora, el modelo explica el 30.5% de la varianza, siendo significativos sólo el efecto principal del factor TLP ( $F = 26.64$ ,  $p < 0.001$ ), no así del factor DC ni la interacción. Ninguna de las covariables al introducirlas individualmente al modelo, tienen efecto significativo.

El modelo explica el 24.3% de la varianza de la impulsividad no planeada, a expensas de los efectos principales del factor DC ( $F = 13.49, p < 0.001$ ) y el factor TLP ( $F = 5.34, p < 0.05$ ), sin efecto significativo de la interacción. Al agregar distimia actual como covariable, desaparece el efecto significativo del TLP y se conserva el de DC ( $F = 8.56, p < 0.01$ ), aún sin efecto significativo en la interacción ni efecto significativo de la covariable por sí sola y ajustando el modelo al 24.7%. El resto de las covariables no modifican el modelo de manera significativa.

En la figura 3 se grafican las puntuaciones totales de la BIS-11 y sus subescalas, y las diferencias entre grupos, mientras que en la figura 4 se muestran las interacciones significativas.

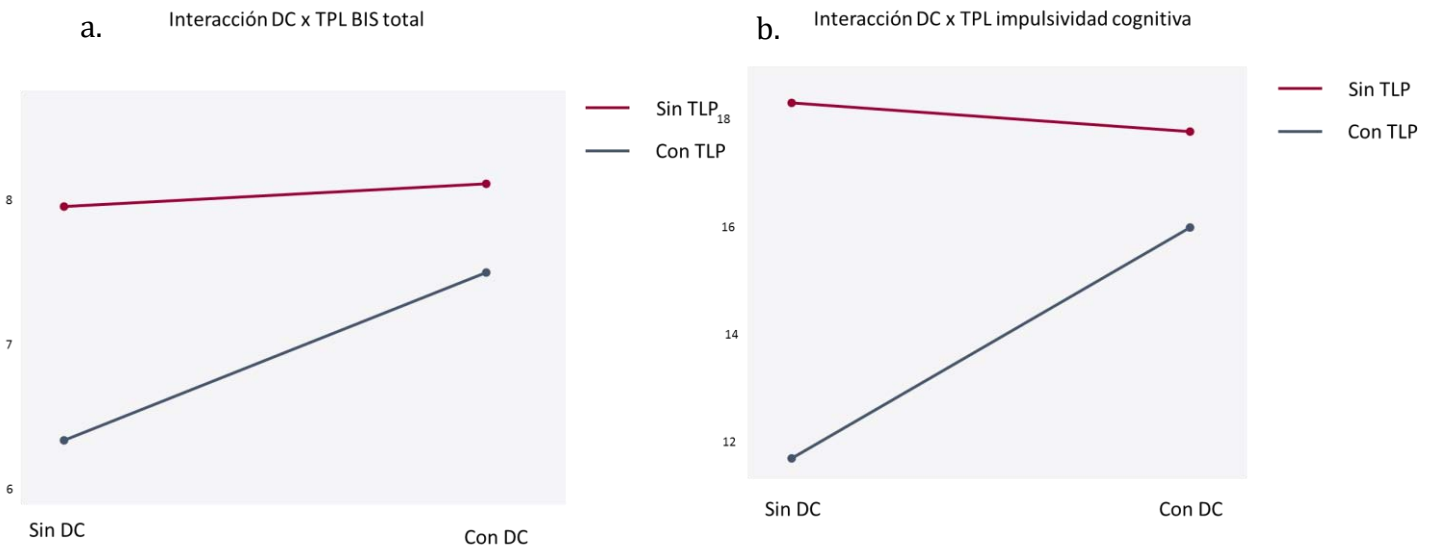
### Impulsividad autorreportada



**Figura 3.** Se muestra la puntuación total de la BIS (a) y sus subescalas: impulsividad cognitiva (b), impulsividad motora (c) e impulsividad no planeada (d). Las líneas horizontales en colores representan las comparaciones significativas entre los grupos. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ . Debido a corrección por comparaciones múltiples, se consideran significativos sólo si  $p < 0.01$

En las dificultades para la regulación emocional, la puntuación total del DERS muestra diferencias entre todos los grupos, excepto el PD y el TLP. En la subescala de no aceptación se encuentra igualdad del TLP con el resto de los grupos. Al realizar la normalización logarítmica de esta subescala, se encuentra que el modelo explica el 40.7% de la varianza, siendo significativo sólo el efecto principal del factor TLP ( $F = 34.70, p < 0.001$ ). Al agregar las covariables una a una, el ajuste del modelo llega a aumentar hasta 44.2%, esto con distimia actual, sin embargo, continuando siendo significativo sólo el efecto del TLP ( $F = 26.60, p < 0.001$ ), mientras que la covariable cigarrillos/día reduce el ajuste del modelo a 36.8%, con efecto significativo del factor TLP ( $F = 24.31, p < 0.001$ ) y una tendencia a la significancia de la interacción DC x TLP ( $F = 3.78, p = 0.057$ ), sin efecto significativo de la covariable.

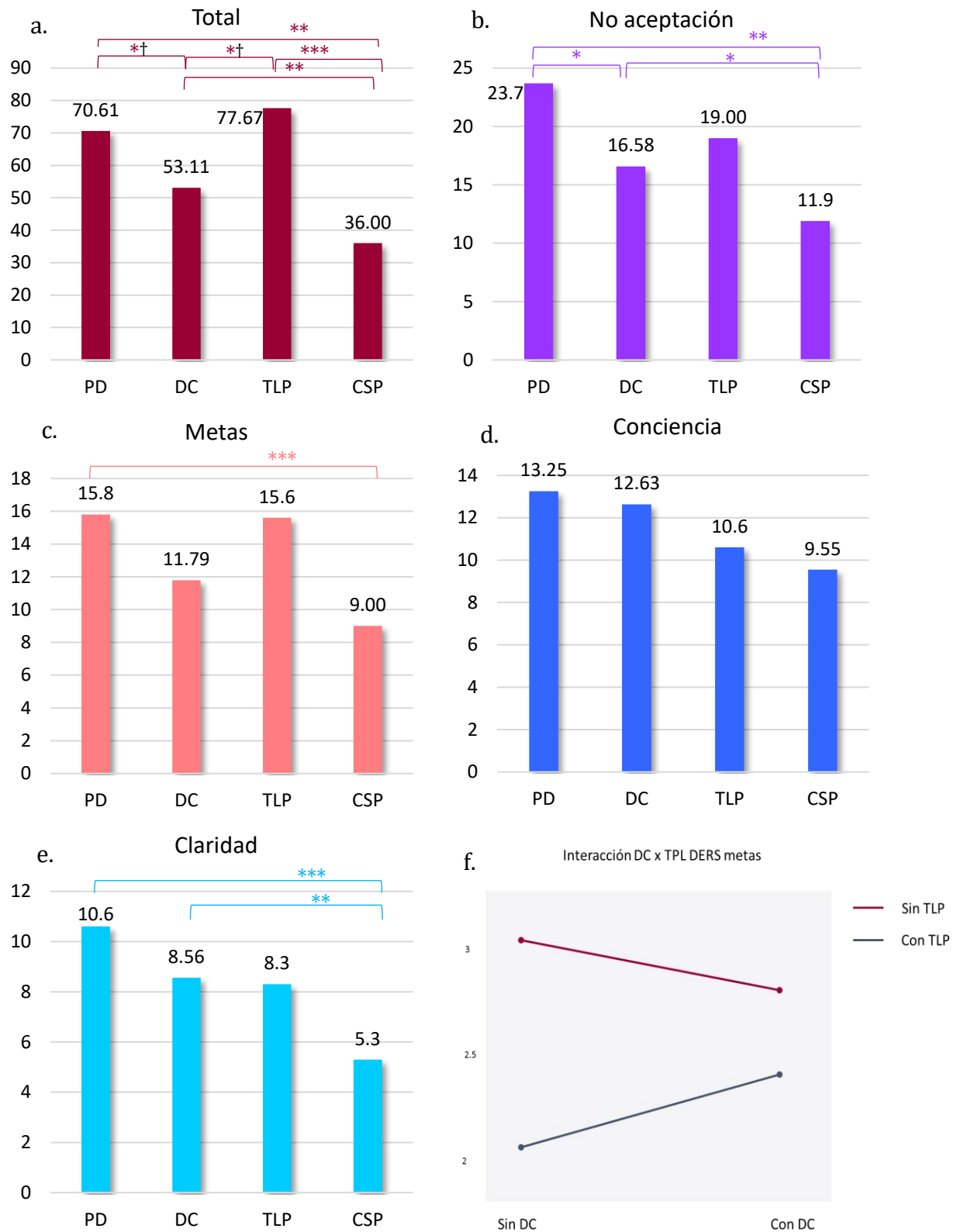
### Interacciones en impulsividad



**Figura 4.** Se muestra las interacciones significativas DC x TLP, en el panel a. en la puntuación total de la BIS tras normalización por raíz cuadrada, y en el panel b. de la puntuación de la subescala de impulsividad cognitiva

En la subescala de metas, sólo hay diferencias entre los grupos PD y CSP y tras normalizar la variable y descartar casos atípicos (tres casos), el modelo ajusta al 39.7% de la varianza, con efecto significativo del factor TLP ( $F = 34.83, p < 0.001$ ) y de la interacción DC x TLP ( $F = 6.19, p < 0.05$ ). Con las covariables, el modelo llega a ajustar hasta 41.7% de la varianza, esto con consumo actual de alcohol, siendo aún significativo el efecto de TLP ( $F = 36.27, p < 0.001$ ) y la interacción DC x TLP ( $F = 6.72, p < 0.05$ ), no así el del consumo actual de alcohol ( $F = 2.81, p = 0.099$ ). Con la covariable cigarrillos/día el ajuste del modelo mejora a 42.1%, siendo significativo el efecto principal de TLP ( $F = 32.04, p < 0.001$ ) y la interacción ( $F = 5.33, p < 0.05$ ), sin efecto significativo de la covariable. De las otras covariables con menor ajuste, ninguna covariable tiene

## Impulsividad Dificultades en la regulación emocional



**Figura 5.** Se muestra la puntuación total de la DERS (a) y sus subescalas: no aceptación (b), metas (c) conciencia (d) y claridad (e). Las líneas horizontales en colores representan las comparaciones significativas entre los grupos. \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ . En el panel (f) se muestra el efecto de interacción en la subescala de metas. Por comparaciones múltiples, se consideran significativos sólo si  $p < 0.01$ , sin embargo, las señaladas con † tienen una  $p$  cercana a 0.01, mostrando una tendencia.

efecto significativo por sí misma y en los casos de distimia actual y uso de antidepresivos, desaparece el efecto de la interacción.

La subescala de conciencia no muestra diferencias significativas entre los grupos ( $X^2 = 7.46$ ,  $gl = 3$ ,  $p = 0.059$ ). En la subescala de claridad, hay diferencias entre el grupo CSP y el resto de los grupos clínicos, sin diferencias entre ellos. Aún tras normalizar y eliminar casos atípicos, no se cumplieron requerimientos para ANOVA en estas dos subescalas ni en la puntuación total.

En la figura 5 se grafican las puntuaciones totales de la DERS y sus subescalas, las diferencias entre grupos, y la interacción en la subescala de metas, que fue la única de las analizadas que resultó significativa.

#### XI. IV Pruebas neuropsicológicas

Para el análisis de los resultados de las pruebas neuropsicológicas, además de utilizar las covariables que se emplearon en el modelo previo, se agregó la covariable de escolaridad.

En la tarea tipo Flanker, el grupo con más aciertos congruentes fue el grupo TLP, mientras que el que tuvo menor número de aciertos congruentes fue el grupo PD, siendo la diferencia entre éstos significativa (M GTLP = 228.6, M GPD 141.6,  $U = 30.50$ ,  $p < 0.01$ ). El resto de las comparaciones entre grupos en esta variable fueron no significativas. Aún tras eliminar casos atípicos y utilizar métodos de normalización, ésta no se alcanzó, por lo que no se realizó ANOVA para valorar la interacción ni covariables.

Así mismo, el grupo TLP tuvo mayor número de aciertos incongruentes, en tanto que el de DP tuvo los menos, con una tendencia a la significancia entre estos dos grupos (M TLP = 217.0, M PD 130.1,  $F = 3.21$ ,  $p = 0.016$ ). La normalización por raíz cuadrada permitió evaluar la interacción, encontrando que el modelo ajusta al 10.1% de la varianza, siendo significativos el efecto principal del factor DC ( $F = 4.75$ ,  $p < 0.05$ ) y de la interacción DC x TLP ( $F = 6.12$ ,  $p < 0.05$ ). Sin embargo, al agregar una a una las covariables, el modelo llega a ajustar hasta 16.2% con la covariable depresión actual y 22.4% con consumo actual de alcohol, siendo los efectos de ambas covariables significativos, mientras que se pierde el efecto del factor DC y de la interacción. Las otras cuatro covariables no muestran mejor ajuste al modelo que sin ellas, ni tienen efectos significativos por sí mismas.

En cuanto a errores congruentes, no hay diferencias significativas entre los grupos, y aun normalizando la variable, eliminando casos atípicos e incorporando covariables al modelo, éste no llega a ajustar a más del 5% de la varianza, sin efectos significativos de los factores. Lo mismo sucede con los errores incongruentes.



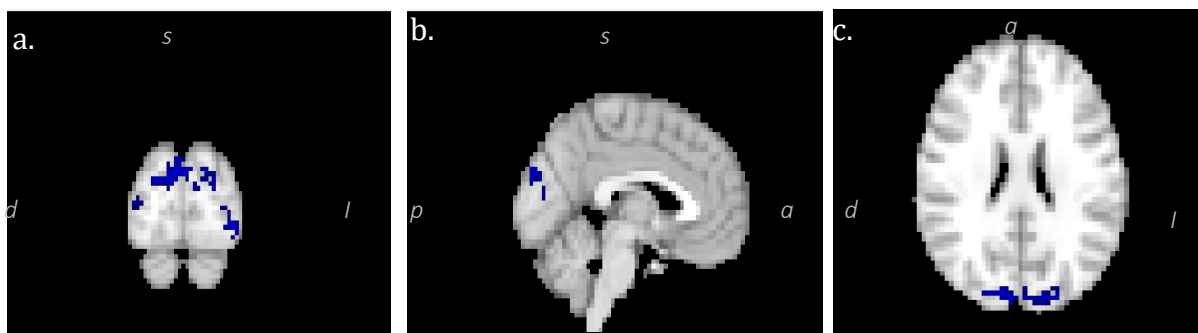
El tiempo de reacción en aciertos congruentes y de aciertos incongruentes no muestran diferencias entre grupos y aun normalizando las variables y eliminando casos atípicos no cumplen requerimientos para analizar la interacción. En el tiempo de reacción en errores congruentes y de errores incongruentes no hay diferencias entre grupos ni efectos significativos de los factores ni de la interacción, aún eliminando casos atípicos y agregando las covariables al modelo.

Finalmente, en el efecto flanker, no hay diferencias entre los grupos. Tras eliminar casos atípicos y normalizar la variable se encuentra una tendencia a la significancia de la interacción DC x TLP ( $F = 4.00, p = 0.051$ ), sin embargo, el modelo sólo ajusta al 4.9% de la varianza. Se logra llegar a la significancia de la interacción al adicionar al modelo las covariables, por separado, de uso actual de alcohol ( $F = 4.07, p < 0.05$ ), de uso de antidepresivos ( $F = 4.72, p < 0.05$ ), y cigarrillos/día ( $F = 5.97, p < 0.05$ ) con ajuste al modelo de 5.2%, 4.4% y 8.7% respectivamente, y sin que las covariables tengan un efecto significativo por sí mismas. Las otras covariables no tienen efecto en el modelo.

En cuanto a la prueba Go/NoGo, en los errores por comisión de la prueba Go/NoGo, no existen diferencias significativas entre los grupos. Una vez eliminados los casos atípicos y normalizado la variable, sólo al agregar la covariable de uso de antidepresivos se encuentran efectos significativos en la interacción DC x TLP ( $F = 7.18, p < 0.05$ ), siendo ésta negativa, y con efecto del uso de antidepresivos ( $F = 5.81, p < 0.05$ ), con un ajuste del modelo del 11.6% de la varianza. Al usar la covariable de escolaridad, el ajuste del modelo se reduce al 10.6%, y se pierde el efecto de la interacción, mientras que la escolaridad tiene un efecto significativo ( $F = 5.24, p < 0.05$ ). Los aciertos Go/NoGo tampoco tuvieron diferencias significativas entre los grupos, y por las características de la distribución se analizó sólo por métodos no paramétricos.

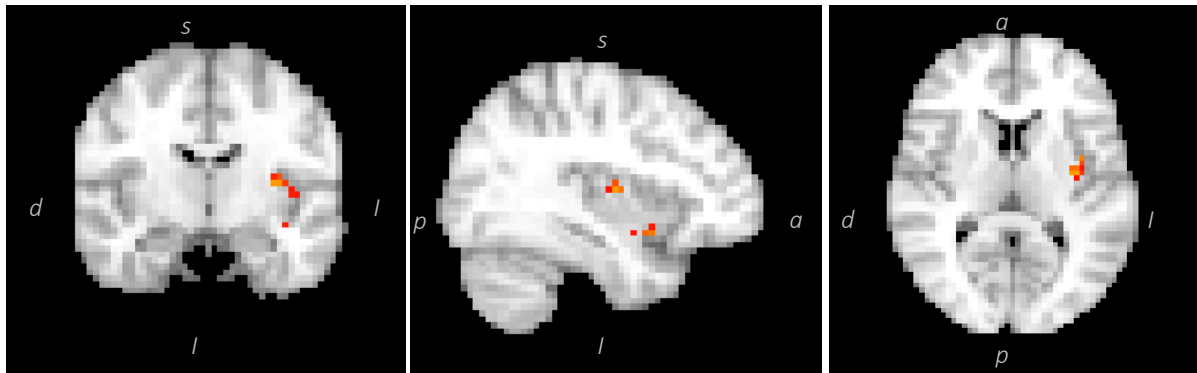
#### XI.V Neuroimagen funcional

El análisis de la conectividad de la DMN a través del modelo factorial 2 x 2 muestra un efecto principal de la DC en regiones occipitales, donde los sujetos sin DC tienen menor conectividad entre PCC y corteza occipital mostrado en la figura 6.



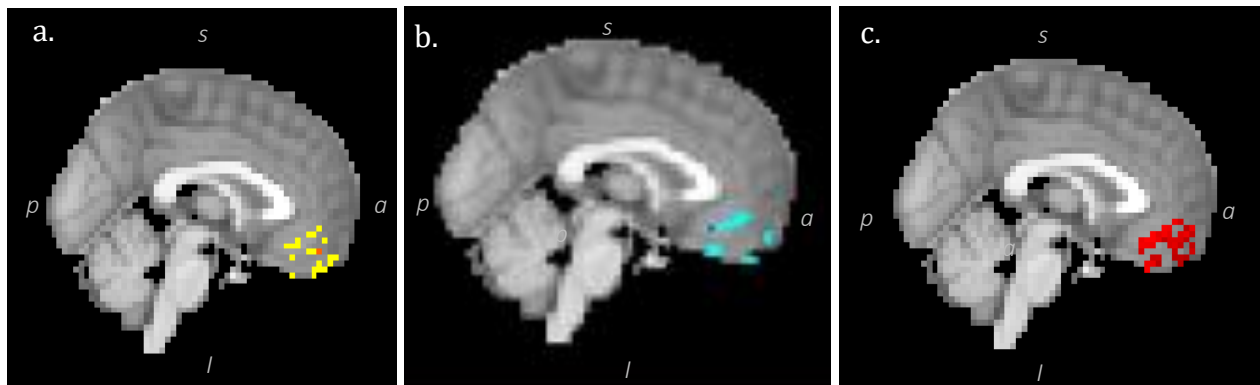
**Figura 6.** En color azul se muestra la región del efecto principal del factor DC de la conectividad de la DMN (PCC) con el resto del cerebro, siendo significativa en regiones occipitales, en (a) vista coronal, (b) vista sagital y (c) vista axial.

En la conectividad entre rAmy y ACC, ésta es menor en sujetos TLP que en el resto de la muestra. Entre rAmy e lIns hay un efecto de la interacción DC x TLP, visto en la figura 7, sin que los factores por sí mismos ni las comparaciones entre los grupos sean significativas.



**Figura 7.** En color naranja se muestra la región del efecto de la interacción DC x TLP entre rAmy e lIns, en (a) vista coronal, (b) vista sagital y (c) vista axial.

Para la conectividad lAmy a mPFC, existe un efecto significativo del factor DC y de la interacción, mientras que hay una tendencia hacia la significancia del factor TLP, encontrando que la conectividad lAmy - mPFC es mayor en los participantes con DC que en el resto de la muestra, es menor en los participantes TLP, ocasionando que sea una interacción inversa entre los factores, observado en los sujetos con PD. Los efectos de los factores en la conectividad lAmy – mPFC se muestran en la figura 8.



**Figura 8.** Conectividad rAmy – mPFC. En el panel (a) se muestra en color amarillo el efecto principal de la DC, indicando incremento en la conectividad; en el panel (b) el efecto del TLP, con reducción en la conectividad; y en el panel (c), en color rojo, área de interacción entre ambos factores.

## XII. Discusión

A través de clinimetrías y pruebas neuropsicológicas estudiamos la impulsividad y la dificultad en la regulación emocional en sujetos con diagnóstico dual de DC y TLP, esperando encontrar diferencias con respecto a los grupos con una sola patología y respecto a los controles sanos, esto en función a estudios previos que han visto diferencias en la conducta y procesos atencionales en este grupo de patología dual, y posteriormente buscamos diferencias en el funcionamiento basal de estructuras cerebrales relacionadas a estos procesos. Lo que encontramos fue que los participantes del grupo PD tienen mayor impulsividad y dificultad en la regulación emocional de acuerdo a las escalas de autorreporte, que los sujetos del grupo DC, no obstante, no hay diferencias con respecto a los sujetos del grupo TLP.

Nuevamente, al medir los síntomas de cada una de las dimensiones del TLP, a través de la DIB-R, ambos grupos, PD y TLP tienen un comportamiento similar, excepto en la dimensión del afecto, donde tienen mayor puntaje los participantes del grupo TLP, lo que puede deberse a la mayor proporción de sujetos con TDM actual en el grupo TLP.

Para la impulsividad total autorreportada, las variables del modelo explican hasta el 40.8% de la varianza, siendo la de mayor peso el TLP, pero también la interacción tiene un pequeño efecto que, al ser una interacción negativa, implica que en los sujetos con patología dual, la DC reduce la impulsividad que acompaña al TLP. De hecho, en todas las variables en que fue posible explorar la interacción y ésta resultó significativa, fue una interacción negativa, es decir, más que un efecto aditivo, pareciera que tener DC aunada al TLP contrarresta las variables en estudio, entre ellas, la impulsividad cognitiva, aunque la contribución de la interacción al modelo desapareció al agregar el uso de antidepresivos y siendo mejor el ajuste final, por lo que quizás en esta variable el uso de estos fármacos tuvo más peso que la interacción DC x TLP.

Otra variable con efecto de la interacción fue en la subescala del DERS de dificultades para llevar a cabo conductas dirigidas a metas, donde la mayor parte del modelo es explicado por el TLP, pero también pareciera que la DC disminuye esta dificultad en quienes tienen patología dual. Finalmente, en el control inhibitorio, medido por la prueba Go/NoGo, en el número de errores por comisión hay también una interacción negativa DC x TLP.

Si bien hay diferencias entre los grupos en la frecuencia de las comorbilidades depresión actual, distimia, uso actual de alcohol y en el uso de antidepresivos, ninguna de estas diferencias ni de las encontradas en alguna otra medición parece impactar en la severidad de la DC o del TLP, ya que los grupos fueron homogéneos en cuanto a severidad, contrario a lo que se planteó en las hipótesis, de acuerdo a las cuales, si los grupos PD y TLP fueron los que tuvieron mayores puntuaciones en impulsividad y en dificultades en la regulación emocional, cabría esperar que al

menos la DC fuera mayor en el grupo PD, y se podría pensar que esto no es así en función del efecto de sustracción que tienen entre sí el DC y el TLP.

En cuanto a las pruebas neuropsicológicas, en la mayoría de las mediciones analizadas no hubo diferencias entre los grupos, lo cual es un hallazgo que se repite en varios estudios neuropsicológicos en sujetos con DC y TLP. Por otro lado, en aquellos que se pudo analizar el modelo, se encuentra que este no resulta suficientemente apropiado para explicar los resultados, y que las covariables tienen mayor impacto en el modelo que en el caso de las variables clinimétricas.

De los resultados de neuroimagen, el más relevante es quizás la conectividad entre la rAmy y la mPFC, donde hay alteraciones en la conectividad tanto en los sujetos con DC como en los TLP, siendo opuesta la dirección de la alteración en cada trastorno, ocurriendo como se ve en la clínica, una interacción negativa en donde el efecto de ambos factores se contrarresta. En estudios previos se había encontrado ya alteraciones en la conectividad entre Amy y mPFC, tanto en población con DC como en sujetos con TLP, sin embargo, en estos estudios la dirección de la alteración resultó contraria, es decir, en los sujetos con DC la conectividad fue menor que en los controles sanos y en los sujetos con TLP fue mayor. Anteriormente se ha propuesto que una desconexión de estructuras involucradas en el funcionamiento del sistema límbico, como la Amy y mPFC pueden explicar la disregulación emocional<sup>(91)</sup>, lo cual iría de acuerdo a lo encontrado en el presente trabajo. En cuanto a cocaína, una menor conectividad entre Amy y mPFC se relacionó con mayor riesgo de recaída en el consumo durante los primeros 30 días de abstinencia<sup>(92)</sup>. En este estudio no se consideró la disregulación emocional, sin embargo, bajo los hallazgos de la interacción en esta área entre TLP y DC encontrado y lo reportado previamente, el riesgo pudiera estar asociado a la disregulación emocional.

Otro hallazgo de neuroimagen interesante es la presencia de un efecto de la interacción en la conectividad entre rAmy y IIns, que si bien es difícil de interpretar debido a la ausencia de significancia en el efecto de los factores, tendría sentido que el padecer ambos trastornos, DC y TLP, estuviera asociado a alteraciones en la conectividad entre estas dos estructuras, ya que se han descrito alteraciones en cada uno de estos trastornos por separado, encontrándose menor en el caso de DC<sup>(92)</sup> y mayor conectividad en el TLP<sup>(74)</sup>. La ínsula es un área que forma parte de la red de saliencia y se relaciona con el procesamiento del valor emocional y motivacional de los estímulos y con el automonitoreo corporal, y específicamente, la conectividad entre la amígdala y la ínsula está incrementada en sujetos proclives a la ansiedad durante el procesamiento de emociones<sup>(93)</sup>, por lo que esto ocurriera en sujetos con TLP y, en aquellos con patología dual, la cocaína contribuyera a reducir esta hiperactividad. De hecho, si bien no se encuentra en nuestra muestra el efecto del factor TLP, quizás por el pequeño tamaño de la muestra.

Finalmente, respecto a los hallazgos de la conectividad disminuida entre PCC y corteza occipital, ya en otro estudio con sujetos con uso crónico de cocaína inhalada ha descrito reducción en la

conectividad entre elementos posteriores de la DMN y el lóbulo occipital<sup>(94)</sup> y lo relacionaron con los años de uso de la cocaína.

En la mayoría de las variables analizadas con el modelo 2 x 2, se puede observar que el factor que tiene mayor impacto en la varianza es el TLP. Esto, aunado a las diferencias de medias entre grupos y la observación de interacciones negativas entre los factores, hacen pensar que el grupo PD, es un grupo distinto al grupo DC, en donde quizá el trastorno predominante sea el TLP y que la DC es un síntoma de ésta.

Verlo de esta manera tiene importantes implicaciones clínicas, ya que, si bien se han propuesto modelos de tratamiento de la patología dual donde se tratan las comorbilidades al mismo tiempo, la realidad en nuestro medio es que los sujetos con DC son tratados en clínicas o centros especializados en adicciones, donde cuentan con psiquiatras y psicólogos, pero no se hace la distinción ni el abordaje específico para el TLP, sino que las intervenciones están más enfocadas hacia la DC.

Comparado con los dos estudios citados en los antecedentes que exploran la patología dual DC y TLP <sup>(48, 49)</sup>, hay que tener en cuenta que sus grupos de comparación fueron sujetos con DC sin TLP y dependencia a otras sustancias sin TLP, sin un grupo de comparación con sólo TLP como se ha hecho en el presente estudio y que ha permitido determinar el impacto de este factor. Ciertamente, como los autores de esos estudios proponen, la impulsividad y las dificultades en la regulación emocional podrían explicar las diferencias halladas en sus grupos en cuanto a conductas sexuales de riesgo y el sesgo atencional hacia estímulos relacionados a cocaína bajo estrés emocional, sin embargo, es necesario tener en cuenta el sexo como factor moderador en esos hallazgos.

Dentro de las limitaciones, se puede mencionar que la muestra es pequeña, con un tamaño desproporcionado de uno de los grupos respecto al resto, lo cual afectó el comportamiento de las variables y no permitió llevar a cabo todos los análisis considerados en muchas de las variables. Respecto a esto, se pretende seguir incrementando el tamaño de la muestra hasta tener todos los grupos completos y volver a llevar a cabo el análisis. También se puede mencionar como limitación que la muestra es predominantemente masculina, lo cual no permite analizar adecuadamente diferencias entre sexos, pues los estudios citados muestran las diferencias entre grupos teniendo en cuenta esta variable. Es necesario tener en cuenta además que los participantes de este estudio vienen de clínicas de tercer nivel de atención o clínicas especializadas en el tratamiento de TUS que desean recibir un tratamiento, por lo cual no es posible generalizar los hallazgos a todos los sujetos con estos trastornos.

Una de las fortalezas del estudio es la alta homogeneidad de la muestra tanto en variables sociodemográficas como en variables clínicas tales como comorbilidades y las relacionadas al uso de sustancias, así como la inclusión en el análisis de aquellas variables en que había diferencias,

lo que permite concluir que las observaciones en las variables a prueba son debidas a la presencia o no de la DC y el TLP. Además, es el primer estudio en explorar la impulsividad y las dificultades en la regulación emocional en una muestra con patología dual de DC y TLP, que además es una muestra que incluye participantes de ambos sexos, lo cual es poco común, ya que la mayoría de los estudios en TLP, especialmente de neuroimagen, se centran en mujeres, mientras que en los estudios de DC, las muestras son en su mayoría masculinas.

Será importante continuar caracterizando el procesamiento emocional y las dificultades en la regulación emocional en este grupo de patología dual, así como su pronóstico y funcionamiento a través de estudios longitudinales, para posteriormente buscar intervenciones específicas para este grupo que tomen en cuenta la comorbilidad como punto central. Cabe además preguntarse si, dadas las interacciones negativas, el consumo de cocaína en este grupo constituye una forma de automedicación que les permite modular la impulsividad y la disregulación emocional, lo cual implica centrar la atención en la población con TLP al momento de plantear estrategias para prevenir adicciones.

Como conclusión, los sujetos con patología dual, DC y TLP, tienen mayor impulsividad y mayor disregulación emocional que los sujetos con sólo DC, pero no mayor que en los sujetos sólo con TLP, y en estos sujetos con patología dual, consumo de cocaína pudiera tener un efecto modulador de la impulsividad y la disregulación emocional, lo cual tendría implicaciones clínicas relevantes.

### XIII. Lista de abreviaturas

ACC	Corteza del cíngulo anterior
AMAI	Cuestionario de la Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública para determinación de los NSE
ASI	Índice de severidad de la adicción
BIS	Escala de Impulsividad de Barratt
BOLD	Contraste dependiente del nivel de oxígeno en la sangre
CCQ-now	Cuestionario de craving de cocaína, sección al momento
CGI-TLP	Escala de impresión Clínica Global para el Trastorno Límite de la personalidad
CSP	Controles sin psicopatología
DC	Dependencia a cocaína
DE	Disregulación emocional
DERS	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional
DIB-R	Entrevista Diagnóstica Revisada para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
DMN	Red de activación por defecto
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico
fMRI	Imagen de resonancia magnética funcional
lAmy	Amígdala izquierda
lIns	Ínsula izquierda
MINI	Entrevista neuropsiquiátrica internacional
MNI	Espacio estándar del Instituto Neurológico de Montreal
mPFC	Corteza prefrontal medial
MRI	Imagen de resonancia magnética
NA	Núcleo accumbens
NSE	Nivel socioeconómico
PCC	Corteza del cíngulo posterior
PD	Patología dual

rAmy	Amígdala derecha
rIns	Ínsula derecha
SCID-II	Entrevista estructurada para los trastornos de personalidad del eje II
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
TDM	Trastorno depresivo mayor
TEPT	Trastorno por estrés postraumático
TLP	Trastorno límite de la personalidad
TOC	Trastorno obsesivo compulsivo
TUS	Trastorno por uso de sustancias
VTA	Área tegmental ventral



XIV. Anexos



**Comité de Ética en Investigación**

2015, Año del Generalísimo  
José María Morelos y Pavón

Núm. CEVO/082/2015.

Noviembre 30, 2015

Dr. Jorge Julio González Olvera  
Investigador Principal  
Presente

Por este medio me permito informarle que el Addendum del proyecto titulado: "Análisis de la conectividad funcional con resonancia magnética: una alternativa para mejorar el tratamiento del cerebro adicto", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en Calzada México-Xochimilco No. 101, Ccd. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, 14370, México D. F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato de Addendum del Comité de Ética en Investigación y Cartas de consentimientos informados.

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
**APROBADO**

Lic. María Teresa López Jiménez  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Dr. Carlos Fermán Berlanga Cisneros, Subdirector de Investigaciones Clínicas - Presente  
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación - Presente  
C. P. Alejandra Tziola Velázquez, Unidad Contable de Recursos de Personal - Presente

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
(Pacientes Adicción a cocaína)**Trastorno límite de la personalidad y adicción a cocaína:  
caracterización clínica, cognitiva y de conectividad cerebral**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ. Calzada México Xocimilco No. 101  
Delegación Tlalpan D.F. C.P. 14370 - Tel. 4160-5000. Del Interior de la República al 01-800-611-44-88

- **Introducción**

Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. **Su participación es completamente voluntaria.** Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. En cualquiera de los casos no perderá ninguno de los beneficios como paciente de esta institución. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar a otros pacientes en el futuro.

Esta hoja de consentimiento puede tener términos médicos con los que usted no esté familiarizado, por favor siéntase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente.

- **Características del estudio**

El objetivo de este estudio es conocer las características de las personas que padecen adicción a cocaína y Trastorno límite de la personalidad, para ello se realizarán entrevistas clínicas con el fin de conocer su estado de salud mental, pruebas en computadora que permitirán conocer aspectos específicos de su funcionamiento cerebral así como la toma de una resonancia magnética funcional que permite observar por medio de imágenes del cerebro como pasa el flujo de actividad cerebral entre una región y otra.

Estas evaluaciones se realizarán también en adultos sanos y en adultos con adicción a cocaína sin Trastorno límite de la personalidad para poder tener un patrón de comparación y definir las diferencias que encontremos, por lo que solicitamos su participación.

Si usted se encuentra en algún centro de tratamiento de rehabilitación por uso de sustancias, nos aseguraremos de que la decisión de participar no afecte el tratamiento que recibe o las condiciones del mismo. La evaluación clínica podrá realizarse en su centro de tratamiento y solo requerirá asistir al instituto para la adquisición de la resonancia magnética y evaluación cognitiva.

A continuación le describimos el procedimiento que se llevará a cabo durante el estudio, que será en cuatro visitas:

- **Evaluaciones clínicas**

Se le realizarán durante la primera visita, consistiendo en una entrevista diagnóstica en el Instituto Nacional de Psiquiatría, para la confirmación del diagnóstico. Posteriormente, se le aplicarán diferentes cuestionarios para evaluar su salud mental y comportamientos. Los cuestionarios a aplicar en esta visita son: concentrado de datos demográficos, cuestionario AMAI, de nivel socioeconómico, MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional PLUS, Índice de severidad de la adicción, Línea de tiempo

retrospectiva, Escala de lateralidad de Edimburgo. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 3 horas. Se procurará que la evaluación clínica se lleve a cabo en una sola ocasión, aunque si usted encuentra que esto es cansado o no le fuese posible terminar en una sesión, se le programará una segunda sesión que sería una cuarta visita posterior a la resonancia magnética.

• **Evaluación cognitivas**

Se realizarán durante la segunda visita. Las funciones mentales serán medidas mediante cuestionarios o mediante algunas tareas en computadora. Las pruebas a realizar son: tarea de categorización de tarjetas de Berg, tarea Flanker go/no go, prueba de lectura de mente en los ojos. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 90 minutos. Se realizarán un día diferente de la evaluación clínica pudiéndose realizar el mismo día que la adquisición de imágenes de resonancia magnética.

Deseo que se me informe y me sean explicados los resultados obtenidos en las pruebas cognitivas      sí       no

Firma del participante

Fecha

Nombre del participante

• **Registro de Resonancia Magnética Funcional**

Una vez que haya completado las evaluaciones clínicas y cognitivas, se le programará una sesión para realizar la resonancia magnética, la cual se llevara a cabo en el servicio de Imágenes Cerebrales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Para este estudio no se necesitan exámenes preparatorios, dietas ni medicamentos. Sin embargo, le pedimos abstenerse del consumo de alcohol y cocaína al menos 24 horas previas al estudio. Antes del estudio el investigador le realizará una prueba de detección de sustancias psicoactivas en orina, así como una prueba de detección de alcohol a través del aliento, con el fin de tener una medida objetiva de las sustancias a las que usted se haya expuesto en días previos. Debido a que el estudio está diseñado para buscar las alteraciones relacionadas con sustancias de abuso diferentes al alcohol, en caso de que se detecte que usted haya consumido alcohol antes del estudio este no podrá realizarse ese día y deberá reprogramarse para un día posterior. También ese día se realizará el Cuestionario de craving de cocaína con la finalidad de conocer su apetencia por cocaína al momento del estudio de imagen. Debido a la potencia de los imanes, no se permite tener objetos metálicos dentro de la sala, ya que artículos como joyas, relojes, tarjetas de crédito y audífonos pueden dañarse y objetos como prendedores, ganchos para el cabello, joyas de metal, lentes, maquillaje, hebillas u otros artículos metálicos similares pueden distorsionar las imágenes. Por lo tanto, se recomienda el uso de una bata hospitalaria, o si lo prefiere cualquier prenda de vestir que no tenga broches de metal.

Una vez hechas todas las comprobaciones se le pedirá que entre en la sala de la resonancia magnética y que se acueste en una camilla estrecha que se desliza dentro de un tubo grande. Además, se colocará un pequeño dispositivo alrededor de la cabeza para el estudio. La prueba tiene una duración de alrededor de 50 minutos, teniendo la segunda visita una duración total de aproximadamente 2 horas.

- **Evaluaciones de personalidad**

Éstas serán realizadas en una cuarta visita, o si usted lo prefiere, durante la primer visita con el resto de las evaluaciones clínicas. Consisten en entrevistas que permitirán conocer acerca de su personalidad y aspectos relacionados a ésta, éstas son: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM IV Autoaplicable, Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con Trastorno límite de la personalidad, Escala de dificultades de regulación emocional, Escala de impulsividad de Barrat, Escala de experiencias disociativas, Escala de impresión clínica global para el Trastorno límite de la personalidad. Estas pruebas llevarán un tiempo aproximado de 2 horas.

- **Costo del estudio**

Las sesiones de evaluación clínica, evaluaciones cognitivas, pruebas de sustancias en orina, prueba de detección de alcohol por aliento y la adquisición de imágenes de resonancia magnética que se le realicen durante el estudio no tendrán costo alguno para usted. El proyecto no cubre la atención médica que pudiera requerir a partir de algún hallazgo en las imágenes cerebrales que se obtengan y que sugieran una alteración médica que amerite tratamiento, sin embargo, en caso de que hubiera algún hallazgo se tomarán imágenes estructurales adicionales que se le darán en un disco y el investigador principal le informará sobre dicho hallazgo con la recomendación de acudir con un radioneurólogo y/o neurólogo para su atención.

- **Beneficios**

Al finalizar las evaluaciones se le entregará un disco con las imágenes estructurales de su cerebro que fueron realizadas durante el estudio de modo que puedan formar parte de su archivo médico personal. Así mismo se le podrá retroalimentar con los resultados de las evaluaciones clínicas y cognitivas en caso de que usted así lo decida.

- **Confidencialidad**

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación por nombre completo. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente de investigación el cual solo será consultado por los investigadores involucrados en el estudio. Si los resultados de esta investigación fueran presentados en congresos o reuniones médicas y científicas, su identidad no será revelada.

Cuando la información de su estudio sea compartida con investigadores fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría, toda información que lo identifique será eliminada y su información será asignada con un código único. El INPRFM no revelará dichos códigos.

- **Participación Voluntaria / Suspensión de la Participación**

Su participación en este estudio es voluntaria. Puede rehusarse a participar o suspender su participación en el estudio en cualquier momento. Por otro lado, si durante las evaluaciones cualquiera de los investigadores considera que continuar en el estudio no es la mejor alternativa para su condición actual, será retirado del estudio en ese momento. Se le informará acerca de cualquier hallazgo significativo que surja durante el curso de esta investigación que pueda estar relacionado con su deseo de seguir formando parte del estudio. En caso de que usted no desee participar en este estudio, esto no repercutirá en ningún aspecto en la atención que usted recibe (en caso de ser Ud. Paciente) ni el cuidado médico que requiera en esta

institución o en el centro de atención en donde se encuentre. Si usted desea que los datos recabados se retiren del estudio podrá solicitarlo al investigador responsable para que esto se lleve a cabo.

• **Riesgos y molestias**

En la realización de la resonancia magnética no existe radiación involucrada en este procedimiento y no se han presentado efectos secundarios significativos por los campos magnéticos y las ondas de radio utilizadas hasta la fecha en el cuerpo humano. Este es un procedimiento indoloro y el campo magnético y las ondas radiales no se sienten.

A pesar de ello, durante la exploración podrían darse algunas de las siguientes molestias:

- Sensación de incomodidad o claustrofobia, que algunas personas experimentan al encontrarse dentro del escáner. La persona podrá estar en contacto con el personal técnico en todo momento a través de un intercomunicador de voz.

- Además la máquina de resonancia magnética emite ruidos fuertes. La persona usará un par de auriculares para proteger los oídos del ruido de la máquina y para escuchar las instrucciones del personal de resonancia magnética.

- Si un participante cuenta con marcapasos o implantes metálicos no podrá participar en el estudio, ya que debido a los campos magnéticos intensos de la máquina su uso está contraindicado en estas personas.

- Si es mujer y planea embarazarse durante el curso del estudio o se encuentre embarazada o lactando, no deberá participar en este estudio. Si piensa que puede estar embarazada deberá contactar a su médico tratante inmediatamente. Si se embaraza durante el curso del estudio, será retirada del estudio inmediatamente.

- Cualquier hallazgo relevante en las imágenes cerebrales que sugiera una alteración médica, le será informado en caso de que usted así lo desee. El costo de la atención médica a la que se refiera deberá ser cubierto por usted.

Deseo que se me informe acerca de hallazgos médicos en las imágenes cerebrales obtenidas si  sí  no

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

• **Eventos adversos**

Es importante que en caso de presentar cualquier evento no esperado (malestares, molestias o enfermedades) en el tiempo que dure este estudio, se las comunique al médico o personal de resonancia magnética cuanto antes. Todos los eventos adversos relacionados o no con este estudio serán registrados y reportados al comité de ética de este instituto.

• **A quien contactar**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el Dr. Jorge González Olvera al teléfono 41605349, Dra. Diana Castillo/Dra. Thania Balducci 41505351.

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
**APROBADO**

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. Los efectos adversos que pueden presentarse me han sido explicados. He hablado directamente con el investigador 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. Recibí una copia de la hoja de información sobre este estudio.

**Asentimiento:**

"Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación".

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador





**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
(Pacientes dual)

**Trastorno límite de la personalidad y adicción a cocaína:  
caracterización clínica, cognitiva y de conectividad cerebral**

INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ . Calzada México Xochimilco No. 101  
Delegación Tlalpan D.F. C.P. 14370 - Tel. 4160-5000. Del Interior de la República al 01-800-611-44-88

• **Introducción**

Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. **Su participación es completamente voluntaria.** Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. En cualquiera de los casos no perderá ninguno de los beneficios como paciente de esta institución. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar a otros pacientes en el futuro.

Esta hoja de consentimiento puede tener términos médicos con los que usted no esté familiarizado, por favor siéntase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente.

• **Características del estudio**

El objetivo de este estudio es conocer las características de las personas que padecen adicción a cocaína y Trastorno límite de la personalidad, para ello se realizarán entrevistas clínicas con el fin de conocer su estado de salud mental, pruebas en computadora que permitirán conocer aspectos específicos de su funcionamiento cerebral así como la toma de una resonancia magnética funcional que permite observar por medio de imágenes del cerebro como pasa el flujo de actividad cerebral entre una región y otra.

Estas evaluaciones se realizarán también en adultos sanos para poder tener un patrón de comparación y definir las diferencias que encontremos en los pacientes

Si usted se encuentra en algún centro de tratamiento de rehabilitación por uso de sustancias, nos aseguraremos de que la decisión de participar no afecte el tratamiento que recibe o las condiciones del mismo. La evaluación clínica podrá realizarse en su centro de tratamiento y solo requerirá asistir al instituto para la adquisición de la resonancia magnética y evaluación cognitiva.

A continuación le describimos el procedimiento que se llevará a cabo durante el estudio, que será en cuatro visitas:

• **Evaluaciones clínicas**

Se le realizarán durante la primera visita, consistiendo en una entrevista diagnóstica en el Instituto Nacional de Psiquiatría, para la confirmación del diagnóstico. Posteriormente, se le aplicarán diferentes cuestionarios para evaluar su salud mental y comportamientos. Los cuestionarios a aplicar en esta visita son: concentrado de datos demográficos, cuestionario AMAI de nivel socioeconómico, MIN.-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional PLUS, Índice de severidad de la adicción, Línea de tiempo retrospectiva, Escala de lateralidad de Edimburgo. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 3 horas. Se procurará que la evaluación clínica se lleve a cabo en una sola

ocasión, aunque si usted encuentra que esto es cansado o no le fuese posible terminar en una sesión, se le programará una segunda sesión que sería una cuarta visita posterior a la resonancia magnética.

- **Evaluación cognitivas**

Se realizarán durante la segunda visita. Las funciones memoriales serán medidas mediante cuestionarios o mediante algunas tareas en computadora. Las pruebas a realizar son: tarea de categorización de tarjetas de Berg, tarea Flanker go/no go, prueba de lectura de mente en los ojos. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 90 minutos. Se realizarán un día diferente de la evaluación clínica pudiéndose realizar el mismo día que la adquisición de imágenes de resonancia magnética.

Deseo que se me informe y me sean explicados los resultados obtenidos en las pruebas cognitivas sí  no

Firma del participante

Fecha

Nombre del participante

- **Registro de Resonancia Magnética Funcional**

Una vez que haya completado las evaluaciones clínicas y cognitivas, se le programará una sesión para realizar la resonancia magnética, la cual se llevará a cabo en el servicio de Imágenes Cerebrales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Para este estudio no se necesitan exámenes preparatorios, dietas ni medicamentos. Sin embargo, le pedimos abstenerse del consumo de alcohol y cocaína al menos 24 horas previas al estudio. Antes del estudio el investigador le realizará una prueba de detección de sustancias psicoactivas en orina, así como una prueba de detección de alcohol a través del aliento, con el fin de tener una medida objetiva de las sustancias a las que usted se haya expuesto en días previos. Debido a que el estudio está diseñado para buscar las alteraciones relacionadas con sustancias de abuso diferentes al alcohol, en caso de que se detecte que usted haya consumido alcohol antes del estudio, este no podrá realizarse ese día y deberá reprogramarse para un día posterior. También ese día se realizará el Cuestionario de craving de cocaína con la finalidad de conocer su apetencia por cocaína al momento del estudio de imagen. Debido a la potencia de los imanes, no se permite tener objetos metálicos dentro de la sala, ya que artículos como joyas, relojes, tarjetas de crédito y audífonos pueden dañarse y objetos como prendedores, ganchos para el cabello, joyas de metal, lentes, maquillajes, hebillas u otros artículos metálicos similares pueden distorsionar las imágenes. Por lo tanto, se recomienda el uso de una bata hospitalaria, o si lo prefiere cualquier prenda de vestir que no tenga broches de metal.

Una vez hechas todas las comprobaciones se le pedirá que entre en la sala de la resonancia magnética y que se acueste en una camilla estrecha que se desliza dentro de un tubo grande. Además, se colocará un pequeño dispositivo alrededor de la cabeza para el estudio. La prueba tiene una duración de alrededor de 50 minutos, teniendo la segunda visita una duración total de aproximadamente 2 horas.



investigador 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. Recibí una copia de la hoja de información sobre este estudio.

**Asentimiento:**

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación”

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
(Pacientes Trastorno límite de la personalidad)**Trastorno límite de la personalidad y adicción a cocaína:  
caracterización clínica, cognitiva y de conectividad cerebral**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ. Calzada México Xochimilco No. 101  
Delegación Tlalpan D.F. C.P. 14370 - Tel. 4160-5003. Del Interior de la República al 01-500-611-44-88

**• Introducción**

Le invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. **Su participación es completamente voluntaria.** Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. En cualquiera de los casos no perderá ninguno de los beneficios como paciente de esta institución. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar a otros pacientes en el futuro.

Esta hoja de consentimiento puede tener términos médicos con los que usted no esté familiarizado, por favor siéntase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente.

**• Características del estudio**

El objetivo de este estudio es conocer las características de las personas que padecen adicción a cocaína y Trastorno límite de la personalidad, para ello se realizarán entrevistas clínicas con el fin de conocer su estado de salud mental, pruebas en computadora que permitirán conocer aspectos específicos de su funcionamiento cerebral así como la toma de una resonancia magnética funcional que permite observar por medio de imágenes del cerebro como pasa el flujo de actividad cerebral entre una región y otra.

Estas evaluaciones se realizarán también en adultos sanos y en adultos con Trastorno límite de la personalidad sin adicción a cocaína para poder tener un patrón de comparación y definir las diferencias que encontremos, por lo que solicitamos su participación.

A continuación le describimos el procedimiento que se llevará a cabo durante el estudio, que será en cuatro visitas:

**• Evaluaciones clínicas**

Se le realizarán durante la primera visita, consistiendo en una entrevista diagnóstica en el Instituto Nacional de Psiquiatría, para la confirmación del diagnóstico. Posteriormente, se le aplicarán diferentes cuestionarios para evaluar su salud mental y comportamientos. Los cuestionarios a aplicar en esta visita son: concentración de datos demográficos, cuestionario AMAI de nivel socioeconómico, MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional PIIS, Escala de Lateralidad de Edimburgo. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 2 horas. Se procurará que la evaluación clínica se lleve a cabo en una sola ocasión, aunque si usted encuentra que esto es cansado o no le fuese posible terminar en una sesión, se le programará una segunda sesión que sería una cuarta visita posterior a la resonancia magnética.

**COMITÉ DE ÉTICA**  
**APROBADO**

- Evaluación cognitiva

**Se realizarán durante la segunda visita. Las funciones mentales serán medidas mediante cuestionarios o mediante algunas tareas en computadora. Las pruebas a realizar son: tarea de categorización de tarjetas de Berg, tarea Flanker go/no go, prueba de lectura de mente en los ojos. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 90 minutos. Se realizarán un día diferente de la evaluación clínica pudiéndose realizar el mismo día que la adquisición de imágenes de resonancia magnética.**

**Deseo que se me informe y me sean explicados los resultados obtenidos en las pruebas cognitivas**    sí     no

Firma del participante

Fecha

Nombre del participante

- **Registro de Resonancia Magnética Funcional**

**Una vez que haya completado las evaluaciones clínicas y cognitivas, se le programará una sesión para realizar la resonancia magnética, la cual se llevará a cabo en el servicio de Imágenes Cerebrales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.**

Para este estudio no se necesitan exámenes preparatorios, dietas ni medicamentos. Sin embargo, le pedimos abstenerse del consumo de alcohol al menos 24 horas previas al estudio. Antes del estudio el investigador le realizará una prueba de detección de alcohol a través del aliento, con el fin de tener una medida objetiva de si hubo exposición a esta sustancia. Debido a que el estudio está diseñado para buscar las alteraciones relacionadas con sustancias de abuso diferentes al alcohol, en caso de que se detecte que usted haya consumido alcohol antes del estudio este no podrá realizarse ese día y deberá reprogramarse para un día posterior. Decido a la potencia de los imanes, no se permite tener objetos metálicos dentro de la sala, ya que artículos como joyas, relojes, tarjetas de crédito y audífonos pueden dañarse y objetos como prendedores, ganchos para el cabello, joyas de metal, lentes, maquillaje, hebillas u otros artículos metálicos similares pueden distorsionar las imágenes. Por lo tanto, se recomienda el uso de una bata hospitalaria, o si lo prefiere cualquier prenda de vestir que no tenga broches de metal.

Una vez hechas todas las comprobaciones se le pedirá que entre en la sala de la resonancia magnética y que se acueste en una camilla estrecha que se desliza dentro de un tubo grande. Además, se colocará un pequeño dispositivo alrededor de la cabeza para el estudio. La prueba tiene una duración de alrededor de 50 minutos, teniendo la segunda visita una duración total de aproximadamente 2 horas.

- **Evaluaciones de personalidad**

**Éstas serán realizadas en una cuarta visita, o si usted lo prefiere, durante la primer visita con el resto de las evaluaciones clínicas. Consisten en entrevistas que permitirán conocer acerca de su personalidad y aspectos relacionados a ésta, estas son: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM IV. Autoaplicable. Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con Trastorno límite de la personalidad. Escala de dificultades de regulación emocional. Escala de impulsividad de Barrat. Escala de**

experiencias disociativas, Escala de impresión clínica global para el Trastorno Límite de la personalidad. Estas pruebas llevarán un tiempo aproximado de 2 horas.

- **Costo del estudio**

Las sesiones de evaluación clínica, evaluaciones cognitivas, prueba de detección de alcohol por aliento y la adquisición de imágenes de resonancia magnética que se le realicen durante el estudio no tendrán costo alguno para usted. El proyecto no cubre la atención médica que pudiera requerir a partir de algún hallazgo en las imágenes cerebrales que se obtengan y que sugieran una alteración médica que amerite tratamiento, sin embargo, en caso de que hubiera algún hallazgo se tomarán imágenes estructurales adicionales que se le darán en un disco y el investigador principal le informará sobre dicho hallazgo con la recomendación de acudir con un radiólogo y/o neurólogo para su atención.

- **Beneficios**

Al finalizar las evaluaciones se le entregará un disco con las imágenes estructurales de su cerebro que fueron realizadas durante el estudio de modo que puedan formar parte de su archivo médico personal. Así mismo se le podrá retroalimentar con los resultados de las evaluaciones clínicas y cognitivas en caso de que usted así lo decida.

- **Confidencialidad**

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación por nombre completo. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente de investigación el cual solo será consultado por los investigadores involucrados en el estudio. Si los resultados de esta investigación fueran presentados en congresos o reuniones médicas y científicas, su identidad no será revelada.

Cuando la información de su estudio sea compartida con investigadores fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría, toda información que lo identifique será eliminada y su información será asignada con un código único. El INPRFM no revelará dichos códigos.

- **Participación Voluntaria /Suspensión de la Participación**

Su participación en este estudio es voluntaria. Puede recusarse a participar o suspender su participación en el estudio en cualquier momento. Por otro lado, si durante las evaluaciones cualquiera de los investigadores considera que continuar en el estudio no es la mejor alternativa para su condición actual, será retirado del estudio en ese momento. Se le informará acerca de cualquier hallazgo significativo que surja durante el curso de esta investigación que pueda estar relacionado con su deseo de seguir formado parte del estudio. En caso de que usted no desee participar en este estudio, esto no repercutirá en ningún aspecto en la atención que usted recibe (en caso de ser Ud. Paciente) ni el cuidado médico que requiera en esta institución o en el centro de atención en donde se encuentre. Si usted desea que los datos recabados se retiren del estudio podrá solicitarlo al investigador responsable para que esto se lleve a cabo.

- **Riesgos y molestias**

En la realización de la resonancia magnética no existe radiación involucrada en este procedimiento y no se han presentado efectos secundarios significativos por los campos

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN



consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Recibí una copia de la hoja de información sobre este estudio.

**Asentimiento:**

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación”

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
(Controles Sanos)**Trastorno límite de la personalidad y adicción a cocaína:  
caracterización clínica, cognitiva y de conectividad cerebral**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ. Calzada México Xochimilco No. 101  
Delegación Tlalpan D.F. C.P. 14370 - Tel. 4150-5000. Del Interior de la República al 01-800-511-44-88

**• Introducción**

Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. **Su participación es completamente voluntaria.** Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. En cualquiera de los casos no perderá ninguno de los beneficios como paciente de esta institución. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar a otros pacientes en el futuro.

Esta hoja de consentimiento puede tener términos médicos con los que usted no esté familiarizado, por favor sientase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente.

**• Características del estudio**

El objetivo de este estudio es conocer las características de las personas que padecen adicción a cocaína y Trastorno límite de la personalidad, para ello se realizarán entrevistas clínicas con el fin de conocer su estado de salud mental, pruebas en computadora que permitirán conocer aspectos específicos de su funcionamiento cerebral así como la toma de una resonancia magnética funcional que permite observar por medio de imágenes del cerebro como pasa el flujo de actividad cerebral entre una región y otra.

Estas evaluaciones se realizarán también en adultos sanos para poder tener un patrón de comparación y definir las diferencias que encontremos, por lo que solicitamos su participación.

A continuación le describimos el procedimiento que se llevará a cabo durante el estudio, que será en cuatro visitas:

**• Evaluaciones clínicas**

Se le realizarán durante la primera visita, consistiendo en una entrevista diagnóstica en el Instituto Nacional de Psiquiatría, para la confirmación del diagnóstico. Posteriormente, se le aplicarán diferentes cuestionarios para evaluar su salud mental y comportamientos. Los cuestionarios a aplicar en esta visita son: concentrado de datos demográficos, cuestionario AMAI de nivel socioeconómico, MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional PLUS, Escala de lateralidad de Edimburgo. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 2 horas. Se procurará que la evaluación clínica se lleve a cabo en una sola ocasión, aunque si usted encuentra que esto es cansado o no le fuese posible terminar en una sesión, se le programará una segunda sesión que sería una cuarta visita posterior a la resonancia magnética.

- **Evaluación cognitiva**

Se realizarán durante la segunda visita. Las funciones mentales serán medidas mediante cuestionarios o mediante algunas tareas en computadora. Las pruebas a realizar son: tarea de categorización de tarjetas de Berg, tarea Flanker gobierno, prueba de lectura de frente en los ojos. Estas evaluaciones tomarán un máximo de 90 minutos. Se realizarán un día diferente de la evaluación clínica pudiéndose realizar el mismo día que la adquisición de imágenes de resonancia magnética.

Deseo que se me informe y me sean explicados los resultados obtenidos en las pruebas cognitivas si  no

Firma del participante

Fecha

Nombre del participante

- **Registro de Resonancia Magnética Funcional**

Una vez que haya completado las evaluaciones clínicas y cognitivas, se le programará una sesión para realizar la resonancia magnética. La cual se llevará a cabo en el servicio de Imágenes Cerebrales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Para este estudio no se necesitan exámenes preparatorios, dietas ni medicamentos. Sin embargo, le pedimos abstenerse del consumo de alcohol al menos 24 horas previas al estudio. Antes del estudio el investigador le realizará una prueba de detección de alcohol a través del aliento, con el fin de tener una medida objetiva de si hubo exposición a esta sustancia. Debido a que el estudio está diseñado para buscar las alteraciones relacionadas con sustancias de abuso diferentes al alcohol, en caso de que se detecte que usted haya consumido alcohol antes del estudio este no podrá realizarse ese día y deberá reprogramarse para un día posterior. Debido a la potencia de los imanes, no se permite tener objetos metálicos dentro de la sala, ya que artículos como joyas, relojes, tarjetas de crédito y audífonos pueden dañarse y objetos como prendedores, gancho para el cabello, joyas de metal, lentes, maquillaje, hebillas u otros artículos metálicos similares pueden distorsionar las imágenes. Por lo tanto, se recomienda el uso de una bata hospitalaria, o si lo prefiere cualquier prenda de vestir que no tenga broches de metal.

Una vez hechas todas las comprobaciones se le pedirá que entre en la sala de la resonancia magnética y que se acueste en una camilla estrecha que se desliza dentro de un tubo grande. Además, se colocará un pequeño dispositivo alrededor de la cabeza para el estudio. La prueba tiene una duración de alrededor de 50 minutos, teniendo la segunda visita una duración total de aproximadamente 2 horas.

- **Evaluaciones de personalidad**

Éstas serán realizadas en una cuarta visita, o si usted lo prefiere, durante la primer visita con el resto de las evaluaciones clínicas. Consisten en entrevistas que permitirán conocer acerca de su personalidad y aspectos relacionados a ésta, éstas son: Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM IV Autoaplicable, Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con Trastorno límite de la personalidad, Escala de dificultades de regulación emocional, Escala de impulsividad de Barrat. Escala de experiencias dissociativas, Escala de impresión clínica global para el Trastorno límite de la personalidad. Estas pruebas llevarán un tiempo aproximado de 2 horas.



- **Costo del estudio**

Las sesiones de evaluación clínica, evaluaciones cognitivas, prueba de detección de alcohol por aliento y la adquisición de imágenes de resonancia magnética que se le realicen durante el estudio no tendrán costo alguno para usted. El proyecto no cubre la atención médica que pudiera requerir a partir de algún hallazgo en las imágenes cerebrales que se obtengan y que sugieran una alteración médica que amerite tratamiento, sin embargo, **en caso de que hubiera algún hallazgo se tomarán imágenes estructurales adicionales que se le darán en un disco y el investigador principal le informará sobre dicho hallazgo con la recomendación de acudir con un radioneurólogo y/o neurólogo para su atención.**

- **Beneficios**

Al finalizar las evaluaciones se le entregará un disco con las imágenes estructurales de su cerebro que fueron realizadas durante el estudio de modo que puedan formar parte de su archivo médico personal. Así mismo se le podrá retroalimentar con los resultados de las evaluaciones clínicas y cognitivas en caso de que usted así lo decida.

- **Confidencialidad**

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación por nombre completo. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente de investigación el cual solo será consultado por los investigadores involucrados en el estudio. Si los resultados de esta investigación fueran presentados en congresos o reuniones médicas y científicas, su identidad no será revelada.

Cuando la información de su estudio sea compartida con investigadores fuera del Instituto Nacional de Psiquiatría, toda información que lo identifique será eliminada y su información será asignada con un código único. El INPRFM no revelará dichos códigos.

- **Participación Voluntaria / Suspensión de la Participación**

Su participación en este estudio es voluntaria. Puede rehusarse a participar o suspender su participación en el estudio en cualquier momento. Por otro lado, si durante las evaluaciones cualquiera de los investigadores considera que continuar en el estudio no es la mejor alternativa para su condición actual, será retirado del estudio en ese momento. Se le informará acerca de cualquier hallazgo significativo que surja durante el curso de esta investigación que pueda estar relacionado con su deseo de seguir formando parte del estudio. En caso de que usted no desee participar en este estudio, esto no repercutirá en ningún aspecto en la atención que usted recibe (en caso de ser Ud. Paciente) ni el cuidado médico que requiera en esta institución o en el centro de atención en donde se encuentre. Si usted desea que los datos recabados se retiren del estudio podrá solicitarlo al investigador responsable para que esto se lleve a cabo.

- **Riesgos y molestias**

En la realización de la resonancia magnética no existe radiación involucrada en este procedimiento y no se han presentado efectos secundarios significativos por los campos magnéticos y las ondas de radio utilizadas hasta la fecha en el cuerpo humano. Este es un procedimiento incoloro y el campo magnético y las ondas radiales no se sienten.

A pesar de ello, durante la exploración podrían darse algunas de las siguientes molestias:



- Sensación de incomodidad o claustrofobia, que algunas personas experimentan al encontrarse dentro del escáner. La persona podrá estar en contacto con el personal técnico en todo momento a través de un intercomunicador de voz.

- Además la máquina de resonancia magnética emite ruidos fuertes. La persona usará un par de auriculares para proteger los oídos del ruido de la máquina y para escuchar las instrucciones del personal de resonancia magnética.

- Si un participante cuenta con marcapasos o implantes metálicos no podrá participar en el estudio, ya que debido a los campos magnéticos intensos de la máquina su uso está contraindicado en estas personas.

- Si es mujer y planea embarazarse durante el curso del estudio o se encuentra embarazada o lactando, no deberá participar en este estudio. Si piensa que puede estar embarazada deberá contactar a su médico tratante inmediatamente. Si se embaraza durante el curso del estudio, será retirada del estudio inmediatamente.

- **Cualquier hallazgo relevante en las imágenes cerebrales que sugiera una alteración médica, le será informado en caso de que usted así lo desee. El costo de la atención médica a la que se refiera deberá ser cubierto por usted.**

Deseo que se me informe acerca de hallazgos médicos en las imágenes cerebrales obtenidas si  no

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

• **Eventos adversos**


Es importante que en caso de presentar cualquier evento no esperado (malestares, molestias o enfermedades) en el tiempo que dura este estudio, se las comunique al médico o personal de resonancia magnética cuanto antes. Todos los eventos adversos relacionados o no con este estudio serán registrados y reportados al comité de ética de este instituto.

• **A quien contactar**

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el Dr. Jorge González Olivera al teléfono 41605349, Dra. Diana Castillo/Dra. Thania Balducci 41605351

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. Los efectos adversos que pueden presentarse me han sido explicados. He hablado directamente con el investigador 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. Recibí una copia de la hoja de información sobre este estudio.

COMITÉ DE ÉTICA INVESTIGACIÓN  
 APROBADO

**Asentimiento:**

"Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación".

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador



¿En toda tu vida a cuáles de los siguientes profesionales has visto para tratar un problema relacionado con su salud mental o consumo de sustancias? (Puedes elegir más de una opción)

<input type="checkbox"/> No he visto a ningún profesional. <i>Pasa a la siguiente pregunta.</i> <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Otro médico como cardiólogo, ginecólogo, urólogo, etc. <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Trabajador Social	<input type="checkbox"/> Maestro/Orientador escolar <input type="checkbox"/> Línea de Ayuda Telefónica (SAPTEL, TELSIDA, S.O.S. UNAM, Diversitel, etc.) <input type="checkbox"/> Consejero espiritual o religioso (sacerdote, pastor, rabino, etc.) <input type="checkbox"/> Curandero, yerbero, chamán, vidente, homeópata, etc. <input type="checkbox"/> Otro: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ahora, nos gustaría saber un poco sobre tu patrón de empleo:

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu situación de empleo en...

<b>Los últimos 30 días antes de tu internamiento:</b> <input type="radio"/> Tiempo completo (35+horas/semana) <input type="radio"/> Medio Tiempo (Con horario regular) <input type="radio"/> Medio Tiempo (Sin horario, trabajo por día, informal) <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Servicio (asistencia doméstica, mantenimiento, restaurante) <input type="radio"/> Retirado/a, deshabilitado/a, pensionado/a <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/> Desempleado/a	<b>Los últimos 3 años.</b> <input type="radio"/> Tiempo completo (35+horas/semana) <input type="radio"/> Medio Tiempo (Con horario regular) <input type="radio"/> Medio Tiempo (Sin horario, trabajo por día, informal) <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Servicio (asistencia doméstica, mantenimiento, restaurante) <input type="radio"/> Retirado/a, deshabilitado/a, pensionado/a. <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/> Desempleado/a
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### CUESTIONARIO REGLA AMAINSE 8X7

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. (Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa)

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento (firme de )	0
Otro tipo de material o acabo	11

## CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CP1

## INSTRUCCIONES

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted, en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Rodee con un círculo la palabra "SÍ" si la pregunta se adapta a usted, completamente o en general, o bien rodee con un círculo la palabra "NO" si no se adapta a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente?	NO	SI	CP4
2.	¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?	NO	SI	CP5
3.	¿Le resulta difícil ser "abierto" incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?	NO	SI	CP6
4.	¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI	CP7
5.	¿Permanece generalmente callado cuando conoce a gente nueva?	NO	SI	CP8
6.	¿Cree usted que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI	CP9
7.	¿Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SI	CP10
8.	¿Necesita usted frecuentemente dejarse aconsejar y tranquilizar su ansiedad por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?	NO	SI	CP11
9.	¿Depende usted de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?	NO	SI	CP12
10.	¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SI	CP13
11.	¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?	NO	SI	CP14
12.	¿Se ha ofrecido con frecuencia como voluntario para realizar tareas desagradables?	NO	SI	CP15
13.	¿Se siente usted generalmente incómodo cuando está solo?	NO	SI	CP16
14.	Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente usted que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?	NO	SI	CP17
15.	¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo (a)?	NO	SI	CP18
16.	¿Es usted la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SI	CP19



17.	¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?	NO	SI	CP20
18.	¿Le parece a usted o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?	NO	SI	CP21
19.	¿Tiene usted unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?	NO	SI	CP22
20.	¿Le cuesta a usted mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?	NO	SI	CP23
21.	¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como usted quiere?	NO	SI	CP24
22.	¿Le cuesta a usted mucho gastar dinero en usted mismo o en otros, incluso teniendo suficiente?	NO	SI	CP25
23.	¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SI	CP26
24.	¿Le han comentado otras personas que es usted terco o rígido?	NO	SI	CP27
25.	Cuando alguien le pide que haga algo que usted no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SI	CP28
26.	Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente "olvidarse" de hacerlo?	NO	SI	CP29
27.	¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que usted hace?	NO	SI	CP30
28.	¿Está usted a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SI	CP31
29.	¿Le ha parecido a usted que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?	NO	SI	CP32
30.	¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	CP33
31.	¿Se queja usted a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SI	CP34
32.	¿Rehúsa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI	CP35
33.	¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SI	CP36
34.	¿Cree usted ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?	NO	SI	CP37
35.	¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?	NO	SI	CP38

36.	¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SI	CP39
37.	¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SI	CP40
38.	¿Cree usted que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI	CP41
39.	¿Espera usted casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SI	CP42
40.	¿Se siente usted a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SI	CP43
41.	¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de usted o le hieran?	NO	SI	CP44
42.	¿Pasa usted mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?	NO	SI	CP45
43.	¿Cree usted que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre usted porque podrían utilizar la información en su contra?	NO	SI	CP46
44.	¿Detecta usted a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI	CP47
45.	¿Es usted la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?	NO	SI	CP48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI	CP49
47.	¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?	NO	SI	CP50
48.	¿Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?	NO	SI	CP51
49.	Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece que están hablando a usted?	NO	SI	CP52
50.	¿Tiene con frecuencia la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente, de hecho contienen en realidad un mensaje especial para usted?	NO	SI	CP53
51.	Cuando está entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente?	NO	SI	CP54
52.	¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas?	NO	SI	CP55
53.	¿Ha tenido experiencias personales de tipo sobrenatural?	NO	SI	CP56
54.	¿Cree tener un "sexto sentido" que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?	NO	SI	CP57
55.	¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas?	NO	SI	CP58



56.	¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de usted, aunque no podía ver a nadie?	NO	SI	CP59
57.	¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI	CP60
58.	¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo a parte de su familia inmediata?	NO	SI	CP61
59.	¿Se siente con frecuencia nervioso cuando esté con otras personas?	NO	SI	CP62
60.	¿Es poco importante para Usted si tiene o no relaciones personales?	NO	SI	CP63
61.	¿Prefiere usted casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?	NO	SI	CP64
62.	¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SI	CP65
63.	¿Hay realmente muy pocas cosas que la proporcionan placer?	NO	SI	CP66
64.	¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de usted?	NO	SI	CP67
65.	¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SI	CP68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI	CP69
67.	¿Coquetea mucho?	NO	SI	CP70
68.	¿Se da cuenta a menudo que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SI	CP71
69.	¿Intenta de llamar la atención a través de su forma de vestir o su físico?	NO	SI	CP72
70.	¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?	NO	SI	CP73
71.	¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SI	CP74
72.	¿Tiene usted muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SI	CP75
73.	¿Considera a menudo que los demás no saben apreciar sus talentos o cualidades?	NO	SI	CP76
74.	¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SI	CP77
75.	¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SI	CP78
76.	¿Pasa usted mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SI	CP79
77.	Cuando tiene un problema ¿Insiste casi siempre en ser el máximo responsable?	NO	SI	CP80
78.	¿Considera usted que es importante dedicar tiempo a personas especiales o influyentes?	NO	SI	CP81
79.	¿Es importante para usted que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	SI	CP82
80.	¿Cree usted que es importante respetar ciertas reglas o convenciones sociales si estas suponen un cierto obstáculo en su camino?	NO	SI	CP83

81.	¿Considera usted que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI	CP84
82.	¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	SI	CP85
83.	¿Tiende con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?	NO	SI	CP86
84.	¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser usted quién es?	NO	SI	CP87
85.	¿A usted realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	SI	CP88
86.	¿Se han quejado algunas personas de que usted ni les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	SI	CP89
87.	¿Tiene a menudo envidia de otras personas?	NO	SI	CP90
88.	¿Cree usted que los demás a menudo le envidian?	NO	SI	CP91
89.	¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que usted les dedique su tiempo y atención?	NO	SI	CP92
90.	¿Se ha puesto furioso cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	NO	SI	CP93
91.	Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere ¿tienen muchos altibajos extremos?	NO	SI	CP94
92.	¿Cambia de repente el sentido de quién es usted o hacia dónde va?	NO	SI	CP95
93.	¿Cambia a menudo en forma dramática su sentido de quién es?	NO	SI	CP96
94.	¿Es usted diferente con diferentes personas o en diferentes circunstancias, de tal manera que a veces no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	CP97
95.	¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	NO	SI	CP98
96.	¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	SI	CP99
97.	¿Ha tratado de hacerse daño, matarse o ha amenazado con hacerlo?	NO	SI	CP100
98.	¿Alguna vez se ha cortado, quemado, o herido a sí mismo a propósito?	NO	SI	CP101
99.	¿Experimenta usted muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	CP102
100.	¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SI	CP103
101.	¿Tiene usted con frecuencia arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SI	CP104
102.	Cuando se enfada, ¿golpea usted a las personas o arroja objetos?	NO	SI	CP105
103.	¿Se pone furioso, incluso por cosas sin importancia?	NO	SI	CP106
104.	Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	NO	SI	CP107
105.	Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SI	CP108
106.	Antes de los 15 años, ¿provocaba usted peleas?	NO	SI	CP109
107.	Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo: un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?	NO	SI	CP110



108	Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI	CP111
109	Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió animales a propósito?	NO	SI	CP112
110	Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?	NO	SI	CP113
111	Antes de los 15 años ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a desvestirse delante de usted o a tocarle sexualmente?	NO	SI	CP114
112	Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?	NO	SI	CP115
113	Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI	CP115
114	Antes de los 15 años, ¿irumpió en casas, edificios o coches de otras personas?	NO	SI	CP117
115	Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SI	CP118
116	Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?	NO	SI	CP119
117	Antes de los 15 años ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?	NO	SI	CP120
118	Antes de los 13 años ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde al hora permitida?	NO	SI	CP121
119	Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?	NO	SI	CP122

## 9.6. Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, DIB-R)

1

«Antes de que empecemos, quisiera insistir en que la mayoría de las preguntas de esta entrevista hacen referencia a los dos últimos años de su vida o, en otras palabras, al periodo: *desde* (decir el mes, día y año apropiadamente).

También quiero insistir en que estoy interesada/o en conocer cuáles han sido sus sentimientos, pensamientos y conductas habituales durante este periodo de dos años. Por tanto, le plantearé una serie de preguntas de conductas específicas sobre momentos en los que usted haya estado en una situación de crisis o de alteración».

### ÁREA DE LA AFECTIVIDAD

Durante los dos últimos años, usted...

#### Depresión

- |                                                                                                                                     |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido bastante triste o deprimido gran parte del tiempo?                                                                | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. ¿Ha tenido períodos durante 1 semana o más en los que se ha sentido muy deprimido cada día?                                      | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>3. FR1 EL PACIENTE HA TENIDO UNA DEPRESIÓN CRÓNICA DE BAJA INTENSIDAD O HA ATRAVESADO UNO O MÁS EPISODIOS DE DEPRESIÓN MAYOR</b> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. ¿Se ha sentido indefenso durante días o semanas seguidas?                                                                        | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. ¿Ha tenido sentimientos de desesperanza?                                                                                         | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. ¿Y de inutilidad, de no tener valor?                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. ¿Muy culpable?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>8. FR2 EL PACIENTE HA MANTENIDO SENTIMIENTOS DE DESAMPARO, DESESPERANZA, DE INUTILIDAD O CULPABILIDAD</b>                        | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |

#### Ira

- |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 9. ¿Se ha sentido muy enfadado la mayor parte del tiempo?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. ¿Y furioso o encolerizado?                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 11. ¿A menudo ha sido sarcástico?                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 12. ¿Y discutiendo?                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 13. ¿Se enfada fácilmente («estar a la que salta», «tener prontos»)?                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>14. FR3 EL PACIENTE SE HA SENTIDO CRÓNICAMENTE MUY IRRITABLE, O HA ACTUADO FRECUENTEMENTE DE UNA FORMA COLÉRICA/LITIGANTE (P. EJ., A MENUDO SE HA MOSTRADO SARCÁSTICO, FÁCILMENTE ENCOLERIZABLE, O MONTA EN CÓLERA CON FACILIDAD)</b> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |

#### Ansiedad

- |                                                                                                                                                                       |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 15. ¿Se ha sentido muy ansioso la mayor parte del tiempo?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 16. ¿A menudo ha padecido síntomas físicos relacionados con una elevada tensión, tales como dolor de cabeza, aceleración de la frecuencia cardíaca o exceso de sudor? | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 17. ¿A menudo se ha visto muy afectado por un gran número de miedos irracionales o fobias (sensación de miedo ante cosas muy diversas)?                               | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 18. ¿Ha tenido crisis de pánico? (p. ej., crisis de ansiedad intensas, desbordantes o incapacitantes)                                                                 | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>19. FR4 EL PACIENTE SE HA SENTIDO CRÓNICAMENTE MUY ANSIOSO O HA PADECIDO FRECUENTES SÍNTOMAS FÍSICOS DE ANSIEDAD (ANGUSTIA)</b>                                    | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |

#### Otros estados atípicos

- |                                                                                                    |                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 20. ¿Se ha sentido a menudo muy solo la mayor parte del tiempo?                                    | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 21. ¿Y aburrido?                                                                                   | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| 22. ¿Muy vacío?                                                                                    | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>23. FR5 EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO SENTIMIENTOS CRÓNICOS DE SOLEDAD, ABURRIMIENTO O VACÍO</b> | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |

#### 24. Puntuación del Área de la afectividad:

Puntuación en la Escala del área de la afectividad:

Puntuar 2 si la puntuación del área es 5 o más (2 por FR3, 2 por FR4 y 2 por FR5)

Puntuar 1 si la puntuación del área es 3 o 4, o cualquier otra combinación de 5 o más

Puntuar 0 si la puntuación del área es 2 o menos

#### 25. Puntuación de la Escala del área de la afectividad:



## ÁREA DE LA COGNICIÓN

Esta área valora pensamientos alterados (experiencias perceptuales infrecuentes y experiencias paranoides no delirantes, pensamientos casi psicóticos y auténticos pensamientos psicóticos).

Las experiencias casi psicóticas son definidas como ideas delirantes y alucinaciones que son de carácter transitorio y circunscrito y atípicas en trastornos psicóticos, mientras que las experiencias psicóticas «auténticas» son definidas como ideas delirantes y alucinaciones, que son duraderas, generales, no circunscritas y que son patognómicas de los trastornos psicóticos.

Además, todas las frases resumen y todos los ítems, menos el ítem 56, hacen referencia a experiencias no relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas, y por lo tanto es crucial determinar si las experiencias descritas por el paciente ocurren de forma natural o bajo la influencia del alcohol u otras drogas.

Durante los últimos dos años, usted...

### ***Pensamientos extraños/experiencias perceptuales no habituales***

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 26. Ha sido una persona muy supersticiosa (p. ej., tocar madera, lanzar sal por sobre el hombro, evitar pasar debajo de una escalera) (Tendencia marcada a la superstición)                                                                                                                                         | 2 | 1 | 0 |
| 27. ¿Ha creído a menudo que sus pensamientos, palabras o acciones podían provocar cosas o preveía que éstas ocurrirían de una forma algo especial o mágica? (Pensamiento mágico)                                                                                                                                    | 2 | 1 | 0 |
| 28. ¿A menudo ha tenido un sexto sentido para las cosas que han ocurrido, aparte de ser alguien sensible hacia las personas y sus sentimientos? (Sexto sentido)                                                                                                                                                     | 2 | 1 | 0 |
| 29. ¿Con frecuencia ha sido capaz de decir lo que otras personas estaban pensando o sintiendo utilizando algún poder especial o mágico, tal como la telepatía? ¿A menudo creía que otras personas sabían lo que usted estaba pensando o sintiendo utilizando este tipo de poder? (Telepatía)                        | 2 | 1 | 0 |
| 30. ¿A menudo ha tenido experiencias de clarividencia, como la visión de que algo iba a ocurrir en otro lugar? ¿Ha sido generalmente capaz de predecir el futuro? (Clarividencia)                                                                                                                                   | 2 | 1 | 0 |
| 31. ¿Ha tenido algunas creencias que no podía evitar aunque las personas le habían dicho insistentemente que no eran ciertas (p. ej., pensaba que estaba muy obeso cuando en realidad estaba por debajo de su peso normal)? (Ideas sobrevaloradas)                                                                  | 2 | 1 | 0 |
| 32. ¿Ha sentido de forma repetida la presencia de una fuerza o de una persona que no estaba allí? ¿A menudo malinterpretaba cosas que usted había oído o visto (p. ej., pensó que alguien le llamaba por su nombre cuando en realidad el sonido era otro)? (Ilusión recurrente)                                     | 2 | 1 | 0 |
| 33. ¿Ha sentido de forma reiterada que usted no era una persona real? ¿Como si su cuerpo o una parte de él la sintiera como extraña o cambiara de tamaño o de forma? ¿Como si usted realmente se hubiera separado físicamente de sus sensaciones? ¿Como si se viera a usted mismo a distancia? (Despersonalización) | 2 | 1 | 0 |
| 34. ¿Ha sentido muy a menudo que las cosas que le rodeaban eran «irreales»? ¿Como si fueran extrañas o cambiaran de tamaño o forma? ¿Como si las estuviera soñando? ¿Como si una ventana estuviera allí, entre usted y el mundo? (Desrealización)                                                                   | 2 | 1 | 0 |

- |                                                                                                                                                                                                     |          |          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| <b>35. FR6 EL PACIENTE HA MOSTRADO UNA TENDENCIA A TENER PENSAMIENTOS EXTRAÑOS O EXPERIENCIAS PERCEPTUALES NO HABITUALES (P. EJ., PENSAMIENTO MÁGICO, ILUSIONES RECURRENTE, DESPERSONALIZACIÓN)</b> | <b>2</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|

### ***Experiencias paranoides no delirantes***

- |                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 36. ¿A menudo se ha sentido desconfiado o suspicaz respecto a otras personas? (Suspiciencia no justificada)                                                                                                                               | 2 | 1 | 0 |
| 37. ¿A menudo ha pensado que otras personas le miraban fijamente o que estaban hablando sobre usted a sus espaldas? ¿O que se reían de usted? (Ideas autorreferenciales)                                                                  | 2 | 1 | 0 |
| 38. ¿A menudo ha pensado que las personas le estaban causando problemas o que «iban a por usted»? ¿Ha creído frecuentemente que se querían aprovechar de usted o culpabilizarlo de cosas que no eran culpa suya? (Otras ideas paranoides) | 2 | 1 | 0 |

- |                                                                                                                                                                                  |          |          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| <b>39. FR7 EL PACIENTE HA TENIDO A MENUDO EXPERIENCIAS PARANOIDES NO DELIRANTES TRANSITORIAS (P. EJ., SUSPICACIA INDEBIDA, IDEAS AUTORREFERENCIALES, OTRAS IDEAS PARANOIDES)</b> | <b>2</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|

### ***Experiencias psicóticas***

Valorar cada experiencia: 2 = alucinaciones francas e ideas delirantes; 1 = alucinaciones e ideas delirantes casi verdaderas; 0 = ni alucinaciones ni ideas delirantes.

- |                                                                                                                        |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 40. ¿Ha creído que algunos pensamientos eran puestos en su mente por alguna fuerza externa? (Inserción de pensamiento) | 2 | 1 | 0 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|

41. ¿Los pensamientos le eran robados de su mente? (Robo de pensamiento)	2	1	0
42. ¿Sus pensamientos eran emitidos de tal manera que otras personas podían escuchar lo que usted estaba pensando? (Difusión de pensamientos)	2	1	0
43. ¿Sus sentimientos, pensamientos o acciones eran controlados por otras personas o por una máquina/artificio? (Delirio de influencia)	2	1	0
44. ¿Podía escuchar realmente lo que otras personas estaban pensando? ¿Ellos podían literalmente leer su mente como si ésta fuera un libro abierto? (Lectura de pensamiento)	2	1	0
45. ¿Otras personas conspiraban en su contra de alguna forma organizada? ¿Intentaban deliberadamente hacerle daño o castigarle? (Delirio de persecución)	2	1	0
46. ¿Otras personas le estaban espiando o le seguían? ¿Algunas cosas estaban preparadas especialmente para usted? ¿Usted recibía mensajes especiales a través de la radio o la TV? (Delirio de autorreferencia)	2	1	0
47. ¿Merecía un castigo por algo terrible que había realizado? (Delirio de culpa/pecado)	2	1	0
48. ¿Era una persona extremadamente importante? ¿Tenía habilidades especiales o poderes excepcionales? (Delirio de grandeza)	2	1	0
49. ¿Algo terrible había ocurrido o podría ocurrir en el futuro (p. ej., el mundo se acabaría al día siguiente, su cuerpo estaba desapareciendo y disolviéndose) (Delirio nihilista)	2	1	0
50. ¿Algo funcionaba mal en su cuerpo o tenía una seria enfermedad? (Delirio somático)	2	1	0
51. ¿Tenía creencias que otras personas consideraban como irreales, extrañas o raras? (Otros delirios)	2	1	0
52. ¿Ha oído algunas voces u otros sonidos que nadie más escuchaba? (Alucinaciones auditivas)	2	1	0
53. ¿Tenía algún tipo de visión de cosas o imágenes que nadie más podía ver? (Alucinaciones visuales)	2	1	0
54. ¿Ha tenido otras experiencias sensoriales que nadie más haya tenido (p. ej., oler repetidamente algo o sentir que algo circulaba en su cuerpo y que no estaba realmente allí)? ¿Recuerda cualquier otra sensación corporal? (Otras alucinaciones)	2	1	0
<b>55. FR8 EL PACIENTE HA TENIDO REPETIDAMENTE «CASI» DELIRIOS O ALUCINACIONES</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<i>Ítems varios</i>			
56. ¿Ha tenido alguna de estas experiencias bajo la influencia de alcohol o de las drogas? (Experiencias psicóticas inducidas por drogas) (2 = experiencias reales; 1 = «casi» experiencias; 0 = ninguna)	2	1	0
57. <b>Puntuación del Área cognitiva:</b> Puntuación en la Escala del área cognitiva: Puntuar 2 si la puntuación del área es 4 o más. Puntuar 1 si la puntuación del área es 2 o 3. Puntuar 0 si la puntuación del área es 1 o menos, o si el paciente ha tenido alguna vez un episodio psicótico evidente.	<input type="text"/>		
58. <b>Puntuación de la Escala del área cognitiva:</b>	<input type="text"/>		



### ÁREA DEL PATRÓN DE CONDUCTAS IMPULSIVAS

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, determinar el número de veces que esta conducta ocurrió, a excepción de donde ya está señalado (abuso de sustancias, automutilación e intentos de suicidio). Puntuar cada tipo de impulsividad: 2 = cinco o más veces; 1 = de tres a cuatro veces y 0 = dos veces o menos.

Durante los dos últimos años, usted ...

#### *Abuso de sustancias*

59. ¿Ha bebido demasiado o se ha emborrachado? (Abuso de alcohol)  
(2 = abuso crónico; 1 = abuso episódico; 0 = sin abuso) [2] [1] [0]
60. ¿Se ha «colocado» tomando medicamentos que le habían recetado o sustancias ilegales? (Abuso de drogas)  
(2 = abuso crónico; 1 = abuso episódico; 0 = sin abuso) [2] [1] [0]

#### **61. FR9 EL PACIENTE HA PRESENTADO UN PATRÓN GRAVE DE ABUSO DE SUSTANCIAS** [2] [1] [0]

#### *Desviación sexual*

62. ¿Ha mantenido relaciones sexuales de forma impulsiva o relaciones muy breves? (Promiscuidad, número elevado de relaciones sin compromisos afectivos) [2] [1] [0]
63. ¿Ha participado en alguna práctica sexual no habitual (p. ej., obtener placer al ser humillado o agredido físicamente durante la relación sexual)? ¿Prefería ver cómo los demás realizaban el acto sexual más que practicarlo? (Parafilias) [2] [1] [0]

#### **64. FR10 EL PACIENTE HA TENIDO UN PATRÓN DE DESVIACIÓN SEXUAL (P. EJ., PROMISCUIDAD O PARAFILIAS)** [2] [1] [0]

#### *Automutilación*

65. ¿Alguna vez se ha hecho daño usted mismo deliberadamente sin la intención de suicidarse (p. ej., hacerse cortes en la piel, quemaduras, golpearse, romper ventanas de un puñetazo, golpear paredes, golpearse la cabeza)? (Automutilación)  
(2 = dos o más veces, 1 = una vez, 0 = ninguna) [2] [1] [0]

#### **66. FR11 EL PACIENTE HA MOSTRADO UN PATRÓN DE AUTO-MUTILACIÓN FÍSICA** [2] [1] [0]

#### *Tentativas de suicidio*

67. ¿Ha amenazado con suicidarse? (Amenazas de suicidio)  
(2 = dos o más veces, 1 = una vez, 0 = ninguna) [2] [1] [0]
68. ¿Ha hecho algún intento de suicidio, por leve que sea? (Gestos suicidas/intentos)  
(2 = dos o más veces, 1 = una vez, 0 = ninguna) [2] [1] [0]

#### **69. FR12 EL PACIENTE HA MOSTRADO UN PATRÓN DE AMENAZAS SUICIDAS, GESTOS O INTENTOS MANIPULATIVOS (P. EJ., LOS INTENTOS SUICIDAS ESTABAN PRINCIPALMENTE ORIENTADOS A LOGRAR UNA RESPUESTA DE «RESCATE»)** [2] [1] [0]

#### *Otros patrones impulsivos*

70. ¿Ha tenido episodios en que comió tanto que después se encontraba mal o tuvo que provocarse vómitos? (Atracones de comida) [2] [1] [0]
71. ¿Ha gastado mucho dinero en cosas que no necesitaba o que no podía permitirse? (Derroche) [2] [1] [0]
72. ¿Ha ido a jugar (p. ej., al bingo) y no podía dejar de apostar, a pesar de saber que estaba perdiendo dinero? (Apuestas) [2] [1] [0]
73. ¿Ha perdido el control, llegando a gritar, dar alaridos, chillar o abuchear a alguien? (Ataques verbales) [2] [1] [0]
74. ¿Ha participado en peleas físicas? (p. ej., peleas a puñetazos) (Pelea física) [2] [1] [0]
75. ¿Ha amenazado con dañar físicamente a alguien (p. ej., decirle a alguien que le daría un puñetazo, lo apuñalaría o lo mataría)? (Amenazas físicas) [2] [1] [0]
76. ¿Ha agredido o abusado físicamente de alguien (p. ej., dar bofetadas, dar patadas o dar puñetazos)? (Asaltos físicos) [2] [1] [0]
77. ¿Ha dañado bienes de forma intencionada (p. ej., romper vajilla, romper muebles, dañar el automóvil de alguien)? (Daño sobre la propiedad) [2] [1] [0]
78. ¿Ha conducido demasiado rápido, de forma temeraria? ¿Y estando bajo los efectos del alcohol o de las drogas? (Conducción temeraria) [2] [1] [0]
79. ¿Ha actuado en contra de la ley? (p. ej., robar en tiendas, tráfico de drogas, vender propiedad robada) (Actos antisociales) [2] [1] [0]

80. FR13 EL PACIENTE HA TENIDO OTRO PATRÓN DE CONDUCTA IMPULSIVA

2 1 0

81. Puntuación del Área de conductas impulsivas:

Puntuación en la Escala del área de conductas impulsivas:

Puntuar 3 si la puntuación del área es de 6 o más (puntuación de 2 en FR 11 o en FR 12).

Puntuar 2 si la puntuación del área es de 4 o 5, o cualquier combinación de 6 o más.

Puntuar 0 si la puntuación del área es de 3 o menos.

82. Puntuación de la Escala del área de conductas impulsivas:



<b>ÁREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES</b>	
Durante los dos últimos años, usted...	
<b>Intolerancia a la soledad</b>	
83. ¿Ha odiado generalmente estar solo?	2 1 0
84. ¿A menudo ha realizado esfuerzos desesperados para evitar sentirse solo (p. ej., hablaba por teléfono durante horas en esos momentos, salía para encontrar a alguien con quien hablar)?	2 1 0
85. ¿Se ha sentido muy deprimido cuando estaba solo?	2 1 0
86. ¿Se ha sentido muy ansioso? ¿Irritado? ¿Vacío? ¿Mal?	2 1 0
<b>87. FR14 EL PACIENTE HA INTENTADO CLARAMENTE EVITAR ESTAR SOLO O SE SENTÍA EXTREMADAMENTE DISPÓRICO CUANDO ESTABA SOLO</b>	<b>2 1 0</b>
<b>Preocupaciones de abandono, de ser absorbido, de ser anulado</b>	
88. ¿Ha temido repetidamente ser abandonado por aquellos que están cerca de usted? (Miedo al abandono)	2 1 0
89. ¿Ha temido frecuentemente llegar a sentirse agobiado o perder su identidad si otras personas se acercaban excesivamente a usted? (Temor a ser absorbido?)	2 1 0
90. ¿Ha temido repetidamente llegar a desmoronarse o dejar de existir si era abandonado por alguien importante para usted? (Miedo a ser alienado)	2 1 0
<b>91. FR15 EL PACIENTE HA EXPERIMENTADO REPETIDAMENTE MIEDOS A SER ABANDONADO, A SER ABSORBIDO O A SER ALIENADO</b>	<b>2 1 0</b>
<b>Contra-dependencia</b>	
92. ¿Ha tenido algún trabajo en el que una de sus principales tareas era hacerse cargo de otras personas o animales?	2 1 0
93. ¿Se ha encontrado ofreciendo ayuda constantemente a amigos, parientes o compañeros de trabajo?	2 1 0
94. ¿Se ha sentido particularmente molesto si otras personas han intentado ayudarle o cuidarle de usted?	2 1 0
95. ¿Ha rechazado pedir apoyo o ayuda cuando sentía que realmente lo necesitaba?	2 1 0
96. ¿Ha temido en su vida a alguien a quien sintió realmente necesitar? ¿Su habilidad para funcionar dependía de esa persona? ¿Cómo llegó a superarlo?	2 1 0
<b>97. FR16 EL PACIENTE SE HA MOSTRADO INTENSAMENTE CONTRADEPENDIENTE O SERIAMENTE EN CONFLICTO A LA HORA DE DAR O RECIBIR CUIDADOS</b>	<b>2 1 0</b>
<b>Relaciones íntimas inestables</b>	
98. ¿Ha tenido alguna relación muy íntima? ¿Cuántas? ¿Con qué frecuencia veía a esas personas? ¿Cuál fue la más importante para usted? (2 = cuatro o más; 1 = de dos a tres; 0 = una o menos)	2 1 0
99. ¿En alguna de estas relaciones tuvo dificultades debido a múltiples discusiones?	2 1 0
100. ¿Ha tenido repetidas rupturas?	2 1 0
<b>101. FR17 EL PACIENTE HA TENDIDO A MANTENER RELACIONES ÍNTIMAS INTENSAS E INESTABLES</b>	<b>2 1 0</b>
<b>Problemas recurrentes en las relaciones íntimas</b>	
102. ¿Ha tendido a sentirse muy dependiente de los demás? ¿Necesitaba mucho apoyo o una ayuda concreta para funcionar? ¿Alguna vez le han dicho que era demasiado dependiente? (Dependencia: el paciente se ha mostrado abierta y repetidamente dependiente de los demás)	2 1 0
103. ¿Ha permitido repetidamente que otras personas le forzaran a hacer cosas que no quería hacer o que le trataran con crueldad? ¿Alguna vez le han dicho que se dejaba victimizar o maltratar? (Masoquismo: el paciente ha permitido repetidamente que otras personas lo coaccionaran o le hicieran daño)	2 1 0
<b>104. FR18 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS DE DEPENDENCIA O DE MASOQUISMO EN SUS RELACIONES ÍNTIMAS</b>	<b>2 1 0</b>
105. ¿Muy a menudo ha ignorado las virtudes o características positivas de las personas y sólo les ha visto los defectos? ¿Alguna vez le han dicho que era muy crítico o que desvalorizaba a los demás? (Desvalorización: el paciente ha exagerado repetidamente las debilidades y minimizado los aspectos positivos de los otros)	2 1 0

106. ¿Ha intentado con frecuencia que los demás hicieran lo que usted quería sin preguntarles o sin explicarles lo que tenían que hacer? ¿Alguna vez le han dicho que usted era manipulador? (Manipulación: el paciente ha usado repetidamente formas indirectas para conseguir lo que quería)	2	1	0
107. ¿Ha intentado muy a menudo forzar a los demás a hacer cosas que no querían o los ha tratado de forma cruel? ¿Alguna vez le han dicho que era autoritario o cruel? (Sadismo: el paciente ha intentado repetidamente coaccionar o dañar a otros)	2	1	0
<b>108. FR19 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS DE DESVALORIZACIÓN, MANIPULACIÓN O SADISMO EN SUS RELACIONES ÍNTIMAS</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
109. ¿Ha pedido repetidamente a los demás cosas que ellos no podían o no debían darle? ¿Les exigía mucho tiempo y atención? ¿Alguna vez le han dicho que era usted una persona exigente? (Exigencia: el paciente ha realizado, de forma reiterada, demandas inapropiadas)	2	1	0
110. ¿Se ha comportado a menudo como si tuviera el derecho a recibir un trato especial? ¿Como si la gente le debiera cosas por todo lo que ha pasado? ¿Alguna vez le han dicho que se comportaba como si usted fuera merecedor de cuidados o de una consideración especial? (Merecimientos: el paciente ha mostrado repetidamente expectativas no realistas)	2	1	0
<b>111. FR20 EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS REPETIDOS POR SUS EXIGENCIAS EXAGERADAS O POR SENTIRSE MERECEDOR DE RECONOCIMIENTO EN LAS RELACIONES ÍNTIMAS</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<i>Relaciones psiquiátricas conflictivas</i>			
112. ¿Ha recibido alguna terapia individual? ¿Cuántas? (Número de terapias individuales) (2 = dos o más, 1 = una vez, 0 = ninguna)	2	1	0
113. ¿Cuántos meses, de los últimos 24, ha estado bajo terapia individual? (Meses invertidos en terapia individual) (2 = doce o más; 1 = entre uno y once; 0 = ninguno)	2	1	0
114. ¿Se ha sentido mucho peor como resultado de esa/s terapia/s? ¿De qué manera? (Regresión en la terapia individual)	2	1	0
115. ¿Ha tenido alguna hospitalización psiquiátrica? ¿Cuántas? (Número de hospitalizaciones psiquiátricas) (2 = dos o más, 1 = una, 0 = ninguna)	2	1	0
116. ¿Cuántos meses, de los últimos 24, ha estado hospitalizado? (Meses de ingreso en los hospitales psiquiátricos) (2 = doce o más, 1 = entre uno y once, 0 = ninguno)	2	1	0
117. ¿Empeoró mucho como resultado de esa/s hospitalización(es)? ¿De qué manera?	2	1	0
<b>118. FR21 EL PACIENTE HA ATRAVESADO UNA CLARA REGRESIÓN CONDUCTUAL DURANTE EL CURSO DE UNA PSICOTERAPIA O DE UNA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
119. ¿Ha sido el centro de algún conflicto o problemas en el equipo terapéutico donde estuvo ingresado? (Valore si el paciente había sido el causante de una clara reacción contratransferencial en el equipo. Es aconsejable usar otras fuentes de información a la hora de elaborar un juicio sobre este tema)	2	1	0
120. ¿Alguno de sus terapeutas ha llegado a mostrarse muy enfadado con usted? ¿Alguien le sugirió dejar el tratamiento? ¿Esta persona estaba más involucrada en su cuidado que la mayoría de los terapeutas? (Valore si el paciente ha sido la causa de una clara reacción contratransferencial de un terapeuta. Es aconsejable usar otras fuentes de información a la hora de elaborar un juicio sobre este tema)	2	1	0
121. ¿Ha establecido una relación de amistad profunda o una relación amorosa con un miembro del equipo terapéutico?	2	1	0
122. ¿Y con algún terapeuta?	2	1	0
<b>123. FR22 EL PACIENTE HA SIDO LA CAUSA DE UNA CLARA REACCIÓN CONTRATRANSFERENCIAL EN UNA UNIDAD DE INGRESOS O EN EL TRANCURSO DE UNA PSICOTERAPIA, O FORMÓ UNA RELACIÓN «ESPECIAL» CON UN PROFESIONAL DE SALUD MENTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>124. Puntuación del Área de las relaciones interpersonales:</b> Puntuación en la Escala del área de las relaciones interpersonales: Puntuar 3 si la puntuación del área es 9 o más. Puntuar 2 si la puntuación del área está entre 6 y 8. Puntuar 0 si la puntuación del área es 5 o menos, o si el paciente ha tenido un ocasional aislamiento social.	<input type="text"/>		
<b>125. Puntuación de la Escala del área de las relaciones interpersonales:</b>	<input type="text"/>		

## CONCLUSIONES

1. Puntuación del Área afectiva: 0-10	<input type="text"/>
2. Puntuación de la Escala afectiva: 0-2	<input type="text"/>
3. Puntuación del Área cognitiva: 0-6	<input type="text"/>
4. Puntuación de la Escala cognitiva: 0-2	<input type="text"/>
5. Puntuación del Área de patrón de conductas impulsivas: 0-10	<input type="text"/>
6. Puntuación de la Escala del patrón de conductas impulsivas: 0-3	<input type="text"/>
7. Puntuación del Área de Relaciones Interpersonales: 0-18	<input type="text"/>
8. Puntuación de la Escala del área de relaciones interpersonales: 0-3	<input type="text"/>
9. PUNTUACIÓN TOTAL DE LA DIB-REVISADA	<input type="text"/>



## 11.5. Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Límite de la Personalidad (ICG-TLP)

<b>ICG-TLP-S</b>							
Según su experiencia en este tipo de pacientes, ¿cuál es el grado de enfermedad del paciente en este momento?							
	<i>Normal, no está enfermo</i>	<i>Mínimamente enfermo</i>	<i>Levemente enfermo</i>	<i>Moderadamente enfermo</i>	<i>Marcadamente enfermo</i>	<i>Gravemente enfermo</i>	<i>Muy gravemente enfermo</i>
1. Abandono	1	2	3	4	5	6	7
2. Relaciones inestables	1	2	3	4	5	6	7
3. Identidad	1	2	3	4	5	6	7
4. Impulsividad	1	2	3	4	5	6	7
5. Suicidio	1	2	3	4	5	6	7
6. Inestabilidad afectiva	1	2	3	4	5	6	7
7. Vacío	1	2	3	4	5	6	7
8. Ira	1	2	3	4	5	6	7
9. Ideación paranoide	1	2	3	4	5	6	7
TLP general	1	2	3	4	5	6	7

<b>ICG-TLP-M</b>							
Puntúe la mejoría independientemente de que, a su juicio, sea o no debida por completo al tratamiento. Comparando con el estado del paciente cuando inició el estudio, ¿cuánto ha cambiado el paciente?							
	<i>Ha mejorado muchísimo</i>	<i>Muy mejorado</i>	<i>Ligeramente mejorado</i>	<i>No ha cambiado</i>	<i>Ligeramente peor</i>	<i>Mucho peor</i>	<i>Muchísimo peor</i>
1. Abandono	1	2	3	4	5	6	7
2. Relaciones inestables	1	2	3	4	5	6	7
3. Identidad	1	2	3	4	5	6	7
4. Impulsividad	1	2	3	4	5	6	7
5. Suicidio	1	2	3	4	5	6	7
6. Inestabilidad afectiva	1	2	3	4	5	6	7
7. Vacío	1	2	3	4	5	6	7
8. Ira	1	2	3	4	5	6	7
9. Ideación paranoide	1	2	3	4	5	6	7
TLP general	1	2	3	4	5	6	7

[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
<b>Protocol Number</b>	<b>Node Number</b>	<b>Site Number</b>	<b>Participant Number</b>	<b>Week</b>	<b>Day of Week</b>	<b>Phase</b>	<b>Visit Sequence</b>
[ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ]			Source Document Language: <input type="radio"/> English <input type="radio"/> Spanish <input type="radio"/> English and Spanish			[ ][ ][ ][ ]	
<b>Visit Date</b>						<b>Rater Number</b>	
Form Completion Status: <input type="radio"/> Any Data Collected				<input type="radio"/> Response Person did not Complete			
<input type="radio"/> Participant Refused				<input type="radio"/> Participant did not Attend Visit			
				<input type="radio"/> Not Enough Time at the Visit <input type="radio"/> Other (specify: _____)			

**INFORMACION GENERAL**  
(GENERAL INFORMATION)

G4 Fecha de admisión (Date of admission) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ]

G8. Clase (class)  
 1  Admisión (Admission)  
 2  Seguimiento (Follow-up)

G9. Código de Contacto (Contact Code)  
 1  En persona (in person)  
 2  Por teléfono (El ASI inicial tiene que hacerse en persona.) (Telephone (Initial ASI must be in person))

G10. Sexo (gender)  
 1  Masculino (Male)  
 2  Femenino (Female)

G14. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencial actual? (How long have you lived at your current address?)

[ ][ ] / [ ][ ]  
 Años (Years)      Meses (Months)

G16. Fecha de Nacimiento (Date of Birth)  
 [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

G17. Raza (Race)  
 1  Blanco (no origen hispano) (White (Not of Hispanic Origin))  
 2  Negro (no origen hispano) (Black (Not of Hispanic Origin))  
 3  Indio Americano (American Indian)  
 4  Nativo de Alaska (Alaskan Native)  
 5  Asiático (Asian or Pacific Islander)  
 6  Hispano - mejicano (Hispanic- Mexican)  
 7  Hispano - puertorriqueño (Hispanic- Puerto Rican)  
 8  Hispano - cubano (Hispanic- Cuban)  
 0  Otro hispano (Other Hispanic)

G12. Especial (Codifique si la entrevista no está completa.) (Special code if interview not completed)  
 1  Paciente terminó por el entrevistador (Patient terminated by interviewer)  
 2  Paciente rechazó (Patient Refused)  
 3  Paciente no puede responder (lenguaje o barrera intelectual, paciente bajo la influencia, etc.) (Patient unable to respond (language or intellectual barrier, patient under the influence, etc...))

Comentarios (Comments)

G18. Preferencia Religiosa (Religious Preference)

1  Protestante (Protestant)  
 2  Católico (Catholic)  
 3  Judío (Jewish)  
 4  Islámico (Islamic)  
 5  Otra (Other) \_\_\_\_\_  
 6  Ninguna (None)

G19. ¿Ha estado fuera de su domicilio (casa) en los pasados 30 días, en una situación controlada? (Have you been in a controlled environment in the past 30 days?)

1  No (No)  
 2  Cárcel (Jail)  
 3  Tratamiento por alcohol o drogas (Alcohol or Drug Treatment)  
 4  Tratamiento médico (Medical Treatment)  
 5  Tratamiento psiquiátrico (Psychiatric Treatment)  
 6  Otros (Other) \_\_\_\_\_

G20. ¿Cuántos días? (How many days?) [ ][ ]

2040



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit Date						Rater Number	

**ESTADO MÉDICO GENERAL**

(MEDICAL STATUS)

M1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis y delirium tremens. Excluir desintoxicaciones o trat. psiquiátrico).

(How many times in your life have you been hospitalized for medical problems? (Include o.d.'s, d.t.'s, exclude detox.))

M3. ¿Tiene algún problema médico crónico que interfiera en su vida?

0 No (No)  
1 Sí (Yes)

(Do you have any chronic medical problems which continue to interfere with your life?)

Especificar (Specify)

M4. ¿Está tomando regularmente alguna medicación recetada para algún problema orgánico (físico)?

0 No (No)  
1 Sí (Yes)

(Are you taking any prescribed medication on a regular basis for a physical problem?)

M5. ¿Recibe alguna pensión por discapacidad (incapacidad) física (incapacidad laboral)? (Excluir discapacidad psiquiátrica).

0 No (No)  
1 Sí (Yes)

(Do you receive a pension for a physical disability? (Exclude psychiatric disability.))

Especificar (Specify)

M6. ¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha experimentado Ud. problemas médicos?

(How many days have you experienced medical problems in the past 30 days?)

Para las preguntas 7 y 8, preséntele al entrevistado la Escala de Valoración del paciente.

(For questions 7 & 8, please ask patient to use the Patient's Rating Scale.)

M7. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, estos problemas médicos que ha tenido?

(How troubled or bothered have you been by these medical problems in the past 30 days?)

0 1 2 3 4

M8. ¿Qué importancia tiene, ahora, para Ud. recibir tratamiento para estos problemas médicos?

(How important to you now is treatment for these medical problems?)

0 1 2 3 4

Comentarios  
(Comments)

**VALORACIÓN DE LA VERACIDAD:** Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by?)

M10. ¿Falsedad por parte del paciente?

(Patient's misrepresentation?)

0 No (No)

1 Sí (Yes)

M11. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?

(Patient's inability to understand?)

0 No (No)

1 Sí (Yes)

2E4C





**INDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCION**  
(Addiction Severity Index for Pretreatment)

□□□□	□□	□□□□	□□□□	□□	□□	□□	□□
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
□□ / □□ / □□						□□□□□□	
Visit Date						Rater Number	

**EMPLEO / APOYO**  
(Employment/Support Status)

F1. Educación básica recibida (GED = 12 años)  
(Education completed (GED=12 years))

Años (Years)	Meses (Months)

E2. Formación o Educación técnica recibida  
(Training or technical education completed)

Meses (Months)	

E4. ¿Tiene Ud. carnet (licencia) de conducir válido(a)?  
(Do you have a valid driver's license?)

0  No (No)  
1  Sí (Yes)

E5. ¿Tiene Ud. un automóvil disponible para su uso? (Contestar NO en caso de que no posea carnet de conducir válido)  
(Do you have an automobile available for use? (Answer 'No' if no valid driver's license.))

0  No (No)  
1  Sí (Yes)

E6. ¿Cuánto tiempo ha durado su empleo (trabajo) a tiempo completo más prolongado (largó)? Tiempo completo = 35+ horas semanales, no quiere decir necesariamente su empleo más reciente.  
(How long was your longest full time job? Full time= 35+ hours weekly; does not necessarily mean most recent job.)

Años (Years)	Meses (Months)

E7A. Ocupación usual (o última).  
(Usual (or last) occupation)

- 1  Profesional/Ejecutiva (Major Professional/Executive)
- 2  Manager/Enfermera/Artesano/Profesor(a)/Maestro(a)/Manager/Nurse/Pharmacist/Teacher
- 3  Administrador/Dueño de pequeño negocio (Administrator/Small Business Owner)
- 4  Oficinista/Vendedor/Técnico (Clerical/Sales/Technicians)
- 5  Laborador Manual/Electricista (Skilled Manual/Electrician)
- 6  Ayudante/Conductor/Mesero(a) (Semi-Skilled/Helper/Driver/Waiter)
- 7  Desempleado (Unskilled/Unemployed)
- 8  Ama de casa (Homemaker)
- 9  Estudiante/no ocupación/deshabilitado (Student/No occupation/Disabled)

E7B. Por favor, especifique su usual (o última) ocupación  
(Please specify your usual (or last) occupation.)

English
Spanish

E9. ¿Contribuye alguien, de alguna manera, en su sustento o mantenimiento?  
(Does someone contribute the majority of your support?)

0  No (No)  
1  Sí (Yes)

E10. Patrón usual de ocupación durante los últimos tres años: ocupación  
(Usual employment pattern, past three years)

- 1  Tiempo completo (35 h. semana)  
(Full time (35 hrs/wk))
- 2  Tiempo parcial (horas fijas)  
(Part time (regular hours))
- 3  Tiempo parcial (horas irregulares / por días)  
(Part time (irreg., day-work))
- 4  Estudiante  
(Student)
- 5  Servicio militar  
(Military Service)
- 6  Invalidez / Jubilado  
(Retired/Disability)
- 7  Desempleado  
(Unemployed)
- 8  Situación ambiental controlada (Cárcel)  
(In controlled environment)

E11. ¿Cuántos días, de los últimos 30, le han pagado a Ud. por su trabajo? (Incluya trabajo no declarado legalmente).  
(How many days were you paid for working in the past 30 days? (Include "under the table" work))

--	--

Comentarios  
(Comments)



□□□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□	□□	□□
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
□□ / □□ / □□						□□□□□□	
Visit Date						Rater Number	

**EMPLEO / APOYO**

*(Employment/Support Status)*

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero recibió de las siguientes fuentes? *(How much money did you receive from the following sources in the past 30 days?)*

E12. Empleo (s).- Salario neto \$ □□□□□□  
*(Employment (net income))*

E13. Prestación (compensación) por desempleo \$ □□□□□□  
*(Unemployment Compensation)*

E14. Asistencia Social (Welfare) \$ □□□□□□  
*(Welfare)*

E15. Pensión, beneficencia o seguro social \$ □□□□□□  
*(Pension, benefits or social security)*

E16. Pareja, familia o amigos.(Dinero para gastos personales) \$ □□□□□□  
*(Mate, family or friends (Money for personal expenses))*

E17. Ilegal \$ □□□□□□  
*(Illegal)*

E18. ¿Cuántas personas dependen de Ud. en cuanto vivienda, alimentación, etc.? □□  
*(How many people depend on you for the majority of their food, shelter, etc.?)*

E19. ¿Cuántos días durante los últimos 30 días, ha tenido problemas con su trabajo? □□  
*(How many days have you experienced employment problems in the past 30 days?)*

E20. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, sus problemas laborales? □□□□  
*(How troubled or bothered have you been by these employment problems in the past 30 days?)*

E21. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo profesional para estos problemas laborales? □□□□  
*(How important to you now is counseling for these employment problems?)*

**Comentarios**  
*(Comments)*

**VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:**

*(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)*

E23. ¿Falsedad por parte del paciente? □□  
*(Patient's misrepresentation?)*

- 0 No (No)
- 1 Sí (Yes)

E24. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? □□  
*(Patient's inability to understand?)*

- 0 No (No)
- 1 Sí (Yes)



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit Date						Rater Number		

## CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

*(Drug/Alcohol Use)*

	Últimos 30 días <i>(Last 30 days)</i>	Transcurso de la vida: Años <i>(Years of Lifetime Use)</i>	Vía de Administro <i>(Route of Administration)</i>				
			Oral <i>(Oral)</i>	Nasal <i>(Nasal)</i>	Fumador <i>(Smoking)</i>	Inyección No-IV <i>(Non-IV injection)</i>	Inyección IV <i>(IV injection)</i>
D1 Alcohol (cualquier uso) <i>(Alcohol (Any Use at all))</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D2 Alcohol (Hasta la intoxicación) <i>(Alcohol (To intoxication))</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D3 Heroína <i>(Heroin)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D4 Metadona <i>(Methadone)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D5 Otros opiáceos / analgésico <i>(Other Opiates/Analgesic)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D6 Barbitúricos <i>(Barbituates)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D7 Otros sedantes / hipnóticos / tranquilizantes <i>(Other Sedatives/ Hypnotics / Tranquilizers)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D8 Cocaína <i>(Cocaine)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D9 Anfetaminas <i>(Amphetamines)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D10 Cánnabis <i>(Cannabis)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D11 Alucinógenos <i>(Hallucinogens)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D12 Inhalantes <i>(Inhalants)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D13 Más de una sustancia al día regularmente (incluyendo el alcohol) <i>(More than 1 substance per day (Including Alcohol))</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

□□□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□	□□	□□
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
□□ / □□ / □□						□□□□	
Visit Date						Rater Number	

**CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**  
(Drug/Alcohol Use)

D17. ¿Cuántas veces ha tenido delirium tremens por alcohol?  
*(How many times have you had alcohol d.t.'s?)* □□

¿Cuántas veces en su vida ha sido tratado por?:  
*(How many times in your life have you been treated for:)*

D19. Abuso de alcohol  
*(Alcohol Abuse)* □□

D20. Abuso de otras drogas  
*(Drug Abuse)* □□

¿Cuántas de estas fueron sólo desintoxicaciones?  
*(How many of these were detox only?)*

D21. Por alcohol  
*(Alcohol)* □□

D22. Por otras drogas  
*(Drugs)* □□

¿Cuánto dinero diría que ha gastado Ud. en los 30 días en?:  
*(How much would you say you spent during the past 30 days on:)*

D23. Alcohol?  
*(Alcohol?)* \$ □□□□□□

D24. Otras drogas?  
*(Drugs?)* \$ □□□□□□

D25. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado en tratamiento ambulatorio (externo) por alcohol u otras drogas? (Incluye AA, NA)  
*(How many days you been treated in an outpatient setting for alcohol or drugs in the past 30 days? (Include NA, AA))* □□

D26. ¿Cuántos días en los últimos 30, ha experimentado (tenido) problemas con el alcohol?  
*(How many days in the past 30 have you experienced alcohol problems?)* □□

D27. ¿Cuántos días en los últimos 30, ha experimentado (tenido) problemas con drogas? (Incluir solamente: antojos, síntomas de retiro, disturbio por el uso, o queriendo parar y no puede.)  
*(How many days in the past 30 have you experienced drug problems? (Include only: craving, withdrawal symptoms, disturbing effects of use, or wanting to stop and being unable to))* □□

Para las preguntas D-28 a D-31, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente.  
*(For questions D28-D31, please ask patient to use the Patient's Rating Scale. The patient is rating the need for additional substance abuse treatment.)*

D28. En los últimos 30 días, cuanto le han preocupado sus problemas con el alcohol?  
*(How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these alcohol problems?)*

- 0 0   0 1   0 2   0 3   0 4

D29. En los últimos 30 días, cuanto le han preocupado sus problemas con drogas?  
*(How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these drug problems?)*

- 0 0   0 1   0 2   0 3   0 4

D30. ¿Qué importancia tiene para Ud., recibir tratamiento por sus problemas con el alcohol?  
*(How important to you now is treatment for these alcohol problems?)*

- 0 0   0 1   0 2   0 3   0 4

D31. ¿Qué importancia tiene para Ud., recibir tratamiento por sus problemas con drogas?  
*(How important to you now is treatment for these drug problems?)*

- 0 0   0 1   0 2   0 3   0 4

**VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:**  
*(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)*

D34. ¿Falsedad por parte del paciente?  
*(Patient's misrepresentation?)*

- 0 0 No (No)  
1 0 Sí (Yes)

D35. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?  
*(Patient's inability to understand?)*

- 0 0 No (No)  
1 0 Sí (Yes)



**INDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCION**  
(Addiction Severity Index for Pretreatment)

□□□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□	□□	□□
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
□□ / □□ / □□						□□□□	
Visit Date						Rater Number	

**SITUACION LEGAL** (Legal Section)

- L1. ¿El tratamiento ha sido sugerido o impuesto por el sistema judicial? (Was this admission prompted or suggested by the criminal justice system?)    0  No (No)    1  Sí (Yes)
- L2. ¿Está Ud. en libertad condicional o bajo fianza? (Are you on probation or parole?)    0  No (No)    1  Sí (Yes)
- ¿Cuántas veces en su vida ha estado Ud. arrestado y acusado por los siguientes delitos?: (How many times in your life have you been arrested and charged with the following?)
- |                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| L3. Hurto (robo a tiendas) o vandalismo (Shoplifting/Vandalism)                                              | □□ |
| L4. Violación de libertad condicional o bajo fianza (Parole/probation violations)                            | □□ |
| L5. Acusaciones por drogas (Drug charges)                                                                    | □□ |
| L6. Falsificación de documentos (Forgery)                                                                    | □□ |
| L7. Posesión ilícita de armas (Weapons offense)                                                              | □□ |
| L8. Robo de viviendas / Robo con violencia (Burglary, larceny, B&E)                                          | □□ |
| L9. Atraco (Asalto a mano armada) (Robbery)                                                                  | □□ |
| L10. Asalto (Assault)                                                                                        | □□ |
| L11. incendio provocado (Arson)                                                                              | □□ |
| L12. Violación (Rape)                                                                                        | □□ |
| L13. Homicidio / Homicidio sin premeditación (Homicide, manslaughter)                                        | □□ |
| L14. Prostitución (Prostitution)                                                                             | □□ |
| L15. Desacato a la autoridad (Contempt of court)                                                             | □□ |
| L16. Otros (Other)                                                                                           | □□ |
| L17. ¿Cuántas de estas acusaciones acabaron en condena? (How many of these charges resulted in convictions?) | □□ |

**Comentarios**  
(Comments)



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit Date						Rater Number		

**SITUACION LEGAL** (Legal Section)

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de lo siguiente?: (How many times in your life have you been charged with the following:)

L18. Desorden público, vagancia, intoxicación pública (Disorderly conduct, vagrancy, public intoxication)

L19. Conducir bajo intoxicación (Driving while intoxicated)

L20. Violaciones graves de tráfico (Major driving violations)

L21. A lo largo de su vida, ¿cuántos meses ha estado encarcelado? (How many months were you incarcerated in your life?)

L24. ¿Está en este momento esperando acusación, juicio o sentencia? (Are you presently awaiting charges, trial or sentence?)  No (No)  Sí (Yes)

L25. ¿Por qué? (si hay varias razones ponga la más grave) Indique el número correspondiente de las preguntas 3-16 de la página anterior y 18-20 arriba. (What for? If multiple charges, use most severe. Enter number that matches from questions 3-16 on previous page and 18-20 above)

L26. En los últimos 30 días ¿cuántos días ha sido detenido o encarcelado? (How many days in the past 30 were you detained or incarcerated?)

L27. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en actividades ilegales para su propio provecho? (How many days in the past 30 have you engaged in illegal activities for profit?)

Para las preguntas 28 y 29, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente. (For questions 28 & 29, please ask patient to use the Patient's rating Scale)

L28. ¿Cuánto le preocupan sus actuales problemas legales? (excluya sus problemas familiares o de empleo) (How serious do you feel your present legal problems are (Exclude civil problems))  0  1  2  3  4

L29. ¿Qué importancia tiene ahora para usted, ser aconsejado o asesorado sobre sus problemas legales? (How important to you now is counseling or referral for these legal problems?)  0  1  2  3  4

Comentarios (Comments)

**VALORACIÓN DE LA VERACIDAD:** Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por: (Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)

L31. ¿Falsedad por parte del paciente? (Patient's misrepresentation?)  No (No)  Sí (Yes)

L32. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? (Patient's inability to understand?)  No (No)  Sí (Yes)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Visit Date						Rater Number	

**RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES**

(Family/Social Relationships)

- F1. Estado Civil: *(Marital status:)*
- 1  Casado o pareja *(Married)*
  - 2  Casado en segundas nupcias *(Remarried)*
  - 3  Viudo *(Widowed)*
  - 4  Separado *(Separated)*
  - 5  Divorciado *(Divorced)*
  - 6  Soltero *(Never married)*

- F3. ¿Está satisfecho con esta situación? *(Are you satisfied with this situation?)*
- 0  No *(No)*
  - 1  Indiferente *(Indifferent)*
  - 2  Sí *(Yes)*

- F4. ¿En los últimos tres años, en que situación ha vivido más tiempo? *(Usual living arrangement: past 3 years)*

- 1  Con pareja sexual e hijos *(With sexual partner and children)*
- 2  Con pareja sexual sin hijos *(With sexual partner alone)*
- 3  Con hijos solo *(With children alone)*
- 4  Con los padres *(With parents)*
- 5  Con la familia de origen *(With family)*
- 6  Con los amigos *(With friends)*
- 7  Sólo/a *(Alone)*
- 8  En ambiente institucional controlado (Cárcel) *(Controlled environment)*
- 9  Ninguna situación estable *(No stable arrangements)*

- F6. ¿Está satisfecho con esta situación de vivienda? *(Are you satisfied with these living arrangements?)*

- 0  No *(No)*
- 1  Indiferente *(Indifferent)*
- 2  Sí *(Yes)*

Vive Ud. con alguien que: *(Do you live with anyone who:)*

- F7. ¿Tenga actualmente un problema con el alcohol? *(Has a current alcohol problem?)*
- 0  No *(No)*
  - 1  Sí *(Yes)*

- F8. ¿Use drogas que no son prescritas (recetadas)? *(Uses non-prescribed drugs?)*
- 0  No *(No)*
  - 1  Sí *(Yes)*

- F9. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? *(With whom do you spend most of your free time?)*
- 1  Familia *(Family)*
  - 2  Amigos *(Friends)*
  - 3  Solo *(Alone)*

- F10. ¿Está satisfecho de como emplea el tiempo libre? *(Are you satisfied with spending your free time this way?)*
- 0  No *(No)*
  - 1  Indiferente *(Indifferent)*
  - 2  Sí *(Yes)*

Comentarios  
*(Comments)*

[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
[ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ]						[ ][ ][ ][ ]	
Visit Date						Rater Number	

**RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES**

*(Family/Social Relationships)*

¿Ha tenido períodos significativos en los que ha experimentado problemas serios con: *(Have you had significant periods in which you have experienced serious problems getting along with:)*

	Ultimos 30 días <i>(Past 30 days)</i>	Durante su vida <i>(Lifetime)</i>
F18. Madre <i>(Mother)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F19. Padre <i>(Father)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F20. Hermanos / Hermanas <i>(Brothers/Sisters)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F21. Pareja sexual /Esposo (a) <i>(Sexual partner/spouse)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F22. Hijos <i>(Children)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F23. Otros familiares cercanos <i>(Other significant family)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F24. Amigos Intimos <i>(Close friends)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F25. Vecinos <i>(Neighbors)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F26. Compañeros de trabajo <i>(Co-workers)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>

¿Algunas de estas personas (18-26) abusaron de Ud?  
*(Did any of these people (18-26) abuse you?)*

	Ultimos 30 días <i>(Past 30 days)</i>	Durante su vida <i>(Lifetime)</i>
F28. Físicamente (causarle daño físico) <i>(Physically (cause you physical harm)?)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>
F29. Sexualmente (forzarle sexualmente o actos sexuales)? <i>(Sexually (force sexual advances or sexual acts)?)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>	0 <input type="radio"/> No <i>(No)</i> 1 <input type="radio"/> Sí <i>(Yes)</i>

Comentarios  
*(Comments)*



□□□□	□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□	□□	□□	□□
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
□□□□ / □□□□ / □□□□						□□□□□□	
Visit Date						Rater Number	

**RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES**

*(Family/Social Relationships)*

Para las preguntas 32-35, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente (For questions 32-35, please ask patient to use the Patient's Rating Scale)

F30. ¿Cuántos días de los últimos 30 días ha tenido conflictos graves con su familia? (How many days in the past 30 have you had serious conflicts with your family?) □□

F31. ¿Cuántos días de los últimos 30 días ha tenido conflictos graves con otras personas (excluyendo familia)? (How many days in the past 30 have you had serious conflicts with other people(excluding family)?) □□

F32. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado o sentido molesto por problemas familiares? (How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these family problems?)  
 0  1  2  3  4

F33. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado o sentido molesto por problemas sociales? (How troubled or bothered have you been in the past 30 days by social problems?)  
 0  1  2  3  4

F34. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo o asesoramiento sobre sus problemas familiares? (How important to you now is treatment or counseling for these family problems?)  
 0  1  2  3  4

F35. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo o asesoramiento sobre sus problemas sociales? (Incluya la necesidad del paciente para buscar tratamiento por sus problemas sociales como soledad, inhabilidad de socializar, insatisfacción con amigos. La evaluación del paciente debe referir a insatisfacción, conflictos, o otros problemas serios.) (How important to you now is treatment or counseling for these social problems?(Include patient's need to seek treatment for such social problems as loneliness, inability to socialize, and dissatisfaction with friends. Patient rating should refer to dissatisfaction, conflicts, or other serious problems.))  
 0  1  2  3  4

Comentarios  
(Comments)

**VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:**

*(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)*

F37. ¿Falsedad por parte del paciente? (Patient's misrepresentation?)

- 0 No (No)  
 1 Sí (Yes)

F38. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? (Patient's inability to understand?)

- 0 No (No)  
 1 Sí (Yes)

□□□□	□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□	□□□□	□□	□□
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
□□ / □□ / □□						□□□□□□	
Visit Date						Rater Number	

**ESTADO PSICOPATOLOGICO**

(Psychological Section)

¿Cuántas veces ha sido tratado por problemas psicológicos o emocionales? (How many times have you been treated for any psychological or emotional problems?)

P1. Como paciente hospitalizado (In a hospital) □□

P2. Como paciente ambulatorio o consulta particular (As an outpatient or private patient) □□

P3. ¿Recibe Ud. alguna pensión por incapacidad psiquiátrica? (Do you receive a pension for a psychiatric disability?) 0  No (No)  
1  Sí (Yes)

¿Ha tenido algún período importante (que no fuera resultado directo del uso de drogas o de alcohol) en el que haya: (Have you had a significant period, (that was not a direct result of drug/alcohol use), in which you have:

	Ultimos 30 días (Past 30 days)	Durante su vida (Lifetime)
P4. Experimentado una depresión importante? (Experienced serious depression?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
P5. Experimentado ansiedad o tensión? (Experienced serious anxiety or tension?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
P6. Experimentado alucinaciones? (Experienced hallucinations?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
P7. Experimentado problemas de comprensión, concentración o memoria? (Experienced trouble understanding, concentrating or remembering?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
P8. Experimentado problemas para controlar conductas violentas? (Experienced trouble controlling violent behavior?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
P9. Experimentado problemas serios o ideas en torno al suicidio? (Experienced serious thoughts of suicide?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
P10. Intento de suicidio? (Attempted suicide?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
P11. ¿Le ha sido prescrita (recetada) alguna medicación para algún problema psicológico o emocional? (Been prescribed medication for any psychological/emotional problems?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)

Comentarios  
(Comments)

79411



<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Protocol Number	<input type="text"/> <input type="text"/> Node Number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Site Number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Participant Number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Week	<input type="text"/> <input type="text"/> Day of Week	<input type="text"/> <input type="text"/> Phase	<input type="text"/> <input type="text"/> Visit Sequence
<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Visit Date						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rater Number	

**ESTADO PSICOPATOLOGICO**

*(Psychological Section)*

P12. ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado estos problemas psicológicos o emocionales? *(How many days in the past 30 have you experienced these psychological or emotional problems?)*

Para las preguntas 13 y 14, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente *(For questions 13 & 14, please ask patient to use the Patient's Rating Scale)*

P13. En los últimos 30 días, ¿cuánto le han preocupado o molestado estos problemas psicológicos o emocionales? *(How much have you been troubled or bothered by these psychological or emotional problems in the past 30 days?)*

- 0    1    2    3    4

P14. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir tratamiento por estos problemas psicológicos o emocionales? *(How important to you now is treatment for these psychological or emotional problems?)*

- 0    1    2    3    4

**VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:**

*(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)*

P22. ¿Falsedad por parte del paciente?

*(Patient's misrepresentation?)*

0  No (No)

1  Sí (Yes)

P23. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?

*(Patient's inability to understand?)*

0  No (No)

1  Sí (Yes)

Comentarios  
*(Comments)*

## 9.11. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

*Instrucciones:* Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plánteele de la forma que está entre paréntesis).

	<i>Nunca o nunca (0)</i>	<i>Ocasionalmente (1)</i>	<i>A menudo (3)</i>	<i>Siempre o casi siempre (4)</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos periodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Terminó lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo periodo de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ESCALA DE DIFICULTAD EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL.

Favor de indicar que tan frecuente se aplican los siguientes enunciados a usted, marcando el número apropiado para cada línea.

1-----2-----3-----4-----5-----					
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La Mitad del tiempo (36-65%)	La mayor parte del tiempo (66-90%)	Casi siempre (91-100%)	
FACTORES	1	2	3	4	5
1. Tengo claros mis sentimientos					
2. Pongo atención a como me siento.					
3. Experimento mis emociones como agobiantes y fuera de control.					
4. No tengo idea de como me siento					
5. Tengo dificultad para darle sentido a mis sentimientos.					
6. Estoy atento a mis sentimientos.					
7. Sé exactamente cómo me siento.					
8. Me preocupa como me siento.					
9. Estoy confundido acerca de como me siento.					
10. Cuando estoy enojado reconozco mis emociones					
11. Cuando estoy enojado, me enojo conmigo mismo por sentirme así.					
12. Cuando estoy enojado, me siento avergonzado por sentirme así.					
13. Cuando estoy enojado, tengo dificultades para terminar un trabajo.					
14. Cuando estoy enojado, pierdo el control					
15. Cuando estoy enojado, creo que permaneceré así por mucho tiempo.					
16. Cuando estoy enojado, creo que terminaré sintiéndome muy deprimido					
17. Cuando estoy enojado creo que mis sentimientos son válidos e importantes					
18. Cuando estoy enojado, me cuesta trabajo en concentrarme en otras cosas.					
19. Cuando estoy enojado me siento fuera de control.					
20. Cuando estoy enojado, puedo seguir haciendo cosas.					
21. Cuando estoy enojado me siento avergonzado conmigo por sentirme así.					
22. Cuando estoy enojado, sé que puedo encontrar la manera de sentirme mejor.					
23. Cuando estoy enojado me siento como si estuviera débil.					
24. Cuando estoy enojado, siento que puedo controlar mi conducta.					
25. Cuando estoy enojado, me siento culpable por sentirme así.					
26. Cuando estoy enojado tengo dificultad para concentrarme.					
27. Cuando estoy enojado tengo dificultad para controlar mis conductas.					
28. Cuando estoy enojado, creo que no hay nada yo pueda hacer para sentirme mejor					
29. Cuando estoy enojado, me irrito conmigo por sentirme de esta manera					
30. Cuando estoy enojado, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo.					
31. Cuando estoy enojado creo que sumergirme en ello es lo único que puedo hacer.					
32. Cuando estoy enojado pierdo el control de mis conductas.					
33. Cuando estoy enojado tengo dificultad para pensar en algo más.					
34. Cuando estoy enojado me lleva tiempo darme cuenta de lo que siento realmente.					
35. Cuando estoy enojado, me toma mucho tiempo sentirme mejor.					
36. Cuando estoy enojado siento que mis emociones son agobiantes.					

## CCQ-NOW

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Instrucciones.* Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases poniendo una simple marca (como ésta: X) a lo largo de cada una de las líneas entre «Muy en desacuerdo» y «Muy de acuerdo». Cuanto más cerca ponga la marca de uno de los dos lados, más indicará el grado en el que usted está en desacuerdo o de acuerdo. Conteste a cada una de las frases. Estamos interesados en saber cómo está usted pensando o sintiendo en general sobre la cocaína en este momento.

### En este momento

1. Mi pensamiento sería más claro si estuviese tomando cocaína.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

2. En estos momentos no estoy haciendo planes para tomar cocaína.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

3. Mi deseo de consumir cocaína me parece irresistible.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

4. Estoy pensando en la manera de conseguir cocaína.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

5. Ahora no quiero tomar cocaína.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

6. Si alguien me ofreciese cocaína, la tomaría inmediatamente.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

7. Tomar cocaína me haría sentir menos deprimido.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

8. Si consumiese cocaína, podría controlar fácilmente la dosis.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

9. Tengo grandes deseos de tomar cocaína.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

10. Tomar cocaína ahora haría que me sintiera con mucho poder

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

11. Si tuviese cocaína ahora delante de mí, me sería muy difícil no tomarla.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

12. Tomar cocaína ahora no me serviría para calmarme.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo

13. Si tomase cocaína ahora me sentiría muy despierto.

Muy en desacuerdo           Muy de acuerdo



14. Si tuviese la oportunidad de tomar cocaína no creo que la consumiese.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
15. Ahora no disfrutaría tomando cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
16. Haría cualquier cosa para tomar cocaína en este momento.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
17. Si ahora tomara cocaína controlaría mejor la situación.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
18. Aunque fuese posible, probablemente no tomaría cocaína ahora.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
19. Ahora no me daría placer tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
20. Ahora creo que podría aguantarme sin tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
21. Siento el impulso de tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
22. Si tuviera cocaína no sería capaz de controlar la dosis.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
23. Desde ahora mismo podría estar sin consumir cocaína durante mucho tiempo.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
24. Si ahora pudiese tomar cocaína me sentiría menos irritable.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
25. Si consumiera cocaína me sentiría con mucha energía.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
26. Lo único que deseo consumir es cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
27. Consumir cocaína no haría aumentar mi concentración.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
28. Ahora no necesito tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
29. Me sería difícil parar el consumo de cocaína en este momento.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
30. Si consumiese cocaína ahora mismo no disminuiría mi inquietud.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
31. Tomaré cocaína tan pronto como se me presente la oportunidad.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/> ----- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo

32. Consumir cocaína ahora haría que todo pareciera perfecto.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
33. Deseo tanto consumir cocaína que casi puedo sentir su sabor.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
34. Ahora nada sería mejor que tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
35. Mi rabia no disminuiría si consumiese cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
36. Sería fácil dejar pasar la oportunidad de tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
37. Voy a tomar cocaína lo antes posible.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
38. Ahora no tengo ningún deseo de tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
39. Si tuviese cocaína no podría resistirme.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
40. Tomar cocaína en este momento me haría sentir menos cansado.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
41. Consumir cocaína ahora no sería muy agradable.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
42. Si tomase algo de cocaína, no disminuiría mi ansiedad.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
43. Si tomase cocaína ahora no sería capaz de parar.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
44. No echo de menos la cocaína.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo
45. Si tuviese algo de cocaína probablemente no la tomaría.	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo

## XV. Referencias

1. Szerman N, Martinez-Raga J. Editorial. *Advances in Dual Diagnosis*. 2015;8(2).
2. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566-76.
3. RachBeisel J, Scott J, Dixon L. Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: A Review of Recent Research. *Psychiatric Services*. 1999;50(11):1427-34.
4. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emerg Med*. 2008;8:17.
5. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):122-9.
6. Szerman N, Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2013;12(1):1-10.
7. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5<sup>a</sup> ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4<sup>th</sup> ed., text revision ed.* Association. AP, editor. Washington, DC2000
9. Withers NW, Pulvirenti L, Koob GF, Gillin JC. Cocaine abuse and dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 1995;15(1):63-78.
10. Pascual P. Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. In: Francisco Pasacual MTyAC, editor. *Monografía cocaína*. 13. Valencia2001. p. 7-22.
11. *World drug report 2009*. United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.
12. Degenhardt L, Baxter AJ, Lee YY, Hall W, Sara GE, Johns N, et al. The global epidemiology and burden of psychostimulant dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Drug Alcohol Depend*. 2014;137:36-47.
13. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, C F-B. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México, DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud; 2012.
14. Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N. *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2012*. México, D.F: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2012.
15. Jonkman S, Kenny PJ. Molecular, cellular, and structural mechanisms of cocaine addiction: a key role for microRNAs. *Neuropsychopharmacology*. 2013;38(1):198-211.
16. Cartwright WS. Cocaine medications, cocaine consumption and societal costs. *PharmacoEconomics*. 2000;18(4):405-13.

17. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 1994;2(3):244-68.
18. Ridenour TA, Lanza ST, Donny EC, Clark DB. Different lengths of times for progressions in adolescent substance involvement. *Addictive behaviors*. 2006;31(6):962-83.
19. White FJ, Kalivas PW. Neuroadaptations involved in amphetamine and cocaine addiction. *Drug Alcohol Depend*. 1998;51(1-2):141-53.
20. Wise RA. Roles for nigrostriatal--not just mesocorticolimbic--dopamine in reward and addiction. *Trends Neurosci*. 2009;32(10):517-24.
21. Ikemoto S. Brain reward circuitry beyond the mesolimbic dopamine system: a neurobiological theory. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010;35(2):129-50.
22. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):217-38.
23. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):936-50.
24. Bachrach NaCMAaBMHJ. Factor structure of self-reported clinical disorders and personality disorders: a review of the existing literature and a factor analytical study. *Journal of clinical psychology*. 2012;68(6):645--60.
25. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004;364(9432):453-61.
26. Krause-Utz A, Winter D, Niedtfeld I, Schmahl C. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(3):438.
27. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):590-6.
28. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*. 2007;62(6):553--64.
29. 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;69(4):533-45.
30. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1911-8.
31. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(10):1015-21.
32. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J et al. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2011;377(9759):74--84.
33. Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1049-64.
34. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*. 2004;18(3):226-39.



35. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):20-6.
36. Sansone RA, Songer DA, Miller KA . Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive psychiatry*. 2005;46(2):117--20.
37. Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General hospital psychiatry*. 2011;33(4):343--6.
38. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(8):510-8.
39. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):951-63.
40. New AS, Goodman M, Triebwasser J et al. Recent advances in the biological study of personality disorders. *The Psychiatric clinics of North America*. 2008;31(3):441--61, vii.
41. Torgersen S, Lygren S, Oien P et al. A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*. 2000;41(6):416--25.
42. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord*. 2010;124(1-2):134-40.
43. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 2008;103(2):284-93.
44. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C et al. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos: Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(3):121-8.
45. Kruegelbach N, McCormick RA, Schulz SC, Grueneich R. Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1993;7(3):214-22.
46. Gratz KL, Tull MT, Baruch DE, Bornovalova MA, Lejuez CW. Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(6):603-15.
47. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011;37(1):37-42.
48. Tull MT, Gratz KL, Weiss NH. Exploring associations between borderline personality disorder, crack/cocaine dependence, gender, and risky sexual behavior among substance-dependent inpatients. *Personal Disord*. 2011;2(3):209-19.
49. Bardeen JR, Dixon-Gordon KL, Tull MT, Lyons JA, Gratz KL. An investigation of the relationship between borderline personality disorder and cocaine-related attentional bias following trauma cue exposure: the moderating role of gender. *Compr Psychiatry*. 2014;55(1):113-22.

50. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.
51. Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:135-68.
52. Winhusen T, Lewis D, Adinoff B, Brigham G, Kropp F, Donovan DM, et al. Impulsivity is associated with treatment non-completion in cocaine- and methamphetamine-dependent patients but differs in nature as a function of stimulant-dependence diagnosis. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(5):541-7.
53. Dias NR, Lane SD, Rathnayaka N, Schmitz JM, Green CE. Demographic and psychological factors associated with lifetime cocaine use: An exploratory factor analysis of baseline questionnaires. *Addict Disord Their Treat*. 2015;14(2):70-7.
54. Cunningham KA, Anastasio NC. Serotonin at the nexus of impulsivity and cue reactivity in cocaine addiction. *Neuropharmacology*. 2014;76 Pt B:460-78.
55. Potvin S, Stavro K, Rizkallah E, Pelletier J. Cocaine and cognition: a systematic quantitative review. *J Addict Med*. 2014;8(5):368-76.
56. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1999;13(1):1-9.
57. Barker V, Romaniuk L, Cardinal RN, Pope M, Nicol K, Hall J. Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychol Med*. 2015;45(9):1955-64.
58. Mak AD, Lam LC. Neurocognitive profiles of people with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(1):90-6.
59. Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF, Hoermann S, Stanley B. Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(3):346-75.
60. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol*. 1998;2(3):271-99.
61. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;89(2-3):298-301.
62. Glenn CRaKED. Emotion Dysregulation as a Core Feature of Borderline Personality Disorder. 2009;23(1):20-8.
63. Gratz K, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54.
64. Fox HC, Bergquist KL, Casey J, Hong KA, Sinha R. Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: relationship to stress and impulse control. *Am J Addict*. 2011;20(2):151-60.
65. Friston KJ. Functional and effective connectivity in neuroimaging: A synthesis. *Human Brain Mapping*. 1994;2(1-2):56-78.
66. Buckner RL, Andrews-Hanna JR, Schacter DL. The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1124:1-38.

67. Ding X, Lee SW. Cocaine addiction related reproducible brain regions of abnormal default-mode network functional connectivity: a group ICA study with different model orders. *Neurosci Lett*. 2013;548:110-4.
68. Liang X, He Y, Salmeron BJ, Gu H, Stein EA, Yang Y. Interactions between the salience and default-mode networks are disrupted in cocaine addiction. *J Neurosci*. 2015;35(21):8081-90.
69. Wolf RC, Sambataro F, Vasic N, Schmid M, Thomann PA, Bientreue SD, et al. Aberrant connectivity of resting-state networks in borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2011;36(6):402-11.
70. O'Neill A, D'Souza A, Samson AC, Carballedo A, Kerskens C, Frodl T. Dysregulation between emotion and theory of mind networks in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2015;231(1):25-32.
71. Visintin E, De Panfilis C, Amore M, Balestrieri M, Wolf RC, Sambataro F. Mapping the brain correlates of borderline personality disorder: A functional neuroimaging meta-analysis of resting state studies. *J Affect Disord*. 2016;204:262-9.
72. Tajima-Pozo K, Yus M, Ruiz-Manrique G, Lewczuk A, Arrazola J, Montanes-Rada F. Amygdala Abnormalities in Adults With ADHD. *J Atten Disord*. 2016.
73. Gu H, Salmeron BJ, Ross TJ, Geng X, Zhan W, Stein EA, et al. Mesocorticolimbic circuits are impaired in chronic cocaine users as demonstrated by resting-state functional connectivity. *Neuroimage*. 2010;53(2):593-601.
74. Krause-Utz A, Veer IM, Rombouts SA, Bohus M, Schmahl C, Elzinga BM. Amygdala and anterior cingulate resting-state functional connectivity in borderline personality disorder patients with a history of interpersonal trauma. *Psychol Med*. 2014;44(13):2889-901.
75. Minzenberg MJ, Fan J, New AS, Tang CY, Siever LJ. Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study. *Psychiatry Res*. 2007;155(3):231-43.
76. AFMC Primer on Population Health, The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators Network editor. <http://phprimer.afmc.ca/Part2-MethodsStudyingHealth/Chapter5AssessingEvidenceAndInformation/Researchdesigns>: Creative Commons BY-NC-SA. 2011. [cited 2015].
77. Ilieva IP, Hook CJ, Farah MJ. Prescription Stimulants' Effects on Healthy Inhibitory Control, Working Memory, and Episodic Memory: A Meta-analysis. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2015;27(6):1069-89.
78. Friston KJ, Frith CD, Liddle PF, Frackowiak RS. Functional connectivity: the principal-component analysis of large (PET) data sets. *J Cereb Blood Flow Metab*. 1993;13(1):5-14.
79. Niveles Socioeconómicos AMAI 2016 [Available from: <http://nse.amai.org/nseamai/>].
80. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Barros-Bermúdez JA. Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV\*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008;37:378-84.
81. Amador-Simán JRH. Confiabilidad entre la forma autoaplicable y la forma aplicada por el clínico de la entrevista clínica estructurada para diagnóstico de trastornos de la personalidad en pacientes deprimidos con trastornos de ansiedad. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2001.
82. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Álvarez E, et al. - Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) Y1 - 2004. - *Actas Españolas de Psiquiatría*. - 293.

83. González-Cantú H. Estudio de traducción y validez de la Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 1995
84. Pérez V, Barrachina J, Soler J, Pascual J, Campins MJ, Puigdemont D et al. Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2007;34(4):229-35.
85. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
86. Cacciola JS, Alterman AI, Habing B, McLellan AT. Recent Status Scores for Version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*. 2011;106(9):1588-602.
87. Paliwal P, Hyman SM, Sinha R. Craving Predicts Time to Cocaine Relapse: Further Validation of the Now and Brief Versions of the Cocaine Craving Questionnaire. *Drug Alcohol Depend*. 2008;93(3):252-9.
88. Marín Tejeda M, Robles García R, González-Forteza C, Andrade Palos P. Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*. 2012;35:521-6.
89. Giromini L, Velotti P, de Campora G, Bonalume L, Cesare Zavattini G. Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: reliability and validity of an Italian version. *J Clin Psychol*. 2012;68(9):989-1007.
90. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2a ed: Academic Press Inc.; 1977.
91. Kamphausen S, Schroder P, Maier S, Bader K, Feige B, Kaller CP, et al. Medial prefrontal dysfunction and prolonged amygdala response during instructed fear processing in borderline personality disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14(4):307-18, s1-4.
92. Mchugh M, Demers C, Salmeron BJ, Devous M, Stein E, Adinoff B. Cortico-Amygdala Coupling as a Marker of Early Relapse Risk in Cocaine-Addicted Individuals. *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5(16).
93. Stein MB, Simmons AN, Feinstein JS, Paulus MP. Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):318-27.
94. Ray S, Gohel S, Biswal BB. Altered Functional Connectivity Strength in Abstinent Chronic Cocaine Smokers Compared to Healthy Controls. *Brain Connect*. 2015;5(8):476-86.