



**Universidad Nacional Autónoma de México**



**Facultad de Medicina**

**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

**Presenta la tesis para obtener el diploma de especialista en  
psiquiatría:**

**“Características del Trastorno de inestabilidad emocional de la  
personalidad tipo límite de acuerdo a la escala DIB-R en el  
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”**

**Dr. Miguel Ángel García Estrada**

**Dr. Horacio Reza-Garduño  
Treviño  
Asesor teórico**

**Dr. Pablo Vera Flores  
Asesor metodológico**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos:**

En primer lugar, a mis padres y a mi hermano, cuyo incansable apoyo, enseñanzas eternas y amor incondicional, fueron la base sobre la que juntos edificamos este sueño.

Al resto de mi familia, por permitirme tomar un lugar en nuestro árbol genealógico y ser motivo de mi orgullo y admiración siempre.

A mi pareja, porque en sus ojos puedo ver que el amor existe y que un mundo más sano, tolerante e inclusivo es posible.

A Isabel, mi terapeuta, por el hermoso acompañamiento que ha hecho conmigo y el que nos falta.

A Araceli, Ramón, Mariana, Christian, Xochitl y Janinne, por lo que hemos caminado juntos éstos 4 años y por enseñarme que las familias también se eligen.

A mi país y su hermosa sociedad en la que tuve la fortuna de crecer. Por darme una identidad como mexicano, por permitirme aprender todos los días de su psicopatología pero también, por maravillarme a diario con la fuerza sanadora de su cariño.

A mis maestros, a todos ellos, por su paciencia infinita.

A mis Dioses: Yahveh, Esculapio y Tlazoltéotl, a quienes agradezco su existencia y a quienes imploraré siempre su bendición para poder servir adecuadamente a quien lo necesite.

A todos los arquitectos, escultores, pintores, dibujantes, músicos, poetas, escritores, actores, bailarines, coreógrafos, mimos, cómicos, cinematógrafos, fotógrafos, caricaturistas, cocineros y demás artistas que salvan a nuestro mundo de la locura con la belleza de su trabajo.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a todo su personal, y finalmente, a todos los enfermos mentales que depositaron su confianza en mí y me permitieron aprender tanto.

*“Militia Est Vita”*

*“Indivisa Manent”*

*“Gracias al arte por salvarnos de la locura”*

*“Por mi raza hablará el espíritu”*

*“La música es, por mucho, el tratamiento más efectivo y la única medicina  
verdadera”*

*“Hombre soy y nada humano es ajeno a mí”*

# ÍNDICE

<b>CARATULA</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>ii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>iv</b>
<b>LISTA DE CUADROS</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>29</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>31</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>33</b>
<b>Pregunta de investigación</b>	<b>33</b>
<b>Objetivo</b>	
General	33
Específicos	33
<b>Hipótesis metodológica</b>	<b>34</b>
<b>Variables</b>	<b>35</b>
<b>Muestra</b>	<b>40</b>
<b>Criterios de selección</b>	
Inclusión	41
Exclusión	41
<b>Tipo y diseño del estudio</b>	<b>41</b>
<b>Instrumentos de evaluación</b>	<b>42</b>

<b>Procedimiento</b>	<b>43</b>
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>45</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>48</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>48</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>59</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
<b>ALCANCES Y LIMITACIONES</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>70</b>

## **Lista de tablas gráficas o anexos**

1. Gráfica 1. Gráfica de pastel que muestra la proporción de la muestra de acuerdo a su género y de acuerdo a su media de edad.
2. Gráfica 2. Gráfica de barras que muestra la media del puntaje total de la escala en toda la muestra y por género.
3. Gráfica 3. Gráfica de pastel que muestra la proporción entre los diagnósticos compatibles y los diagnósticos no compatibles.
4. Gráfica 4. Gráfica de barras que muestra los porcentajes promedio obtenidos en cada una de las subescalas de la escala DIB-R.
5. Gráfica 5. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de toda la escala DIB-R.
6. Gráfica 6. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala depresiva.
7. Gráfica 7. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala cognitiva.
8. Gráfica 8. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala de impulsividad.
9. Gráfica 9. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala de relaciones interpersonales inestables.
10. Anexo 1. Carta de consentimiento informado
11. Anexo 2. Escala DIB-R

## **Resumen:**

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico adecuado de los trastornos de personalidad es básico para la correcta canalización e inicio de un tratamiento farmacológico adecuado a estos pacientes, mismo que se hace de acuerdo a los diferentes signos y síntomas clínicos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Con el fin de identificar las características predominantes de los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se aplicó un cuestionario validado orientado a la detección de síntomas característicos (escala DIB-R) a 30 pacientes de la institución con mencionado diagnóstico, de los cuales 25 fueron mujeres y 5 hombres. Posteriormente se tabularon los datos y se realizó un análisis estadístico de los mismos mediante estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** En toda la muestra de pacientes predominaron los síntomas afectivos, siendo más frecuentes los síntomas depresivos en las mujeres y los síntomas de ansiedad en los hombres, mismos que presentan mayor tendencia a la impulsividad que las mujeres.

**CONCLUSIONES:** Es posible afirmar que el diagnóstico se realiza de manera adecuada en la institución, con un porcentaje de error de sólo el 13.3% del diagnóstico. Lo anterior permite orientar mejor las estrategias de diagnóstico y tratamiento, así como generar nuevas investigaciones para ampliar los conocimientos sobre éste trastorno de personalidad.

**Palabras Clave:** Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite, Escala DIB-R, Estabilidad diagnóstica.

## **Introducción:**

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez existe un gran número de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad, el cual constituye uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población general.

Debido a la naturaleza de dicho diagnóstico, el espectro clínico de presentación es muy amplio y los pacientes presentan características muy distintas entre sí, ya que dependiendo del momento de valoración y la situación vital del paciente, éste manifestará sintomatología distinta en mayor o menor medida.

Realizar un diagnóstico de algún trastorno de personalidad es todo un reto para el psiquiatra contemporáneo, que en muchas ocasiones implica años de tratamiento con el fin de establecer una relación terapéutica que permita al clínico conocer la estructura de personalidad del paciente, sus mecanismos de defensa y sus relaciones objetales predominantes.

Uno de los principales auxiliares diagnósticos lo constituyen las pruebas de personalidad y los cuestionarios validados orientados a la detección de síntomas, ya que éstos permiten identificar, en un periodo breve de tiempo y de manera objetiva, la sintomatología principal que caracteriza un trastorno de personalidad.

El poder realizar una anamnesis adecuada con un interrogatorio dirigido que abarque la mayor parte de los síntomas significativos del trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite permite mejorar la impresión clínica que se tiene sobre el paciente, y con esto, orientar adecuadamente los recursos hospitalarios y las estrategias clínicas para la mejora de sus síntomas y con ello incrementar su calidad de vida.

Para lo anterior, es necesario realizar estudios que mediante el uso de instrumentos diagnósticos, nos permitan identificar información relevante sobre este tipo de pacientes.

## **Marco teórico:**

Los trastornos de personalidad se caracterizan por un patrón de conducta inflexible y permanente que hace que la persona no sea capaz de adaptarse y por ende, le lleva a funcionar de manera incorrecta (1). Dichos patrones de conducta son, por sí mismos, incapacitantes y, dependiendo de la severidad o en dado caso presentado una comorbilidad, pudieran llegar a necesitar manejo psiquiátrico intrahospitalario. En estos trastornos interfiere el carácter constitutivo de una persona, su forma de actuar y las repercusiones que tiene éste sobre diversos aspectos de su vida. Los trastornos de personalidad se observan durante la edad adulta, pudiendo tener su inicio en la infancia, lo que deriva en un patrón de conducta que se considera inflexible, duradero y desadaptativo (2).

Se estima que entre el 10 y el 13% de la población general tiene algún trastorno de personalidad y del 1 a 2% presentan un TLP; en población clínica psiquiátrica se ha encontrado entre un 11 al 20% y en un 20% de pacientes hospitalizados (3,4). Con relación en distribución por sexos es más frecuente entre las mujeres, en una relación de 3:1 con respecto a los varones (5).

Los antecedentes del TLP datan desde el año 1884 cuando el psiquiatra C. H. Hughes refirió enfermedades psicológicas con un “campo fronterizo”, en las que describió diferentes cuadros sintomáticos que para la época no podían ser catalogados dentro de la patología neurótica ni dentro de la patología psicótica, situación por la que en el futuro Adolf Stern empleó el término “borderline” (17).

Posteriormente, en la obra de Otto Kernberg sobre relaciones objetales, se describe a la personalidad limítrofe como algo estable y diferenciable de la neurosis como de

la psicosis (18). Sin embargo, no es hasta 1980 que aparece el diagnóstico de trastorno límite de personalidad por primera vez en el DSM-III, gracias al trabajo de Gunderson y Singer, con 4 criterios diagnósticos operativos (19).

Los diferentes trastornos de personalidad son la segunda causa de atención en urgencias psiquiátricas y aproximadamente el 10% de la atención brindada en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de acuerdo a estadísticas más recientes (4). De los pacientes internados en hospitalización continua y en los distintos servicios especiales, aproximadamente un 20% corresponde a Trastornos de Personalidad y un 61% de estos, es de pacientes diagnosticados con TLP (4). Además este diagnóstico parece ir en aumento en ciertas poblaciones, afectando un estimado de 18% de los pacientes con dolor crónico y un 26% de los pacientes deprimidos en primer nivel (7).

En el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad o trastorno límite de la personalidad (TLP) existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima porque la cognición se encuentra afectada y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas, ser rechazados, ser abandonados o al ser frustrados en sus actos impulsivos (1).

Los pacientes con trastorno límite de personalidad se sitúan en la frontera entre la neurosis y la psicosis y se caracterizan por una extraordinaria inestabilidad afectiva, conductual, de relaciones objetales y de autoimagen. Según La CIE-10 su diagnóstico puede realizarse al comienzo de la edad adulta, cuando el paciente presenta al menos cinco criterios de los siguientes (6):

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteraciones de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que representan daño potencial para el individuo.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas de disociación graves.

Se tiene el consenso de que los fundamentos etiológicos del TLP tienen su establecimiento en la infancia temprana del paciente, en específico en las formas de relaciones experimentadas por éste. Dentro de los factores ambientales se encuentra la dinámica familiar, dentro de la que destacan las familias caótico-inestables, caracterizadas por constantes crisis matrimoniales, disputas familiares, escenarios impulsivos, dependencias y utilización de los hijos como “chivos expiatorios”, así como las familias negligentes practicantes del abuso emocional, en las cuales destacan la frialdad con los niños, las desmoralización o invalidación y fases largas de depresión por parte de los padres (2).

Sin embargo, se encuentran otros factores ambientales implicados como vivencias traumáticas en la infancia, ya que aproximadamente el 71% de los pacientes con TLP sufren abusos sexuales, normalmente de personas que están a su cargo, aunque el abuso directo sólo se refiere en la mitad de los casos (1). De igual modo se encuentra comunicación emocional y regulación emocional inadecuada en la primera infancia, actitudes extremas en la atención y guía educativa, invalidación, adopción de desestructuración familiar así como deficiente o inexistente red de apoyo fuera de la familia.

Existen factores socioculturales que influyen al establecimiento del diagnóstico de TLP entre los que destacan una sociedad competitiva de rápida modernización con un ritmo cambiante que no respeta la continuidad generacional y favorece la inmediatez e impulsividad sin garantizar vínculos seguros y estables, sociedades que no proporcionan a sus miembros normas claras y estables, así como ambientes urbanos. Lo anterior no puede explicar por sí solo el desarrollo de un TLP; sin embargo, puede aumentar el riesgo de que aparezca.

El cuadro clínico se caracteriza por ser personas que parecen hallarse en estado de crisis permanentemente, en el cual son frecuentes los cambios de humor, siendo capaces de discutir en un momento determinado, mostrarse deprimidos y después quejarse por su falta de sentimientos. Pueden sufrir episodios psicóticos de corta duración, conocidos como episodios micropsicóticos, los cuales son casi siempre circunscritos a un tema en específico, efímeros o dudosos (2).

Dado que la percepción de sí mismos es como personas dependientes y hostiles, estos pacientes mantienen relaciones conflictivas con los demás, pueden mostrarse dependientes de las personas que están cerca de ellos y expresar una enorme ira

hacia sus amigos íntimos cuando se sienten decepcionados por ellos. Los pacientes con trastorno límite de personalidad no toleran la soledad y prefieren la búsqueda frenética de compañía, aunque ésta sea insatisfactoria, a tener que soportarse a sí mismos. Para aliviar la soledad, aunque sólo sea por un breve periodo de tiempo, pueden aceptar a un extraño por amigo o comportarse de manera promiscua. Se quejan de sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento y carecen de un sentido constante de la identidad (difusión de identidad); cuando están bajo presión se quejan de cuan deprimidos se sienten a pesar de la naturaleza tormentosa de otros afectos (2).

Es posible diferenciarlo de la esquizofrenia ya que el paciente límite no presenta episodios psicóticos prolongados, trastornos del pensamiento u otros signos clásicos de esquizofrenia, además de que estos últimos muestran peculiaridades muy marcadas en el pensamiento. Su evolución es relativamente estable, sin mostrar una progresión a la esquizofrenia, aunque presentan una elevada incidencia de episodios depresivos mayores (2).

Tienen una conducta imprevisible y rara vez los logros están a la altura de sus capacidades. La naturaleza dolorosa de sus vidas queda reflejada en las repetidas conductas autodestructivas. Pueden cortarse las venas y llevar a cabo otros actos de automutilación para llamar la atención de los demás, para expresar ira o para liberarse de los afectos que les desbordan (8).

Dado que uno de los principales rasgos que caracterizan al TLP es la impulsividad, son pacientes que llegan a poner en riesgo su integridad y la de terceros, considerando que es frecuente que tengan conductas autolesivas o intentos suicidas, mismos que aumentan en frecuencia cuando coexiste una depresión, lo

que de igual manera dirige a que el manejo de estos pacientes debe ser en una unidad hospitalaria, donde se pueda reducir el riesgo y se establezca el manejo inmediato de la sintomatología que este provocando dichas conductas.

Para realizar el diagnóstico del TLP y de los demás trastornos de personalidad, basta con identificar los criterios generales de trastorno de personalidad enunciados por el DMS-V o CIE-10, además de sus criterios específicos; sin embargo, para la correcta identificación de un trastorno de personalidad, es necesario identificar un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que genere malestar o perjuicio para el sujeto y que es constante a lo largo del tiempo, además de que deben identificarse los principales rasgos patológicos en el temperamento y el carácter del paciente, así como aquellos ubicados en sus funciones yoicas (2). Realizar todo lo anterior constituye un reto para el clínico, mismo que debe entrevistar al paciente en numerosas ocasiones.

La personalidad, en el entendido de la misma como el conjunto de herramientas internas que nos permiten relacionarnos con el mundo, surge gracias al desarrollo de funciones ejecutivas básicas cuyo objetivo constituye conocer el mundo, conocernos a nosotros mismos y establecer los límites entre ellos, con lo que podemos formar un constructo que se almacena en nuestra memoria, y que posteriormente podemos representar para identificar los distintos elementos del mundo exterior (21).

Esta representación permite crear y adquirir símbolos, que son los atributos más permanentes de los objetos, lo cual se puede llevar a cabo por medio del registro sensorial propio, o la adaptación de la experiencia perceptual propia a la de otra persona, para lo cual se requiere de la ayuda de las figuras significantes. La

creación de símbolos permite modificar la representación de características internas o la regulación propia, lo cual se conoce como proceso de internalización (19), mismo que se puede llevar a cabo mediante la incorporación de introyección e identificación. La incorporación consiste en la adquisición de un símbolo que representa un elemento del mundo exterior, sin modificar los propios procesos de autorregulación. La introyección es nuevamente la adquisición de un símbolo que influye sobre una descarga pulsional sin llegar a modificar nuestra regulación, y que permanece como un cuerpo extraño dentro de la estructura de personalidad. La identificación, es la adquisición de un símbolo que además permite el cambio de energías instintuales libres a energías yóicas ligadas a la representación de dicho objeto (19).

Es por medio de estos procesos de internalización que podemos crear un mundo interior y un mundo interno, entendiendo por mundo interior todas las representaciones simbólicas del mundo externo, y por mundo interno el aparato intrapsíquico de funcionamiento. La interacción de nuestro mundo interno con nuestro mundo interior dictará la interacción con el mundo exterior, por tanto también modificamos el mundo conforme lo asimilamos (19).

El aparato intrapsíquico de funcionamiento, está determinado por lo que se conoce como estructura de personalidad, y que está compuesto por todas las estrategias de regulación psicológica que ejercen las tres instancias básicas de la personalidad para asimilar la realidad. Es necesario mencionar que estas estrategias de regulación psicológica tienen las siguientes características: tienen baja tasa de cambio, permiten la sucesión de procesos mentales ya sea de tipo interestructural (las relativas a los conflictos internos) o de tipo intraestructural (como función

sintética), están jerárquicamente ordenadas y se crean a partir de “conflictos” entre las necesidades instintivas y la realidad frustradora (21).

Dicho lo anterior, ahora es necesario mencionar las 3 instancias básicas de la personalidad, las cuales son el Ello o Id, el Superyó o el Superego y el Yo o Ego. El ello se genera a partir de la percepción interna de la catexia o energía mental derivada del instinto y su función es depositarla sobre los objetos del mundo interior. El superyó se genera de la percepción, codificación y almacenamiento de comportamientos que se aprenden mediante el contacto con las figuras significantes durante la infancia y adultos significantes el resto de la vida y su función consiste en establecer un ideal de comportamiento. Es mediante el proceso de identificación, que surge la instancia más importante, el yo y a partir del cambio de energías libidinales es que se da, como consecuencia del choque entre un impulso y una realidad frustrante, surge esta instancia con el fin de regular la ansiedad y permitir la integración a la realidad (21).

Lo anterior no es tarea fácil, ya que esta instancia requiere asimilar los límites propios, de los objetos en el mundo y dominar las estrategias de regulación con el fin de experimentar armónicamente la realidad. Para esto, el yo cuenta con múltiples funciones las cuales se pueden agrupar, de acuerdo a Bellak, en 3 grupos: las funciones orientadas a establecer y garantizar el contacto con la realidad externa, las que modulan y permiten la descarga de los impulsos pertenecientes al ello, y finalmente, las que garantizan el mantenimiento de la estructura intrapsíquica (21). El primer grupo de funciones está orientada a distinguir adecuadamente todos los aspectos de la realidad interna y externa, así como la capacidad de emplearlos a

nuestro favor para relacionarnos nutritivamente con los elementos externos. Dentro de este grupo contamos con las siguientes funciones:

- Prueba de realidad: Permite distinguir estímulos externos de estímulos internos (20). Puede verse alterada por inmadurez, interferencia o regresión (21). De igual modo, permite distinguir el grado de exactitud en la percepción de los acontecimientos externos, incluyendo orientación temporoespacial, así como de la percepción de acontecimientos internos, esto mediante la mentalidad psicológica, la introspección y la reflexión (20).
- Sentido de realidad del self y del mundo: Permite identificar el grado en el cual los acontecimientos externos, así como el funcionamiento del cuerpo y la conducta propia, son experimentados como reales y se viven con cierto grado de familiaridad y comodidad. Así mismo, permite el desarrollo de la individualidad, es decir, el sentido de ser único, con una imagen corporal estable y autoestima adecuada (20). Todo ello permite establecer continuidad del self en identidad y coherencia, tolerar presiones externas, así como también, permite establecer adecuadamente los límites entre sí mismo y el mundo externo, con el fin de diferenciar los conflictos que afecten la dimensión interno-externo, o la dimensión self-objeto, los cuales son el conflicto de desrealización y de despersonalización respectivamente, y que a su vez se pueden observar en estructuras psicóticas y en estructuras fronterizas o narcisistas (21).
- Juicio de realidad: Permite la anticipación de las consecuencias de un hecho, así como la anticipación de estas consecuencias en el comportamiento.

También permite determinar una reacción apropiada a esta anticipación, ya sea física o emocional (20).

- Relaciones de objeto: Permite identificar el grado y la calidad de las relaciones del yo con los objetos identificados en el mundo externo y en el mundo interior, así como identificar el grado de intimidad y distanciamiento en cada una de ellas, y el grado de flexibilidad y elección en el mantenimiento de dichas relaciones. Esta función del yo, permite identificar 3 elementos de las relaciones con otros.
  - Primitividad: grado en el que las relaciones actuales se ven influenciadas por la experiencia de relaciones antiguas.
  - Diferenciación: grado en que el individuo percibe y responde a los demás como entidades diferentes de él mismo.
  - Constancia: grado que permite mantener una situación que genera conflicto.

El segundo grupo, permite encausar los impulsos que pertenecen al ello, así como encontrar estrategias para modularlos y descargarlos en un contexto aceptable. En este grupo encontramos las siguientes funciones:

- Regulación y control de afectos e impulsos. Permite regular dos elementos:
  - El grado de expresión directa del impulso, que va desde el “acting out” primitivo hasta formas relativamente indirectas de expresión conductual como el carácter impulsivo y el “acting out” neurótico.
  - La efectividad de los mecanismos de control y demora, es decir el grado de tolerancia a la frustración y el grado en el cual los derivados

pulsionales son canalizados a través de la ideación, expresión afectiva y conducta manifiesta (20).

- Funcionamiento defensivo: Permite internalizar y estructuralizar conflictos como mecanismos de defensa. En función del grado de adaptación o de éxito, se clasificarán en mecanismos psicóticos y en mecanismos neuróticos. Estos mecanismos merecen un tema aislado que se tratará con detalle más adelante (21).
- Regresión adaptativa al servicio del yo: Cuando la relajación de las agudezas perceptiva y conceptual generan una regresión; es decir, un aumento de la capacidad de darse cuenta de contenidos preconcientes e inconscientes; esta función permite usar los procesos primario y secundario del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones y en el aumento del potencial adaptativo, con el fin de controlar estas regresiones (21).

Finalmente, el tercer grupo permite que la estructura que mantiene lo anterior continúe funcionando adecuadamente con equilibrio, coherencia y continuidad aun frente a presiones del exterior o interior. Dentro de este grupo, encontramos las siguientes funciones:

- Función sintética integrativa: Permite reducir las incongruencias estructurales reorganizando la configuración de la personalidad (21), para ello se identifican dos componentes:
  - Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autorrepresentaciones de sí mismo discrepantes o potencialmente contradictoras.

- Grado de relación activa o integración entre acontecimientos intrapsíquicos y conductuales (20).
- Funcionamiento autónomo: Para entender esta función, es necesario mencionar que el Yo tiene dos tipos de autonomía: primaria y secundaria.
  - La autonomía primaria emplea la energía psíquica que deriva de la percepción, está presente desde el nacimiento, y se encarga de la motilidad, la memoria, la regulación de umbrales de descarga, y la adaptación, ya sea adaptación amplia o de supervivencia, o adaptación estrecha, que sirve para mantener la integridad del aparato intrapsíquico. Podemos afirmar que la autonomía primaria deriva de la energía propia del yo y permite el conocimiento de la realidad, las actividades motoras y da lugar a la posibilidad de huellas mnémicas, es decir, al desarrollo del mundo representacional o mundo interior (representación de objetos y del self) (21) lo cual se traduce en el establecimiento de los mecanismos primarios de autonomía (atención, concentración, memoria, aprendizaje, perfección, función motora e intención) (20).
  - Así mismo, el Yo tiene autonomía secundaria, la cual emplea la energía psíquica resultante del choque de la pulsión con la realidad frustrante, lo que origina un cambio de función o el depósito de la catexia del objeto sobre el yo. Esto genera una operación defensiva debida a la represión, o la neutralización debida al proceso de identificación. La autonomía secundaria permite establecer memorias internas o motivaciones derivativas (21), lo cual se traduce en el

establecimiento de mecanismos secundarios de autonomía (perturbaciones en pautas de hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, hobbies e intereses) (20).

- Barrera de estímulos: Permite seleccionar los estímulos atencionales mediante una función receptiva u una función organizativa.
- Dominio y competencia: Permite utilizar la capacidad de interacción y control del individuo sobre su medio ambiente, lo que permite a su vez generar un sentimiento subjetivo de competencia y de control sobre el ambiente (incluyendo expectativas de éxito). Finalmente, el individuo es capaz de generar una discrepancia entre la competencia real objetiva y la sensación subjetiva de competencia.
- Procesos cognitivos: Permite realizar un ensayo con pequeñas cargas de las acciones a realizar. Para ello, se vale del grado de adaptación en memoria, concentración y atención, de la capacidad de conceptualización y del grado en el cual el lenguaje y comunicación reflejan procesos de pensamiento, primarios o secundarios.

Las funciones y/o mecanismos anteriormente mencionados y mecanismos de defensa, se determinan en función del desarrollo psicosexual del individuo, lo cual da como resultado los distintos tipos de relaciones y matices de cada una en el contacto diario con otros seres humanos. Con respecto a esto, se han propuesto diversas teorías del desarrollo dentro de las cuales destacan las siguientes (19):

Sigmund Freud desarrolla una teoría relacional en la cual el individuo percibe a los otros como objetos sobre los cuales vuelca la fuerza de su instinto sexual, mismo

que a su vez se concibe como una meta al identificar la acción elegida para la descarga de la pulsión. De este modo, Freud establece que el ser humano se relaciona con dos tipos de objetos; el objeto narcisista, que es un objeto que se determina en función de lo que el individuo es o cree ser, y el objeto anaclítico, que es un objeto determinado en función de la persona que nos cuidó en el periodo de dependencia o cuidador primario. Dicho esto, para Freud existen 2 procesos necesarios para lograr la independencia de las relaciones, los cuales son la elección de objeto y la identificación de objeto. La elección de objeto permite al individuo identificar el modelo sexual de sus cuidadores hacia el cual volcará su pulsión sexual, mientras que la identificación de objeto, consiste en la elección del progenitor del cual adquirirá un modelo de rol, identidad sexual y carácter de ego.

Melanie Klein realiza una propuesta interesante sobre fantasías inconscientes, las cuales propone como la expresión mental de los instintos y como la interpretación de la realidad, aunque a su vez, propone que la realidad influye secundariamente en la fantasía. Para Klein, esta fantasía permite al yo establecer relaciones objetales primitivas, las cuales van impulsadas por instintos o por ansiedades, además de que la fantasía cumple una función defensiva para contrarrestar la frustración (19).

De acuerdo a Klein, existen dos posiciones en el desarrollo sexual del individuo, el cual, al nacer identifica una pulsión vital o Eros y una pulsión de muerte o Tánatos. Estas fuerzas son opuestas y persiguen al Ego para encausarle a identificar objetos buenos que provienen del Eros, y objetos malos que provienen del Tánatos, El Ego trata de lidiar con estas fuerzas mediante mecanismos como proyección, introyección y escisión, con el fin de mantener cerca los objetos buenos y tenerlos bajo control. Es aquí donde surge la posición esquizoparanoide, en la cual el Ego

se siente dividido entre el Eros y el Tánatos y a la vez perseguido por los objetos que se identifican como malos, para lo cuales puede usar la negación o la idealización en caso de no ser capaz de alejarlos. Klein establece que la alteración en esta posición genera un punto de fijación que más adelante condiciona fenómenos psicóticos (19).

Posteriormente, cuando el individuo se relaciona con ambas fuerzas, es capaz de reconocer al objeto en su totalidad y reconocer en él, cualidades buenas y malas, lo cual genera la aparición de ansiedad, tanto por el carácter ambivalente del objeto como por el temor de destruir el objeto amado con el Tánatos. Es el reconocimiento de sus impulsos destructivos que genera culpa en el individuo y posteriormente la posición depresiva o segunda posición. Klein establece que para poder enfrentar esta posición, el individuo usa la reparación como mecanismo de defensa para elaborar el duelo y el dolor que pueden producir la pérdida del objeto. Cuando la culpa y la pérdida son intolerables, el individuo recurre a sus defensas maniacas, las cuales son el control del objeto con el fin de negar su independencia hacia él, el triunfo, que le permite mantener a raya los sentimientos depresivos, y el desprecio, en el cual ejerce una negación directa del valor del objeto para negar también su dependencia. Para Melanie Klein, el individuo se relaciona con objetos internos que siempre estuvieron en la psique del niño, y que son equiparables con fantasías prototípicas, ya que constituyen el objeto del instinto aunque su relación con la realidad es meramente fortuita, es decir, no son objetos internalizados, sino más bien, a partir de éstos, se da el contacto con los objetos reales (19).

Ronald Fairbain por su parte, propone el desarrollo de las relaciones en función de 3 etapas, la primera es la etapa de dependencia infantil, en la cual se identifica una

fase oral primaria en la que el infante depende incondicionalmente del cuidado de su madre para satisfacer sus necesidades básicas y su bienestar psicológico. Es entonces que la identificación con un objeto, que en este caso es el pecho de la madre y que cubre sus necesidades, da origen a un narcisismo primario, mientras que la internalización de dicho objeto, genera un narcisismo secundario. Es por esto que Fairbain nombra esta fase como relación preambivalente. Posteriormente viene la fase oral secundaria, la cual es similar a la posición depresiva de Klein, ya que se identifica el objeto total de la madre, es decir, no sólo el pecho, lo cual le abre al infante un conflicto, ya que tiene que amar a su madre como un objeto total; y tratarla como objeto parcial para cubrir sus necesidades; por tanto, surgen dos disyuntivas para el infante, y son: cómo amar sin destruir con su odio y, cómo amar sin destruir con su amor. De este modo, el paciente esquizoide presenta una fijación en esta etapa, ya que piensa que su amor es destructivo y eso lo motiva a desarrollar barreras que lo aíslan de su objeto, con lo que se pierde el objeto real y se debilita su yo. El paciente depresivo, por otro lado, puede sentir que su amor es malo y que puede dañar al objeto, lo cual le genera culpa y como defensa pretenderá internalizar la parte mala del objeto dentro de su self. Fairbain establece que al final de esta fase, se genera un fenómeno conocido como situación endopsíquica básica, que consiste en una disociación del objeto malo cuando se internaliza la parte frustradora y agresiva de la relación con el objeto. En esta situación, se divide el objeto malo en un objeto excitante y un objeto repelente, para lo cual, el Yo se tiene que dividir también en un Yo libidinoso que busque el objeto excitante y en un Yo saboteador que elimine el objeto repelente (19).

La internalización de los conflictos entre estos elementos, genera una fase de transición de acuerdo a lo propuesto por Fairbain, en la cual el Yo internaliza y externaliza las características aceptables y rechazables mediante 4 técnicas distintas que se exponen a continuación, con el fin de alejarse del objeto pero al mismo tiempo tener una unión con él (19).

	Objeto aceptado	Objeto rechazado
Técnica obsesiva	Internalizado	Internalizado
Técnica paranoide	Internalizado	Externalizado
Técnica fóbica	Externalizado	Externalizado
Técnica histérica	Externalizado	Internalizado

Con la técnica obsesiva el individuo internaliza ambos objetos, tanto los desagradables como los aceptables, por lo que se halla ante la duda de qué características son cada una. En la técnica paranoide se internaliza el objeto aceptable, por lo que se mantiene la impresión de ser perseguido por el objeto desagradable. En la técnica fóbica se externalizan ambos objetos y surge el temor de la desintegración, mientras que en la técnica histérica se internaliza el objeto rechazado, al cual se intenta seducir y cuando éste se torna aceptable, surge la desilusión. Finalmente, Fairbain concluye en la última etapa, la de dependencia madura, en la que el individuo se puede relacionar con otro como objetos independientes y completamente diferenciados (19).

El trabajo de Michael Balint se enfoca en el nacimiento como evento que rompe con la armonía de la vida intrauterina y encara al individuo la separación del sujeto y objeto, obligándolo a enfrentarse contra su medio. Establece que en etapas iniciales de la vida, el infante se encuentra en un estado de amor primario orientado a restaurar la armonía de su vida intrauterina. Para ello, mostrará la tendencia inicial

de ser amado todo el tiempo, situación que no puede ser sostenida y que genera lo que él denomina como falla básica, y que consiste en la sensación de una falta instintiva que amerita ser satisfecha como producto de esta ruptura armónica. Establece que todos los seres humanos la experimentamos pero su severidad depende de la calidad del cuidador temprano provisto por el medio. Esta falla básica es para Balint, la precursora de las relaciones objetales posteriores (19).

A raíz de la falla básica, Balint identifica dos tipos de carácter: la ocnofilia y filobatismo que se desarrollan a partir de la falla básica en un intento irreal de reconquistar la armonía del amor primario. Son alternativas; es decir, que no son mutuamente excluyentes y ambas están desde el nacimiento. La ocnofilia se caracteriza por una tendencia a sentir que la seguridad radica en mantener una unión muy estrecha con los objetos, donde la separación es la peor amenaza. Este carácter se ve en personas que desarrollaron una buena relación simbiótica con su madre. Por otro lado, el filobatismo se caracteriza por una tendencia a separarse de los objetos, que oscila con la tendencia a la cercanía a los mismos experimentando el peligro a ser atrapado, lo que conlleva el desarrollo de formas de manipular los objetos sin involucrarse con ellos (19).

Ambas tendencias resultan en condiciones patológicas y la salud es el equilibrio de ambas. Para Balint, una persona madura es aquella que puede aceptar que sus objetos sean amistosos e independientes, aunque nunca renuncia al deseo de volver a tener la armonía de sus experiencias tempranas, no niega la libertad de sus objetos ni adhiriéndose a ellos ni devaluándolos.

Donald Winnicott establece el desarrollo de las relaciones de la siguiente manera. Se parte del hecho de que el bebé tiene la necesidad de crear y de mostrar su

omnipotencia. Para ello crea una señal que posteriormente es interpretada por su madre, quien facilita su necesidad y le confirma su omnipotencia. Es por esto que Winnicott propone que la realidad interna emana de la fantasía del infante que en principio es muy básica y no accede a la conciencia pero, posteriormente, con el desarrollo neurológico, emerge un mundo interno más complejo. La dependencia del bebé es real y su crecimiento depende de un ambiente facilitador, y para lo cual debe de pasar por tres etapas (19):

- Dependencia absoluta: el bebé se encuentra únicamente en una posición de beneficio
- Dependencia relativa: el bebé hace conciencia de la necesidad de detalles en el cuidado materno relacionados a sus impulsos personales.
- Hacia la independencia: el bebé busca medios para estar sin cuidados permanentes a partir de la acumulación de recuerdos de cuidados. Con esto genera confianza en el medio.

Para que esto se pueda dar de manera adecuada, en la madre debe haber una preocupación materna primaria para hacer lo correcto e identificarse con su bebé, lo que le permite cumplir la función de “holding”, que consiste en la contención necesaria que permite proveer apoyo al yo, en particular en el estado de dependencia absoluta. Esto permite una relación sana del ego con los objetos, teniendo sus primeras experiencias objetales de tipo omnipotente, donde el infante percibe la ilusión de creación cuando su madre le proporciona la contención adecuada. Si esto no se lleva a cabo de manera adecuada, y la madre pretende que el bebé se ajuste a sus necesidades, convirtiéndolo en objeto de deseo y el bebé

experimenta el trauma, que es una violación del ambiente y las reacciones individuales. Esta situación motiva que el bebé experimente las agonías primitivas o ansiedades impensables, que para Winnicott son la ansiedad de desintegración, el miedo de caer para siempre; el miedo a no tener relación con el cuerpo; la ansiedad de desorientación y la ansiedad de aislamiento completo (19).

Otto Kernberg propone una clasificación de la personalidad basada en criterios psicoestructurales, colocando en el nivel más alto la organización neurótica de la personalidad (personalidades histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista), personalidades de un nivel intermedio o personalidades fronterizas (personalidades narcisistas de mejor funcionamiento, algunas personalidades infantiles y pasivo-agresivas) y un grado inferior u organización psicótica de la personalidad. Para la evaluación de lo anterior, plantea la evaluación de tres áreas: la integración o difusión de la identidad, el tipo de mecanismos de defensas predominantes y la naturaleza de la prueba de realidad (25).

De acuerdo a Kernberg, los pacientes con trastorno límite presentan una difusión de identidad importante; predominio de mecanismos de defensa primitivos, y una prueba de realidad conservada que puede perderse de manera transitoria. Debe entenderse como difusión de identidad una sensación subjetiva de falta de sustancia, que los pacientes manifiestan como una falta de creencias, valores u objetivos claros. Esto es lo que posteriormente origina el criterio clínico de sentimiento crónico de vacío (25).

Así mismo, los mecanismos de defensa primitivos son aquellos que se originan en la infancia temprana como un primer esfuerzo para liberarse de la ansiedad generada por el conflicto de las fuerzas libidinales y agresivas, es decir, aquellos

que se derivan de la escisión y separación de los elementos buenos de los malos, y que posteriormente no le permiten al paciente internalizar objetos que integren ambas cualidades. Estos mecanismos de defensa constituyen la identificación proyectiva, la omnipotencia, la idealización, la devaluación así como la negación primitiva (25).

Es por estas características que los pacientes con TLP muestran un constante conflicto entre su desesperada necesidad de contacto con otras personas y el miedo, desconfianza y pobre control de la ira que genera que los otros los abandonen. Debido a que estos pacientes presentan una pobre capacidad de autocontrol, pueden necesitar a una persona externa (más que a una figura internalizada) con el fin de emplearla como una función sustentadora de un yo débil (23).

Así mismo, la prueba de realidad consiste en la capacidad de diferenciar el self del no self y aquello que tiene un origen intrapsíquico y lo que proviene de elementos sensoriales externos, por lo que Kernberg estipula que los pacientes con TLP manifiestan un self extremadamente frágil que en situaciones de estrés, sufre fácilmente interrupciones y fragmentaciones, el cual no es capaz de diferenciar adecuadamente los elementos del exterior y del interior en contexto de estrés.

La teoría de las relaciones objetales establece que el paciente se relaciona con otros mediante el uso de 3 unidades básicas de la estructura psíquica comentadas previamente: una representación del self, un afecto o pulsión relacionada con esta representación, y finalmente la representación del otro como un objeto de la pulsión o afecto. En el caso de los pacientes con TLP, la representación de otro se realiza de manera dualista, es decir, se percibe al otro como un objeto "bueno o malo", sin

ser capaz de integrar adecuadamente todas sus características. Esto deriva en relaciones interpersonales inestables (25).

Lo comentado anteriormente condiciona síntomas cognitivo-emocionales caracterizados por emociones contrarias, pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes tanto a sí mismo como hacia los demás, así como una falta de propósito para estabilizar sus actitudes o emociones y una incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento (24).

Las teorías psicoanalíticas ponen énfasis en 3 aspectos importantes sobre el desarrollo del TLP, los cuales son, en primer lugar, el papel de la «separación-individuación» y la ambivalencia que ello crea; posteriormente una concepción de «insuficiencia» donde la clave es la presencia muy deficiente de la madre y, finalmente, la realización de abusos durante los años de formación del niño (24).

Sin embargo existe una teoría medioambiental que propone factores familiares y genéticos, dentro de los que destacan la separación o pérdida parental temprana, implicación parental alterada (relaciones paternas inestables, conflictivas o ausentes y sin compromiso), así como el abuso sexual en la infancia. Dentro de los factores genéticos se encuentra la historia familiar de trastornos psiquiátricos y antecedente de temperamento familiar con un alto grado de neuroticismo y un bajo nivel de conformidad (24).

Por otro lado, también se han logrado documentar alteraciones neuroanatómicas en los pacientes con trastorno de personalidad límite, dentro de las cuales destacan la pérdida de volumen en hipocampo y amígdala, los cuales, a su vez, se correlacionan con trauma durante la infancia (26). De estos se ha encontrado una disminución del 16% del tamaño de la amígdala (27). En estos pacientes también se ha encontrado

una relación inversa entre el tamaño del hipocampo y las respuestas agresivas y hostiles. Así mismo, se han reportado pérdidas del volumen en el lóbulo frontal, orbitofrontal y giro anterior del cíngulo (26).

De igual modo, el funcionamiento de las distintas estructuras difiere en los pacientes límite, encontrándose una mayor frecuencia de activación de la amígdala en el hemisferio izquierdo durante las pruebas de expresión emocional (27). Así mismo, se han realizado estudios con tomografía por emisión de positrones que presentan hipometabolismo de glucosa en regiones corticales prefrontales y en estructuras del sistema límbico (27).

Se han realizado pruebas de estimulación auditiva y registro electroencefalográfico, las cuales han documentado alteraciones en el funcionamiento cortical de los pacientes con TLP, registrando un aumento en la amplitud de onda en regiones frontales; fallo a la adecuación al estímulo y disminución en la sincronización a nivel temporal, lo cual sugiere una falla en la coordinación de dichas regiones (27)

Con la ayuda de la espectroscopia, se ha podido documentar una reducción en la concentración de N-Acetilaspártato en un 19% en la corteza prefrontal dorsolateral de pacientes con TLP, y se ha podido correlacionar una disminución en la actividad metabólica en las vías de serotonina en pacientes con un predominio alto de conductas impulsivas. Lo anterior se relaciona con las funciones de la corteza prefrontal dorsolateral, la cual ejerce una función inhibitoria en la regulación de la agresividad (28).

Además de lo anterior, el TLP es en sí mismo un gran reto para el personal de la salud mental, el diagnóstico y manejo se complica cuando existe una comorbilidad, por ejemplo, trastornos de ansiedad o depresión, ya que dadas las características

de dicho trastorno, se convierte en un escenario muy vulnerable para sufrir alteraciones en el afecto (8).

Un 84.5% de los pacientes con TLP presentan comorbilidad con el Eje I y un 73.9% con el Eje II. El TLP está mayormente asociado a trastornos afectivos, particularmente depresión (30%), trastornos de ansiedad como estrés postraumático (29-53%), abuso de sustancias (64-66%), trastornos alimenticios (29-53%) y Trastorno evitativo de la personalidad (43-47%) (9).

Se tiene el dato de que el 60% de los pacientes que requieren un manejo intrahospitalario por intento suicida o autolesiones, padece de TLP. Un 60 a 80% de los pacientes con TLP presentan comportamientos autolesivos y un 80% conducta suicida; se calcula que el 10% de pacientes llevan a cabo un intento suicida, lo cual aumenta 50 veces el riesgo en comparación con la población general (4).

Se observó en un estudio que los pacientes con TLP tienen un reconocimiento deteriorado de las emociones, pensamientos e intenciones (10), por lo que se menciona que la depresión en el TLP es un indicador de una disregulación afectiva más que parte de un trastorno afectivo (11). Se ha encontrado que la rumiación depresiva está asociada con rasgos de personalidad límite; la presencia del TLP tiene una influencia negativa en la funcionalidad de pacientes deprimidos, en el curso, la recurrencia e incluso en el riesgo de recaída de la depresión (10).

Otra estrategia de sustento diagnóstico en los trastornos de personalidad la constituyen las pruebas psicométricas, mismas que ayudan a la medición de características psicológicas que incluyen personalidad, motivación, habilidades intelectuales y rasgos psicopatológicos, con el fin de respaldar el diagnóstico psicopatológico hecho por el clínico (12). Se han realizado múltiples instrumentos

clínicos orientados a la identificación de rasgos de personalidad límite, así como también a la estadificación de la psicopatología, desafortunadamente pocos han sido validados en nuestro país. Dentro de los anteriores destacan las siguientes escalas:

- The Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ): Es una escala autoaplicable con el fin de detectar rasgos de personalidad cluster B. Tiene una sensibilidad alta (0.98) pero una pobre especificidad (0.41) para la detección de TLP. No está validada en nuestro país (13).
- The Mc Lean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD): Escala autoaplicable orientada a la detección de rasgos de personalidad tipo límite. Tiene una sensibilidad alta (0.81) que a su vez es congruente con su especificidad (0.85). No está validada en nuestro país (13).
- Escala dimensional del trastorno límite de personalidad de Clarkin (EDTLP): Es una entrevista semiestructurada en la que se evalúan cada uno de los 9 criterios de TLP en la dimensión de severidad. Esta escala está validada en nuestro país (14).
- Índice de noventa síntomas psiquiátricos (SCL-90): Escala autoaplicable que sirve para evaluar la gravedad global de los pacientes psiquiátricos a partir de la intensidad de distrés referido por el paciente y con base en la calificación de 90 síntomas generales (no tiene especificidad hacia trastorno límite). Esta escala está validada en nuestro país (12, 14).

- Revised Diagnostic Interview for borderlines (DIB-R): es una entrevista estructurada para la revisión de los criterios diagnósticos del TLP en 4 áreas: comportamiento impulsivo, área cognitiva, área afectiva y relaciones interpersonales. La versión española de esta escala está validada en nuestro país. (15, 16).
- Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV (SCID-II): es una entrevista diagnóstica semiestructurada que permite evaluar los 10 trastornos de personalidad del DSM-V. No tiene especificidad para TLP. Está validada en México.

Los elementos anteriormente descritos pueden ser aplicados por un clínico o incluso pueden ser autoaplicados por el mismo paciente de acuerdo sus características individuales. Además de esto, se cuenta con tests proyectivos de personalidad, los cuales constituyen un medio de expresión de la personalidad, en los cuales se enfrenta al paciente a una situación-estímulo capaz de provocar el mayor número posible de respuestas distintas, la cual puede ser mediante un relato histórico, un dibujo o el juego con un material estandarizado. El objetivo es que la ejecución “proyecte” sus distintos rasgos de personalidad. Estas pruebas deben ser aplicadas por personal calificado y entrenado para la interpretación de las mismas.

Con todo lo anterior, es posible inferir que el diagnóstico del TLP implica una preparación adecuada del profesional encargado del mismo, además de un entrenamiento minucioso que permita distinguir todas sus características clínicas sin confundirlas con otros trastornos de personalidad o bien con trastornos afectivos como la depresión, así como también la selección de instrumentos clinimétricos adecuados que sustenten el diagnóstico.

## **Justificación:**

Como se ha comentado anteriormente, las características tan volubles de la presentación clínica del TLP, motivan a los psiquiatras a usar escalas de valoración de personalidad y cuestionarios validados orientados a la identificación de los síntomas principales, lo cual permite en primer lugar, orientar los esfuerzos del clínico mejorar los síntomas predominantes del paciente.

Para que lo anterior se lleve a cabo, es necesario continuar la investigación con este tipo de cuestionarios y escalas de valoración de personalidad, con la finalidad de mejorar continuamente la sensibilidad y especificidad de los mismos y adaptar las distintas versiones a las características más actuales de la población a quien van dirigidos, lo cual deriva en diagnósticos más certeros y en un impacto positivo en la recuperación y calidad de vida de los pacientes.

Dado que el trastorno límite implica una severa disfunción psicosocial y una elevada tasa de mortalidad debido al suicidio, mismo que puede ser secundario a un síndrome depresivo o impulsivo, es necesario identificar adecuadamente a aquellos pacientes que presenten impulsividad o síntomas afectivos de manera predominante, con el fin de vigilar adecuadamente criterios de internamiento y ofrecer a tiempo el servicio de hospitalización, situación que impacta directamente en la calidad de vida de los pacientes. Del mismo modo, permite orientar las estrategias de manejo farmacológico a los síntomas predominantes del paciente, lo cual permite generar una sensación de bienestar y mejorar el apego terapéutico.

El identificar las características predominantes en los pacientes con TLP permite a nuestra institución optimizar recursos de atención y, con esto, mejorar la calidad de

los servicios que ofrece el hospital. Así mismo, el que el paciente conozca los principales síntomas de su trastorno de personalidad, le permite adquirir un mayor conocimiento de sí mismo e implementar estrategias adecuadas de control y mejora de los mismos, lo cual también impacta en la calidad de vida de sí mismo y de quienes lo rodean.

Es un estudio novedoso ya que, si bien se han realizado estudios sobre características de pacientes con TLP en nuestra institución, éstos se han realizado de manera dirigida a comorbilidades con otras patologías, además de que es la primera vez que se aplica la escala DIB-R en nuestra institución.

## **Planteamiento del problema:**

Es bien sabido que los diagnósticos en psiquiatría no son absolutos y que dependen de la historia de presentación de los síntomas y de la evolución de los mismos. Si a esto le sumamos el hecho de que la personalidad está determinada por múltiples factores y como tal, tiene la capacidad de modificarse y de expresar sus distintos rasgos de manera diferente de acuerdo a las situaciones y momentos vitales del ser humano, la realización de un diagnóstico de un trastorno de personalidad se vuelve particularmente complicada.

El identificar adecuadamente aquellos rasgos de personalidad que permanecen constantes y que generan disfunción en la vida de una persona, constituye todo un reto para el psiquiatra contemporáneo, ya que éste debe de establecer una relación terapéutica con el paciente con consultas regulares durante al menos un año de evolución, con la finalidad de que, a través de distintas estrategias terapéuticas, el paciente exprese sus rasgos de personalidad y estos sean identificados por el clínico en forma de una reacción de transferencia y contra-transferencia.

Lo anterior se vuelve complicado en las instituciones públicas de salud mental de nuestro país, en donde la alta demanda de población, impide citar a los pacientes con una regularidad que permita la expresión de rasgos de personalidad y su identificación. Lo anterior se presenta de manera particular en el servicio de consulta externa, donde debido a la alta demanda, es necesario valorar al paciente en un lapso de 30 minutos y el espacio entre cada consulta puede ser de hasta 3 a 4 meses.

Además de ello, es necesario que el paciente disponga de un conocimiento adecuado sobre los principales síntomas que generan disfunción en el contexto de un trastorno de personalidad. En muchas ocasiones resulta muy útil el uso de un cuestionario validado orientado a la detección e identificación de síntomas predominantes con el fin de tener información, que en las fases iniciales del tratamiento, permita orientar los recursos hospitalarios y que se obtenga de la manera más eficiente posible, así como también esclarecer dudas al paciente y brindarle información sintetizada sobre los objetivos terapéuticos.

Sin embargo, el desconocimiento general de este tipo de instrumentos diagnósticos retrasa la realización de proyectos de investigación sobre los mismos, lo cual genera desactualización y olvido de dichas herramientas.

El presente trabajo de investigación pretende conocer las características predominantes de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite que reciben atención en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

# MÉTODO

## **Pregunta de investigación:**

¿Cuáles son las características predominantes de acuerdo con la escala DIB-R en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

## **Objetivo general:**

- Identificar las características predominantes según la escala DIB-R en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## **Objetivos específicos:**

- Identificar las características sociodemográficas de nuestra muestra (edad promedio, porcentaje de género).
- Identificar el promedio del puntaje total de las escalas realizadas por toda la muestra de pacientes, y de acuerdo a su género.
- Identificar a los pacientes que cumplen con criterios de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite de acuerdo a la aplicación de escala DIB-R y determinar su porcentaje.
- Identificar el porcentaje promedio de cada una de las 4 subescalas (síndrome depresivo, cognitivo, impulsivo y de relaciones interpersonales inestables), tanto en la muestra total de pacientes, como de acuerdo al género de los mismos.

- Identificar los síntomas predominantes (aquellos que hayan tenido una mayor recurrencia) así como los síntomas menos reportados en toda la muestra de pacientes de acuerdo a la aplicación de escala DIB-R.
- Identificar los síntomas predominantes (aquellos que hayan tenido una mayor recurrencia) de acuerdo al género de los pacientes.
- Identificar los síntomas predominantes, así como los menormente reportados y las principales características reportadas por los pacientes en el síndrome depresivo.
- Identificar los síntomas predominantes, así como los menormente reportados y las principales características reportadas por los pacientes en el síndrome cognitivo.
- Identificar los síntomas predominantes, así como los menormente reportados y las principales características reportadas por los pacientes en el síndrome de impulsividad.
- Identificar los síntomas predominantes, así como los menormente reportados y las principales características reportadas por los pacientes en el síndrome de relaciones interpersonales inestables.

### **Hipótesis metodológica:**

Dado que se trata de un estudio observacional en el que se pretende conocer las características de los pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite, no contamos con una hipótesis metodológica.

## Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de detección	Indicador
Edad	Número de años cumplidos por el paciente al momento de la entrevista	Años reportados por el paciente en el cuestionario	Independiente, Cuantitativa discontinua	Intervalo entre los 18 a los 60 años de edad
Género	Funciones, comportamientos actividades y atributos que cada sociedad considera apropiadas para los hombres y las mujeres	Género reportado por el paciente al momento del cuestionario	Independiente, Cualitativa nominal	Femenino, Masculino.
Síndrome afectivo	Conjunto de signos y síntomas que expresa el paciente cuando presenta una percepción de alteración en la regulación de su	Severidad de los síntomas de depresión mediante la subescala de depresión de la DIB-R	Independiente, Cuantitativa discontinua	Son 23 preguntas orientadas a la detección de síntomas depresivos, organizadas en 4 sub síndromes:

	estado de ánimo y ello le causa cierto grado de disfunción			depresión, ira, ansiedad y disforia. Se califica con un puntaje de 0 a 10 puntos y para la escala se generan de 0 a 2 puntos
Síndrome cognitivo	Conjunto de signos y síntomas que expresa el paciente cuando presenta alteraciones sensoperceptuales, en su pensamiento o en sus dominios neurocognitivos	Síntomas cognitivos principales reportados por el paciente en la escala DIB-R	Independiente, Cuantitativa discontinua	Son 31 preguntas orientadas a la detección de síntomas depresivos, organizadas en 3 sub síndromes: pensamientos extraños, pensamiento, ideas paranoides no delirantes y experiencias psicóticas. Se califica con un

				puntaje de 0 a 6 puntos y para la escala se generan de 0 a 2 puntos
Conductas impulsivas	Patrón de conducta expresado por el paciente que se lleva a cabo sin premeditación y sin una conciencia clara de las consecuencias de las mismas	Síntomas de impulsividad reportados por los pacientes en la escala DIB-R	Independiente, Cuantitativa discontinua	Son 23 preguntas orientadas a la detección de síntomas impulsivos, organizadas en 5 sub síndromes: abuso de sustancias, desviación sexual, autolesiones, tentativa de suicidio y otros patrones impulsivos. Se califica con un puntaje de 0 a 10 puntos y para la

				escala se generan de 0 a 3 puntos
Relaciones interpersonales inestables	Patrón de vinculación del paciente con Self débil que condiciona oscilaciones entre idealización y condena de su vínculo con los demás	Síntomas de relaciones interpersonales inestables reportados por los pacientes en la escala DIB-R	Independiente, Cuantitativa discontinua	Son 41 preguntas orientadas a la detección de síntomas de relaciones interpersonales inestables, organizadas en 5 sub síndromes: intolerancia a la soledad, miedo al abandono, contradependencia, relaciones íntimas inestables y problemas en las relaciones íntimas. Se califica con un puntaje de 0 a 6 puntos y para la

				escala se generan de 0 a 2 puntos
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.	Es un patrón de conducta inflexible y permanente que hace que la persona no sea capaz de adaptarse y por lo tanto funcionar de manera incorrecta, en el cual existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es	Puntaje total de la escala DIB-R que permite identificar la presencia o no del diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite	Dependiente, Cuantitativa discontinua	Se obtiene sumando los puntajes generados para la escala en las 4 subescalas. Va de 0 a 10, en el cual menor a 5 descarta el diagnóstico y mayor a 5 lo confirma.

	mínima por que la cognición se encuentra afectada y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas.			
--	---	--	--	--

### **Muestra:**

Debido a que se trata de un estudio no probabilístico, se seleccionó la muestra por conveniencia, en la que se incluyeron de manera respectiva, a los pacientes que durante un periodo de 3 meses, recibieron atención en nuestro hospital y que contaban con diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite al momento de la aplicación de la entrevista. Se obtuvo **una muestra final de 30 pacientes, de los cuales 5 fueron hombres y 25 mujeres.**

### **Criterios de selección:**

Dado que la presente investigación pretende generar un estudio observacional y transversal, se proponen los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes de 18 a 59 años
  - Pacientes acudan a recibir atención en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
  - Pacientes que cuenten con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite.
  - Pacientes que cuenten o no con otro diagnóstico además del anteriormente mencionado.
  
- Criterios de exclusión
  - Pacientes menores de 18 años o mayores de 59 años
  - Pacientes que únicamente cuenten con diagnóstico de Rasgos de personalidad Clúster B o trastorno de personalidad Clúster B.
  - Pacientes que no reciban atención en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
  - Pacientes quienes se encuentren incapacitados para atender la entrevista orientada a la aplicación de la escala, ya sea por presentar deterioro cognitivo importante, estado psicótico o estado de agitación.
  - Pacientes que rechacen la participación en el estudio o se nieguen a firmar el consentimiento correspondiente.

### **Tipo de estudio:**

Es un estudio de tipo observacional ya que únicamente se identificaron las características predominantes. Es un estudio descriptivo, ya que únicamente

pretende identificar las características de la población. Es un estudio transversal ya que sólo se realizó una evaluación a los pacientes. De acuerdo a su área, es un estudio no experimental. Tiene un nivel de análisis descriptivo a nivel individual ya que se analizó cada paciente por separado y sin haber otra asociación entre ellos que no sea el diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

### **Instrumentos de evaluación:**

1.- Entrevista diagnóstica revisada para pacientes con trastorno límite de personalidad (Diagnostic interview for borderlines revised DIB-R) **(Anexo 2)**

Este es uno de las encuestas más conocidos para el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite, y permite determinar tanto el diagnóstico como la severidad clínica de los pacientes. Consta de 127 ítems que evalúan las 4 áreas del funcionamiento personal de gran importancia en el trastorno límite de personalidad: afectiva, cognitiva, conductas impulsivas y relaciones interpersonales inestables. Los ítems se agrupan en 22 secciones o frases resumen, que representan los criterios diagnósticos importantes en el trastorno límite de personalidad. Para cada ítem, el entrevistador ha de decidir entre una puntuación de 0: no, 1: probable y 2: sí, cuando el marco de referencia temporal es los últimos 2 años. El tiempo de administración varía de 45 a 60 minutos. Está adaptada y validada al español. El punto de corte previsto es 0-5 no hay trastorno límite personalidad, 6-10 compatible con trastorno límite de personalidad. La DIB-R mostró una buena consistencia interna global (alfa de Cronbach de 0,89) y una alta fiabilidad entre evaluadores (coeficiente de correlación intraclase de 0,94).

Utilizando un análisis de regresión logística se estableció como punto de corte diagnóstico los valores iguales o superiores a 6, con una elevada sensibilidad (0,81), especificidad (0,94) y con una moderada convergencia diagnóstica con la SCID-II (kappa de 0,59). Dado que se trata de una escala estadística simple, no requiere ningún tipo de entrenamiento ni de capacitación para su aplicación. Se contactó a los investigadores responsables de su validación en nuestro país quienes no manifiestan inconvenientes para la realización de este estudio y quienes no indican ningún procedimiento para la aplicación de la escala.

### **Procedimiento:**

1. Se obtuvo material bibliográfico en búsqueda por medio de la biblioteca digital de la Universidad Nacional Autónoma de México, en buscadores como PubMed y revistas específicas como JAMA.
2. Se presentó el protocolo de estudio a los asesores teórico y metodológico.
3. Se presentó ante el comité de investigación y el comité de ética en investigación.
4. Se presentó el proyecto a la subdirección de servicios ambulatorios y hospitalización con el fin de obtener el consentimiento pertinente.
5. Se acudió a los servicios correspondientes del hospital con el fin de identificar a los pacientes que cumplieron criterios de selección
6. Posteriormente se acudió de manera personal a entrevistar a cada uno de los pacientes con previa autorización por el médico tratante.

7. Se les presentó una carta de consentimiento informado (**Anexo 1**), el cual, en caso de aceptar ser incluidos en el protocolo, firmaron el mismo o de no contar con firma autógrafa colocaron su huella digital, así como su familiar responsable.
8. El médico residente realizó una entrevista estructurada orientada a la detección de rasgos de personalidad inestable y la aplicación del instrumento de evaluación.
9. Posteriormente, se calificó el instrumento y se ingresaron los resultados en la base de datos, obteniéndose una muestra final de 30 pacientes.
10. Al finalizar el periodo de recolección, se tabularon los datos obtenidos por toda la muestra y se realizó un análisis estadístico de todos los datos obtenidos mediante estadística descriptiva con la ayuda del programa SPSS, con el fin de identificar las características de la población.
11. Se realizaron las conclusiones y se presentaron con la ayuda de gráficas y cuadros comparativos.

## **Consideraciones éticas:**

Este trabajo se llevó a cabo según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud del año 2007.

Titulo primero, Capítulo único:

- Artículo 3: Donde se menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:
  - Fracción I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
  - Fracción V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- De esta forma, esperando aportar información que ayude a la mejora en el manejo integral para pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite.

Título segundo, Capítulo primero:

- Artículo 13: Donde menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- Artículo 14:
  - Fracción V. El estudio Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
  - Fracción VI. El estudio será realizado por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y

experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

- Fracción VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y de Ética.
- Artículo 17: Donde se menciona que el estudio que se llevó a cabo es una investigación sin riesgo.
- Artículo 20 y 21: En la fracción I, I, IV, VI, VII, VIII se tiene como parte del estudio un consentimiento informado mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, explicando claramente la justificación y los objetivos de la investigación; la naturaleza de los procedimientos que vayan a usarse y su propósito; en este caso, la ausencia de riesgos a los que se someterá; los beneficios que puedan observarse; con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, así como la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

- Dicho consentimiento informado se lleva cabo por escrito bajo los requisitos del Artículo 22, tomando en cuenta que en el Artículo 23 se menciona que si dicho trabajo de investigación no tiene riesgo para el sujeto de estudio, el consentimiento informado puede no ser escrito, siempre y cuando lo autorice la comisión de ética.

Título sexto: de la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud en el capítulo único.

- Artículo 113: La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud con título profesional y tener la formación académica en medicina y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros como estudiante de la especialidad dentro de la institución de atención a la salud y contando con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.
- Artículo 115 y 116: (Fracción I, II, III, IV, VI) Donde se habla de que se está realizando un protocolo con los requisitos explícitos.

El manejo de información se realizó acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

## **Análisis Estadístico:**

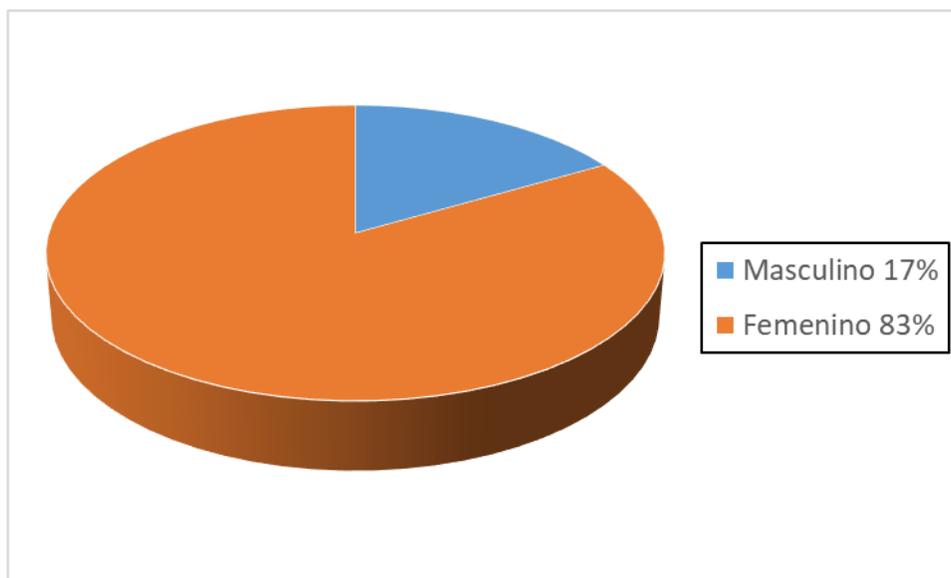
Se utilizó estadística descriptiva paramétrica (media, moda, porcentajes y medidas de tendencia central), dado que es un estudio descriptivo y observacional. Para lo anterior se empleó el programa IBM-SPSS con el fin de identificar la media del puntaje total de aplicación de la muestra, así como también identificar la media del puntaje total en función del género de los encuestados. Posteriormente, se determinó la media de cada una de las variables (síntomas contenidos en la escala), y se ordenaron, de acuerdo a sus resultados, con el fin de conocer los síntomas más predominantes en la muestra. Así mismo, se determinó el porcentaje de cada una de las subescalas en cada uno de los pacientes con el fin de procesar dichos datos en el programa e identificar las subescalas más predominantes en toda la muestra. En todos los casos, se compararon los resultados de acuerdo al género de los mismos con el fin de establecer las diferencias estadísticas, tanto en toda la escala como en cada una de las subescalas.

## **Resultados:**

### **1.- Características sociodemográficas:**

Se obtuvo una muestra final de 30 pacientes de las cuales fueron 5 hombres (16%) y 25 mujeres (84%). Los hombres presentaron una edad media de 28.4 años, con una edad mínima de 20 años y edad máxima de 37 años, mientras que las mujeres obtuvieron una edad media de 33 años, con una edad mínima de 19 años y una edad máxima de 44 años (ver gráfica 1).

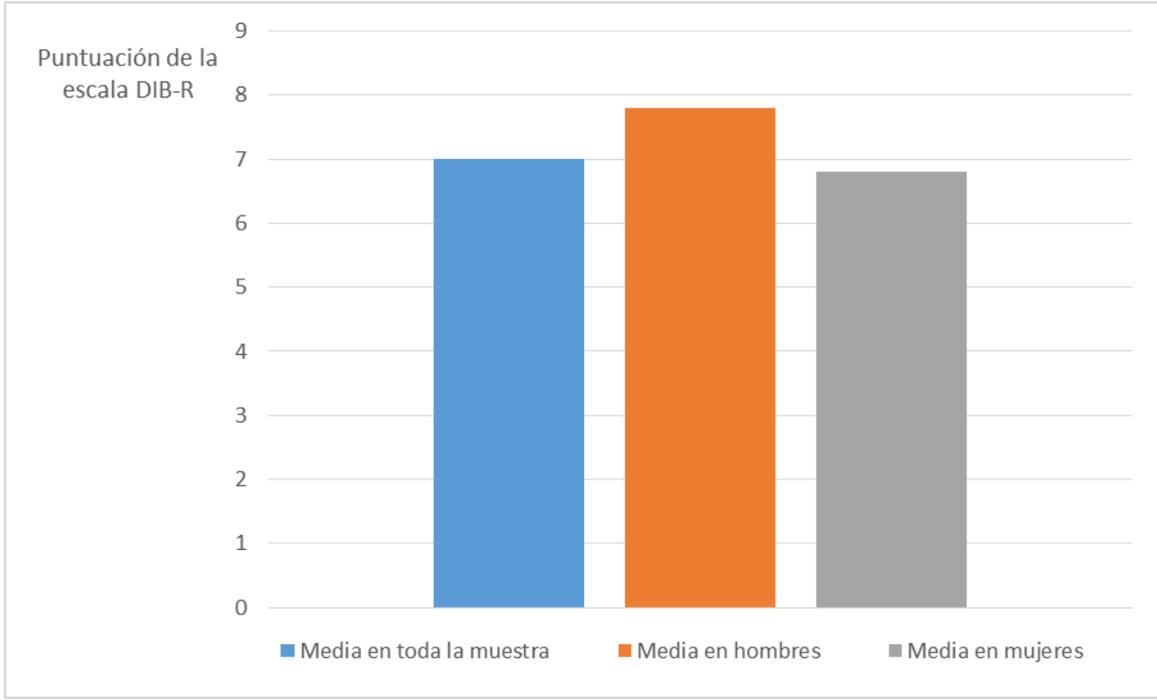
Gráfica 1. Gráfica de pastel que muestra la proporción de la muestra de acuerdo a su género y de acuerdo a su media de edad.



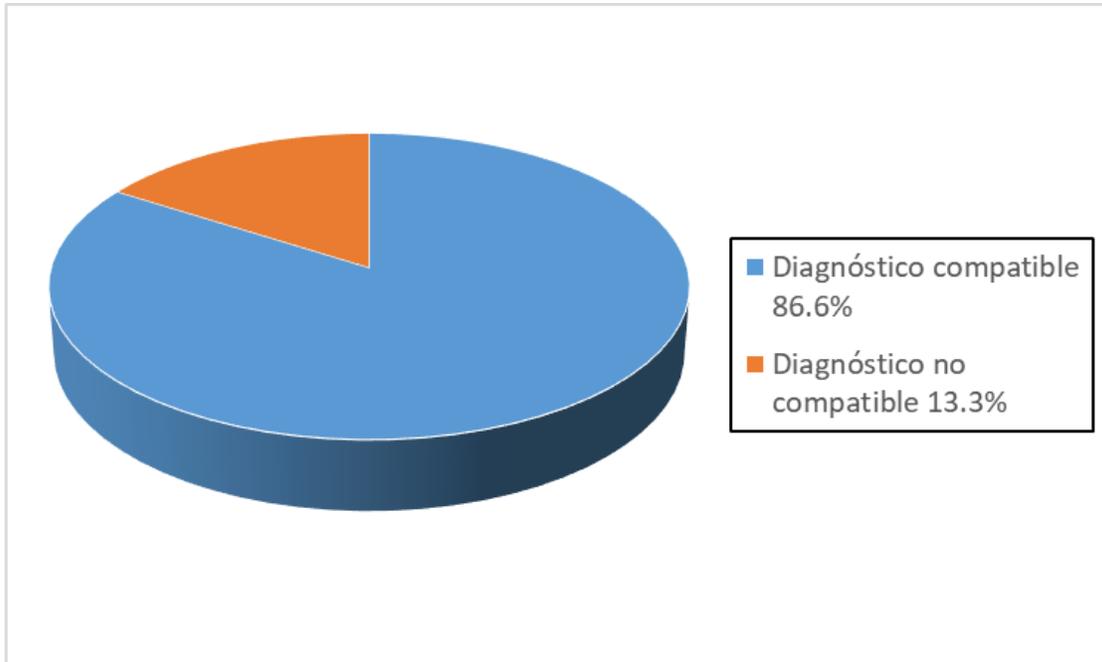
## 2.- Media del puntaje total de la escala DIB-R:

Se obtuvo una media total de 7 en toda la muestra de pacientes, de las cuales se obtuvo una moda de 7, con un mínimo puntaje de 1 y un puntaje máximo de 10, lo cual nos indica una muestra heterogénea en cuanto a resultados, de acuerdo a las medias por género. El género masculino obtuvo una media de 7.80 puntos, con un puntaje mínimo de 7 puntos y un máximo de 10 puntos, mientras que el género femenino tuvo una media de 6.84, con un mínimo de 1 punto y un máximo de 10 puntos (ver gráfica 2). Así mismo, únicamente 4 pacientes obtuvieron un puntaje menor a 5 (13.3% de los pacientes), lo cual, de acuerdo a la escala DIB-R corresponde a un diagnóstico no concordante (ver gráfica 3).

Gráfica 2. Gráfica de barras que muestra la media del puntaje total de la escala en toda la muestra y por género.



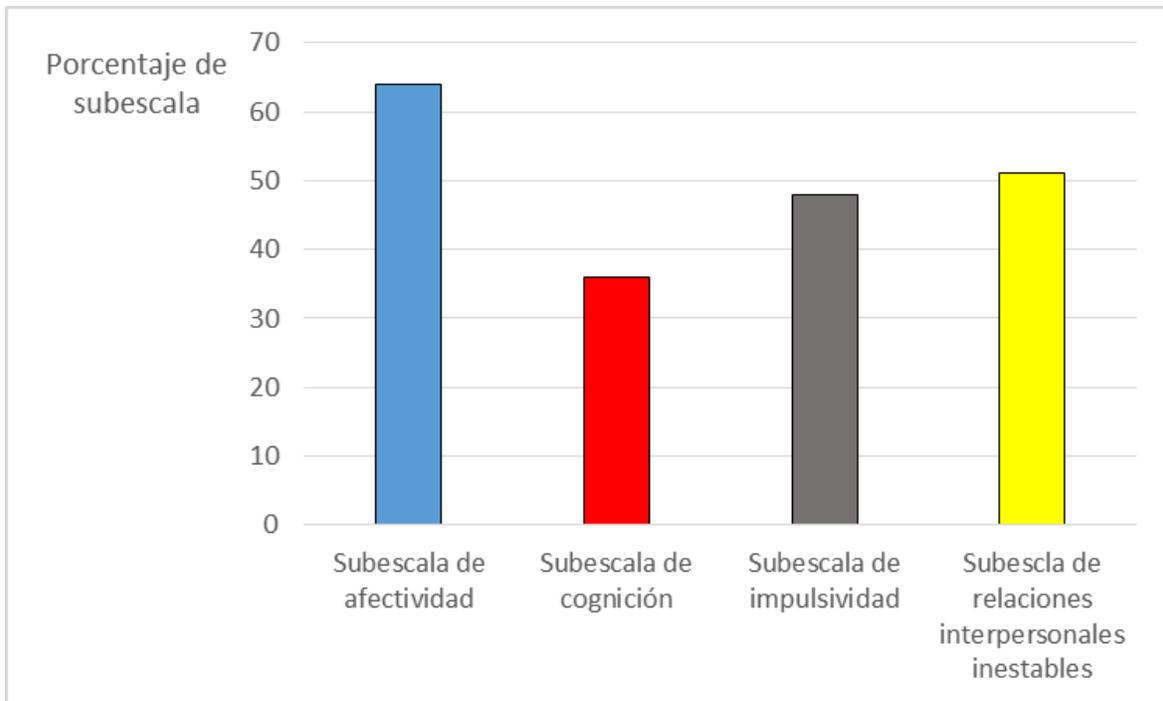
Gráfica 3. Gráfica de pastel que muestra la proporción entre los diagnósticos compatibles y los diagnósticos no compatibles.



### 3.- Porcentajes de las subescalas:

La subescala con un porcentaje promedio más alto, de acuerdo a los resultados del análisis en toda la muestra de pacientes, resultó ser la subescala del área afectiva, con una media de 64%, seguida a continuación por la subescala de relaciones interpersonales inestables con un 51%, después la subescala de impulsividad con un 48% y finalmente por la subescala de cognición con un 36% (ver gráfica 4). Estos porcentajes no variaron mucho cuando se les analizó de acuerdo a género, ya que la subescala de la afectividad resultó ser la que obtuvo un porcentaje mayor tanto en hombres como en mujeres (72% y 63% respectivamente), seguida en ambos casos por la subescala de relaciones interpersonales inestables (donde se obtiene una media de 56% en hombres y 50% en mujeres)

*Gráfica 4. Gráfica de barras que muestra los porcentajes promedio obtenidos en cada una de las subescalas de la escala DIB-R.*



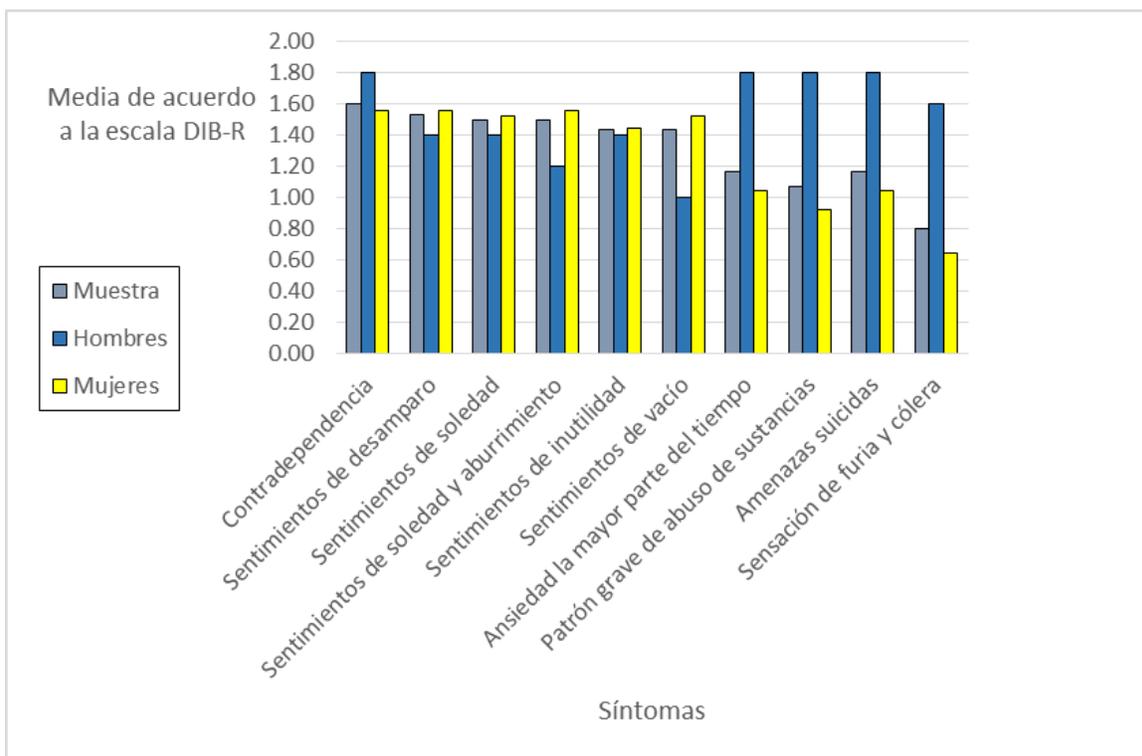
#### **4.- Síntomas más predominantes en toda la escala:**

En toda la muestra de pacientes, los síntomas más predominantes fueron, de acuerdo a sus medias: la contradependencia y el conflicto al momento de dar y recibir cuidados (media de 1.60), los sentimientos de desamparo y desesperanza (media de 1.53), la sensación de soledad la mayor parte del tiempo (media de 1.50), el sentimiento crónico de vacío (media de 1.50) y la sensación de inutilidad y de no tener valor (media de 1.43) (ver gráfica 5).

Por otro lado, los síntomas menos predominantes de acuerdo a sus medias fueron: las relaciones de amistad profundas o amorosas con algún terapeuta (media de 0.3), los delirios de grandeza (media de 0.7), la inserción de pensamiento (media de 0.1), las relaciones de amistad profunda o amorosas con miembros del equipo médico (media de 0.1) y las experiencias de clarividencia (con una media de 0.10).

En los hombres, los síntomas más frecuentes de acuerdo a sus medias fueron: la sensación de ansiedad (media de 1.80), el patrón grave en el abuso de sustancias (media de 1.80), las amenazas de suicidio (media de 1.80), la contradependencia (media de 1.80) y la sensación de furia y cólera (media de 1.60). Esto contrasta con los síntomas más frecuentemente reportados en el grupo de las mujeres, en los cuales destacan, los sentimientos de desamparo (media de 1.56), los sentimientos crónicos de soledad (media de 1.56), la contradependencia (media de 1.56), sensación de soledad (media de 1.56) y sensación de vacío (media de 1.52) (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de toda la escala DIB-R.



### 5.- Síntomas más predominantes de acuerdo a la subescala depresiva:

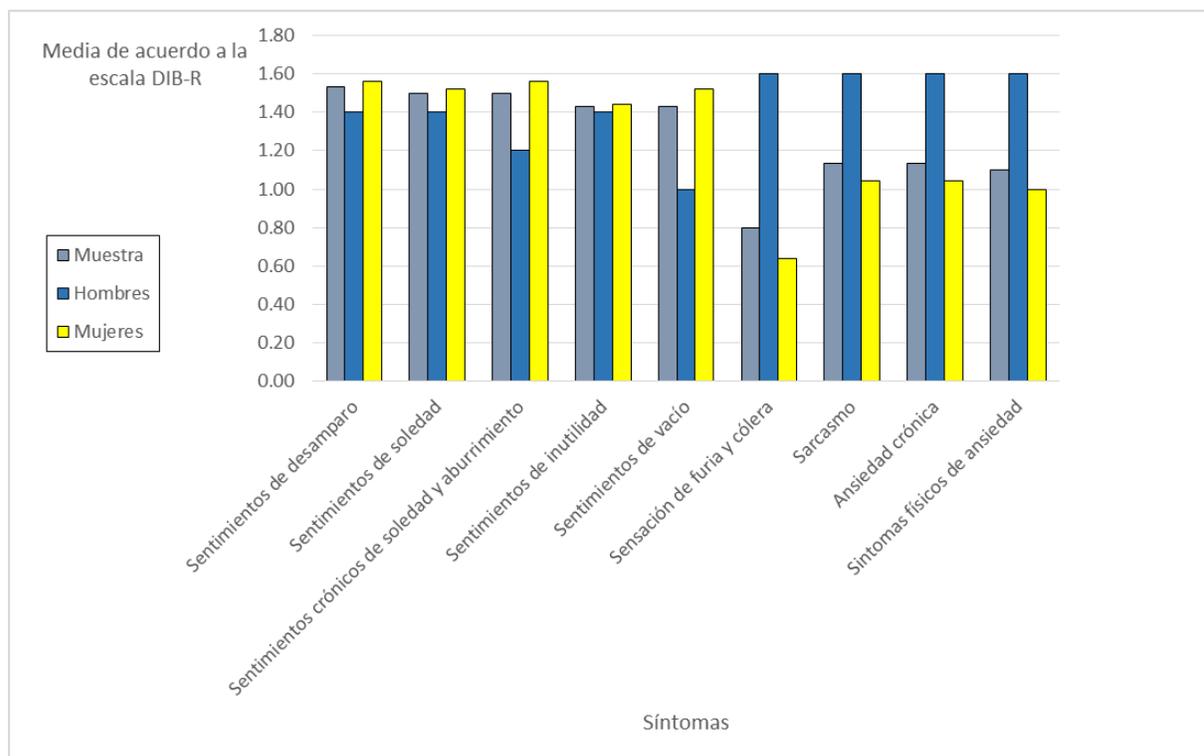
En la subescala depresiva es posible identificar que predominan los sentimientos de desamparo (media de 1.53), la sensación de soledad (media de 1.50), el sentimiento crónico de vacío, soledad y aburrimiento (media de 1.50), los sentimientos de inutilidad (media de 1.43) y la sensación de vacío (media de 1.43), mientras que los síntomas menormente reportados, resultaron las crisis de pánico (media de 0.63), los miedos irracionales (media de 0.7), la sensación de furia y cólera (media de 0.8), el enfado fácil (media de 0.83) y la sensación crónica de ansiedad (media de 0.93).

Los síntomas que más se reportan en la población masculina, se encuentran: la sensación de ansiedad como el síntoma más frecuente, con una media de 1.80, seguido por los síntomas de sensación de furia y cólera (media de 1.60), sarcasmo

(media de 1.60), sensación crónica de ansiedad (media de 1.60) y síntomas físicos de ansiedad (media de 1.60).

En contraparte, los síntomas más reportados por las mujeres fueron: la sensación de desamparo (media de 1.56), los sentimientos crónicos de soledad, aburrimiento o vacío (media de 1.52), sensación de soledad (media de 1.52), sensación de vacío (media de 1.52) y sensación de inutilidad (media de 1.44) (ver gráfica 6).

*Gráfica 6. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala depresiva.*



**6.- Síntomas más predominantes de acuerdo a la subescala cognitiva:**

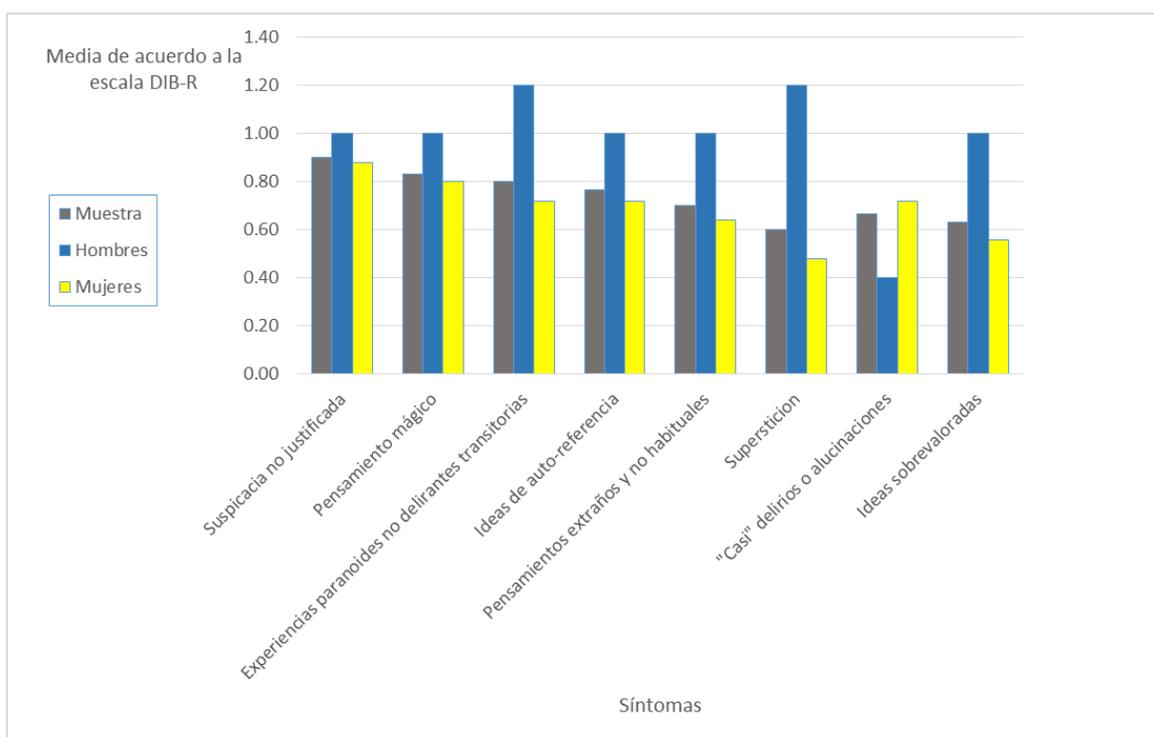
Los 5 síntomas más predominantes resultaron: la suspicacia no justificada (media de 0.9), el pensamiento mágico (media de 0.83), las ideas paranoides (media de 0.8), las ideas autorreferenciales (media de 0.77) y las ilusiones recurrentes (media de 0.7), mientras que los síntomas menos predominantes resultaron ser: el delirio

de grandeza (media de 0.7), la inserción de pensamiento (media de 0.13), la sensación de clarividencia (media de 0.13), el robo de pensamiento (media de 0.13), así como la difusión de pensamiento (media de 0.13 puntos).

En cuanto al género masculino, los síntomas más frecuentemente reportados son: la tendencia a la superstición (media de 1.20), experiencias paranoides no delirantes (media de 1.20), pensamiento mágico (media de 1.0), ideas sobrevaloradas (media de 1.0) y pensamientos extraños (media de 1.0)

Las mujeres refieren: suspicacia no justificada (media de 0.88), pensamiento mágico (media de 0.8), ideas autorreferenciales (media de 0.72), experiencias paranoides no delirantes (media de 0.72), y “casi” delirios o alucinaciones (media de 0.72) como síntomas más frecuentes (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala cognitiva.

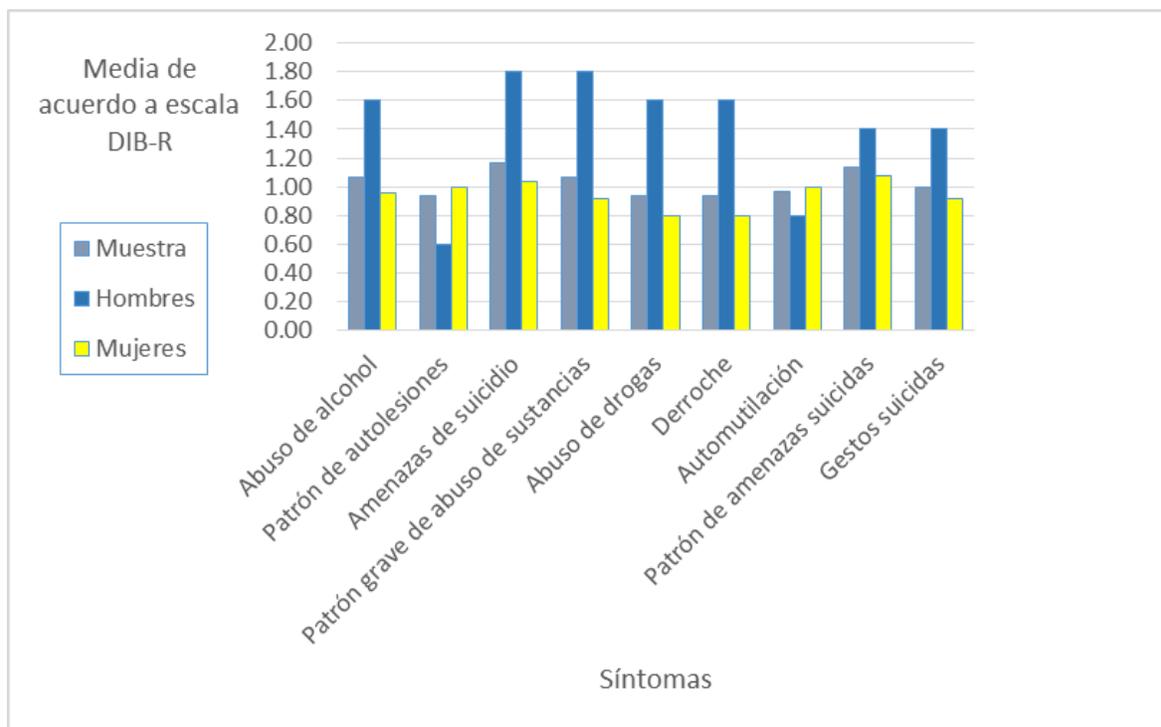


## **7.- Síntomas de acuerdo a la subescala de impulsividad:**

Los síntomas de impulsividad mayormente reportados fueron: las amenazas suicidas (media de 1.17), los intentos manipulativos de suicidio (media de 1.13), el abuso de alcohol crónico (media de 1.07), el patrón grave de abuso de sustancias (media de 1.07) y los intentos suicidas (media de 1.0), mientras que los síntomas menos reportados fueron: actuar en contra de la ley (media de 0.3), las apuestas (media de 0.33), la participación en prácticas sexuales no habituales (media de 0.37), el daño sobre la propiedad (media de 0.40) y los atracones de comida (media de 0.43).

En los hombres predominan síntomas como el patrón grave de abuso de sustancias (media de 1.80), las amenazas suicidas (media de 1.60), el abuso de alcohol (media de 1.60), el abuso de drogas (media de 1.60) y el derroche de dinero (media de 1.60), mientras que en las mujeres predominan los intentos manipulativos de suicidio (media de 1.08), las amenazas suicidas (media de 1.04), las automutilaciones (media de 1.0) y el abuso del alcohol (media de 0.96) como síntomas más frecuentes (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala de impulsividad.



### 8.- Síntomas de acuerdo a la subescala de relaciones interpersonales inestables:

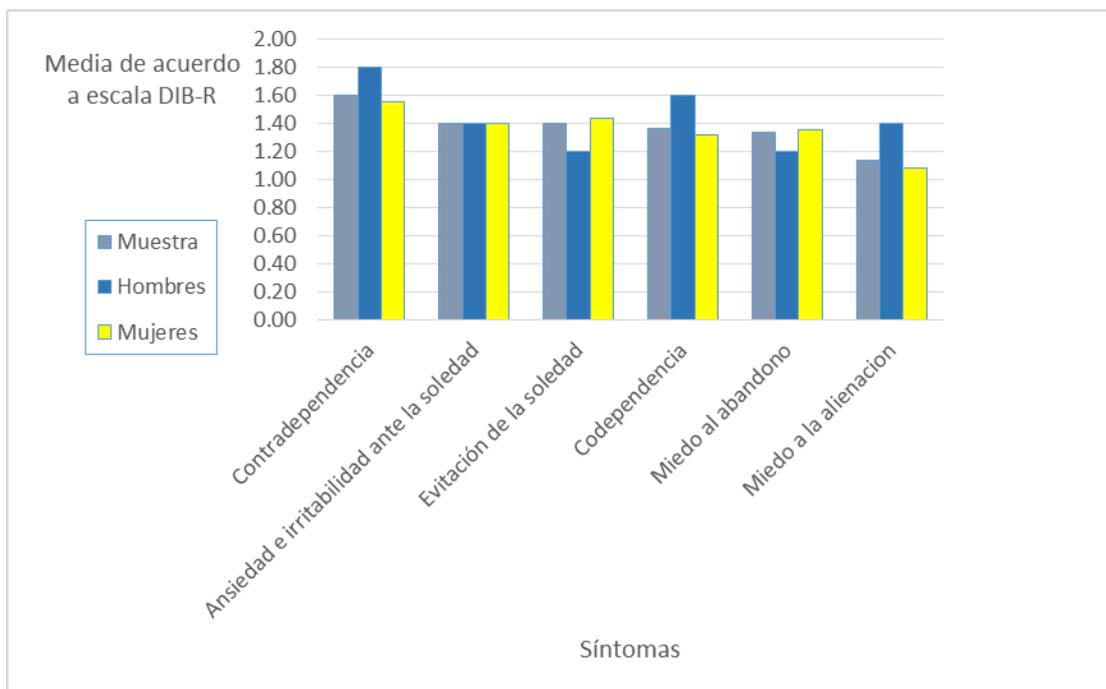
Los síntomas mayormente reportados en este grupo consisten en: la contradependencia (media de 1.60), la sensación de ansiedad ante la soledad (media de 1.40), la disforia en contexto de soledad (media de 1.40), la codependencia (media de 1.37) y el miedo al abandono (media de 1.33). En contraparte, los síntomas menos reportados son la transferencia con algún terapeuta (media de 0.03), la transferencia con algún miembro del equipo terapéutico (media de 0.1), la contratransferencia negativa por parte de algún terapeuta (media de 0.13) y la regresión conductual a partir de los internamientos (media de 0.13). Con respecto a lo anterior, es necesario mencionar que la escala

establece que para llenar la información correspondiente a la regresión conductual, transferencia y contratransferencia es posible considerar fuentes externas de información al paciente, mismas que no se pudieron considerar en todos los casos debido a la confidencialidad del estudio.

La población masculina reporta como síntomas más frecuentes la contradependencia (media de 1.80), la codependencia (media de 1.60), odiar la soledad (media de 1.40), la sensación de ansiedad ante la soledad (media de 1.40) y el miedo a la alienación (media de 1.40).

Las mujeres presentan la contradependencia (media de 1.56), la disforia ante la soledad (media de 1.44), la sensación de ansiedad ante la soledad (media de 1.40), el miedo al abandono (media de 1.36) y la codependencia (media de 1.32) como síntomas más frecuentes (ver gráfica 9).

*Gráfica 9. Gráfica de barras que muestra las medias de los síntomas más predominantes de la subescala de relaciones interpersonales inestables.*



## **Discusión:**

En contraste a lo reportado por Espinosa y Gunderson (5, 19), se encontró una proporción de género mayor, ya que se encontró una proporción de 5 mujeres por cada hombre, cuando en estudios se reporta una proporción de 3 a 1. Lo anterior se atribuye a la expresión psicopatológica en los pacientes hombres, en los cuales predomina el consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad, lo cual en muchas ocasiones puede dificultar el diagnóstico.

En el presente estudio se encontró una puntuación media de toda la muestra de 7 de 10 puntos, con lo cual podemos inferir que la expresión patológica de nuestros pacientes es en general grave, del mismo modo que la gravedad resultó ser mayor en los hombres que en las mujeres. Lo anterior coincide con los estudios de Reza (4), en los que se identifica que el 60% de estos pacientes ameritan un tratamiento intrahospitalario. Es necesario mencionar que, al realizarse el presente estudio en un hospital de tercer nivel, se encontraron pacientes con una mayor gravedad que en el resto de las unidades de atención de salud mental. Si bien no existen estudios sobre compatibilidad diagnóstica en este trastorno, es posible afirmar que el diagnóstico se está realizando en adecuada proporción con respecto a los criterios clínicos establecidos por la escala, y que presenta un margen de error muy pequeño (apenas un 13.3%).

En concordancia a los estudios de Avery y Bellino (9, 8), se identificó que la subescala con un mayor porcentaje lo constituyó la subescala de afectividad, lo cual permite identificar que la mayoría de los pacientes del estudio presentan dificultades en la regulación afectiva, predominando la tendencia a la ansiedad y la depresión.

De manera general, predominan síntomas depresivos, aunque el síntoma mayormente reportado por toda la muestra de pacientes fue la contradependencia, tanto en hombres como en mujeres. Lo anterior coincide con los datos reportados por Pérez (25), cuando afirma que la contradependencia constituye uno de los principales problemas de estos pacientes al momento de recibir atención terapéutica. De igual manera, es posible identificar que en los hombres predominan síntomas que tienen que ver con las conductas impulsivas y la sensación de ansiedad, mientras que en las mujeres predominan síntomas de relaciones interpersonales inestables y síntomas depresivos. Esto apoya a la información encontrada por Lieb (3), donde se identifican más síntomas ansiosos en el género masculino.

En lo que respecta a los síntomas afectivos, se identificó que en los pacientes masculinos predominan síntomas del espectro ansioso, mientras que en las mujeres predominan los síntomas del espectro depresivo. Llama la atención que los síntomas menormente reportados por toda la muestra coinciden con los síntomas mayormente reportados por la población masculina.

También se observa que los síntomas cognitivos reportados con mayor frecuencia son aquellos que forman parte de un síndrome delirante de tipo autorreferencial y paranoide, es decir, que involucran la participación de una tercera persona y se expresan en torno a la relación que tiene el paciente con ésta. No se encontraron muchas diferencias entre los síntomas cognitivos reportados por ambos grupos.

Si bien las conductas impulsivas de nuestros pacientes no resultan tan diversas, predominan las conductas letales tales como el consumo de sustancias y las amenazas e intentos suicidas, información similar a la obtenida por Espinosa en su

estudio realizado en un hospital psiquiátrico de Morelos (5). Es notable como las medias de la población masculina son significativamente más altas que las de población femenina, misma que únicamente rebasa a los hombres en los síntomas de automutilación y patrón de conductas autolesivas. Las diferencias permiten identificar que si bien ambos pacientes tienen rasgos impulsivos, éstos predominan en la población masculina y se caracterizan por problemas en el abuso de sustancias, mientras que en las mujeres está determinada por la conducta suicida y las automutilaciones. Esto reafirma los resultados de Espinosa (5), donde se encuentra una mayor prevalencia de síntomas impulsivos en población masculina. Finalmente, en este estudio se identificó que tanto los hombres como las mujeres presentan sintomatología de relaciones interpersonales de manera homogénea y en la misma intensidad, lo cual apoya lo establecido por Bradley (23), cuando afirma que la clave del diagnóstico del trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite, lo constituyen las alteraciones en las relaciones del paciente, las cuales se vuelven particularmente inestables por la forma patológica de relacionarse que caracteriza a estos pacientes, quienes buscan en el otro un objeto sobre el cual volcar su energía libidinal, y al cual se relacionan de manera codependiente, contradependiente o sádica.

## **Conclusiones:**

La presente investigación permitió identificar las características predominantes en los pacientes del hospital que presentan diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite. Así mismo, es posible afirmar que en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se realiza adecuadamente el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite, ya que de acuerdo a la aplicación de la escala de este estudio se obtuvo un porcentaje de error de sólo el 13.3% en el diagnóstico.

De acuerdo a la escala, los pacientes del hospital presentan una sintomatología grave, la cual es más intensa en hombres que en mujeres.

Respondiendo a la pregunta de investigación, se encontró que los síntomas predominantes son los síntomas afectivos, de los cuales para las mujeres predominan los síntomas depresivos y para los hombres predominan los síntomas de ansiedad. Así mismo, los pacientes presentan sentimientos crónicos de vacío, experiencias perceptuales no habituales, autorreferencialidad, intentos suicidas, consumo de sustancias, contradependencia, codependencia y miedo al abandono, como síntomas más frecuentes. Se encontró también, que los hombres presentan mayor tendencia a la impulsividad que las mujeres, misma que está determinada en ellos por el abuso de sustancias y en las mujeres por la proclividad a las autolesiones.

En el presente estudio se observa que este diagnóstico se realiza menos en hombres debido a que los hombres presentan mayor incidencia con consumo de sustancias y con trastornos del espectro ansioso lo que dificulta este diagnóstico.

No se contó con hipótesis metodológica; sin embargo, se cumplieron los objetivos de la investigación, ya que la del estudio finalidad fue conocer más acerca de la presentación clínica y sintomatología de los pacientes.

Lo anterior permite identificar que es necesario aumentar los esfuerzos para esclarecer el diagnóstico mediante la identificación y diferenciación adecuada de los trastornos del espectro afectivo y los trastornos por consumo de sustancias, así como de los síntomas que forman parte del cuadro clínico de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite. De igual modo, consideramos que es necesario reforzar las estrategias de tratamiento de estos pacientes en 4 niveles:

1. Tratar adecuadamente la comorbilidad con trastornos afectivos y con consumo de sustancias
2. Canalizar oportunamente a los pacientes que presenten riesgo por conducta suicida, autolesiones y conductas impulsivas
3. Promover la continuación de grupos terapéuticos que permitan a los pacientes cambiar sus patrones de relaciones interpersonales
4. Orientar a nuestros pacientes sobre las consecuencias de suspender el tratamiento y sobre la importancia de adherirse a un grupo terapéutico.

## **Alcances y limitaciones:**

La presente investigación presentó dificultades en su realización, ya que, si bien en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se presenta una amplia variedad de pacientes con el diagnóstico, la detección de pacientes del género masculino fue complicada, entre otras cosas, debido a que los pacientes presentan menor adherencia al tratamiento y menor participación en los estudios, y como se ha mencionado anteriormente, este diagnóstico se hace más frecuentemente en mujeres.

La entrevista se realizó sin dificultades; sin embargo, es necesario mencionar que se descartó a una paciente del estudio ya que durante la entrevista fue evidente que ella proporcionaba información falsa, ya que presentó contradicciones importantes al momento de responder, mismas que al ser confrontadas por el entrevistador, no pudo especificar. Si se repitiera la presente investigación, sería adecuado realizar citas a los pacientes con el fin de ser evaluados junto con sus familiares cercanos, con el fin de verificar la veracidad de la información y especificar mejor la presencia de los síntomas.

Así mismo, es necesario continuar las investigaciones sobre el cambio en la expresión de los síntomas en este tipo de pacientes. El alcance temporal de la escala es de los últimos dos años de la vida del paciente, por lo que podemos sugerir a futuras investigaciones, que se realice un estudio en el que se entreviste a los pacientes de manera periódica en intervalos de dos años con el fin de visualizar el cambio de los síntomas a lo largo del tiempo, así como también, valorar la puntuación en función de la adherencia al tratamiento y en función del tiempo bajo

proceso terapéutico, con el fin de identificar si las estrategias de tratamiento, tanto terapéuticas como farmacológicas son efectivas.

## **Bibliografía:**

1. American Psychiatric Association, Kupfer, D. J., Reiger, D.A. et al. DSM V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. 645–690.
2. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría. 10ma edición. Madrid: Lippinkot & Wilkins; 2000 791-813.
3. Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., et al. Borderline personality disorder. The Lancet [Internet]. 2004; 364 (9432): 453–61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15288745>.
4. Reza, J.H., González S., Figueroa, R. et al. Guías para la practica clínica en psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. 1era edición. México D.F: Editorial Springer Healthcare; 2014. P 237-251.
5. Espinosa, J., Grynberg, B., Romero, M. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. Revista de salud mental: 2009; 32(4): 317–25.
6. O.M.S. CIE10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1era edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. P. 162-163.
7. Dubovsky, A.N., Kiefer, M.M. Borderline Personality Disorder in the Primary Care Setting. Med Clin North Am [Internet]. 2014; 98(5): 1049–1064. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134872>.

- 8.** Bellino, S., Patria, L., Paradiso, E., et al. Major depression in patients with borderline personality disorder: a clinical investigation. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2005; 50(4): 234–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15898463>.
- 9.** Avery, J., Francois, D., Martins, O., et al. An updated model for the first-time hospitalization of patients with borderline personality disorder: two illustrative case reports. *Psychiatr Q* [Internet]. 2014; 83(4): 391–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22327281>.
- 10.** Luca, M., Luca, A., Calandra, C. Borderline personality disorder and depression: an update. *Psychiatr Q* [Internet]. 2014; 83(3): 281–92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22020926>.
- 11.** Bateman, A., Fonagy, P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2001; 158(1): 36–42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11136631>.
- 12.** González-Santos, L., Mercadillo, R., Graff, A. et al. Versión computarizada para la aplicación del listado de síntomas 90 (SCL-90) y del inventario del temperamento y carácter (ITC). *Revista de Salud mental*: 2007; 30(4). 31-40.
- 13.** Zanarini, M., Vujanovic, Anna., Parachini, E., et al. A screening measure for BPD: The McLean Screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of personality disorders*: 2003; 17(6), 568-563.
- 14.** López, M., Carbia, L., Quintana, M. Reporte de seguimiento de tres mujeres con Trastorno límite de la personalidad tratadas con psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista electrónica de psicología Iztacala* [Internet]. 2007;

- 10(3): 121-138. Disponible en:  
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num3/art9vol10n3.pdf>
- 15.** Soler, J., Vega, D., Felleu-Soler, et al. Validation of the spanish version of the borderline symptom list, short form (BLS-23). BMC Psychiatry [Internet]. 2013; 13(139). Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3658905/>
- 16.** González-Cantú, H., Nicolini, H., Chávez, E. Estudio de traducción y validez de la Entrevista Diagnóstica para Límites Revisada (DIB-R). Gaceta Médica de México: 1994; 130(supl.1). 6-7.
- 17.** Stern, A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychoanal Q [Internet]. 1938: Vol 7; 467–489. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- 18.** Kernberg, O. F. Borderline conditions and pathological narcissism. 15ava edición. Chicago: Ed Jason Aronson; 1975.
- 19.** Gunderson, j., Singer, M. Defining borderline patients. An overview. American Journal of Psychiatry [Internet]. 1975: 132; 1-10. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/802958>
- 20.** Michaca, Pedro. Desarrollo de personalidad y teoria de las relaciones de objeto. 1era edición. Mexico: Editorial Pax; 1986.
- 21.** González, J., De las Cuevas, C. La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. Psiquis: 1992; 13 (8). 287-324
- 22.** Quiroga, S., Castro, A., Fontao, M., La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina del inventario de organización de la

- personalidad. Subjetividad y procesos cognitivos [Internet]. 2003; 3: 188-219.  
Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/510>
- 23.** Bradley, R., Western, D. The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 17 (2005), 927-957.
- 24.** Caballo, V., Camacho, S. El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*. 2000. 1(5) 31-55.
- 25.** Pérez, L. Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista psiquiátrica de Uruguay*. 2011; 75(1) 20-25.
- 26.** Soloff, P., Nutche, J., Goradia, D. et al. Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: A voxel-based morphometry study. *Psychiatry Research [Internet]*. 2008. 164(3), 223–236. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.psychresns.2008.02.003>.
- 27.** Lis, E., Greenfield, B., Henry, M. et al. Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience [Internet]*. 2007; 32(3): 162–173. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17476363>.
- 28.** Schmahl, C., Bremner, J. Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research [Internet]*. (2006); 40(5): 419–427. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.011>.

# Anexo 1 Consentimiento informado:



SECRETARIA DE SALUD  
 COORDINACION DE INSTITUTOS NACIONALES DE  
 SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
 HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Características del Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite de acuerdo a escala DIB-R en el HPFBA
Lugar y fecha:	Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". INICIO: 1º julio 2018, TERMINO: 1º diciembre 2019
Justificación y objetivo del estudio:	Observar las características predominantes de los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de personalidad tipo límite en el servicio de consulta externa del HPFBA
Procedimientos:	Se aplicará la escala DIB-R a pacientes que cuenten con criterios de inclusión
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Establecer un diagnóstico certero, lo que conlleva a un tratamiento específico e integral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de la aplicación del instrumento se le dará a conocer al médico tratante del participante el resultado de sus escalas
Participación o retiro:	Cada integrante tendrá la libertad de participar o no en la realización de encuesta
Privacidad y confidencialidad:	Todos los resultados se tratarán con confidencialidad
Disponibilidad de tratamiento médico en pacientes:	De ser necesario y acorde al resultado de la aplicación del instrumento, se comentarán los resultados con su médico tratante.
Beneficios al término del estudio:	Conocer el resultado de la aplicación del instrumento, así como orientación sobre el resultado, posibles tratamientos y factores modificables que influyan en su estado de salud.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Miguel Ángel García Estrada. Médico residente de Psiquiatría  
 Celular: 554352107 Consultorio 11 Consulta externa

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse directamente con el investigador responsable, Miguel Angel García Estrada al Correo electrónico: trovatorum@hotmail.com

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del sujeto (o huella digital)

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
 Testigo 1. Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
 Testigo 2. Nombre y firma

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

«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 período: 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 período 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido períodos durante 2 semanas o más en los que se ha sentido muy deprimido cada día?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se ha sentido indefenso durante días o semanas seguidas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido sentimientos de desesperanza?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Y de inutilidad, de no tener valor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Muy culpable?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8. FR2 EL PACIENTE HA MANTENIDO SENTIMIENTOS DE DESAMPARO, DESESPERANZA, DE INUTILIDAD O CULPABILIDAD</b>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Ira

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. ¿Se ha sentido muy enfadado la mayor parte del tiempo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Y furioso o encolerizado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A menudo ha sido sarcástico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Y discutidor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Se enfada fácilmente («estar a la que salta», «tener prontos»)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Ansiedad

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. ¿Se ha sentido muy ansioso la mayor parte del tiempo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Ha tenido crisis de pánico? (p. ej., crisis de ansiedad intensas, desbordantes o incapacitantes)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>19. FR4 EL PACIENTE SE HA SENTIDO CRÓNICAMENTE MUY ANSIOSO O HA PADECIDO FRECUENTES SÍNTOMAS FÍSICOS DE ANSIEDAD (ANGUSTIA)</b>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Otros estados disfóricos

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

#### 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 ocurrían 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 |

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

***Experiencias paranoides no delirantes***

- |   |       |
|---|-------|
| 36. ¿A menudo se ha sentido desconfiado o suspicaz respecto a otras personas? (Suspiciacia 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 |

**39. FR7 EL PACIENTE HA TENIDO A MENUDO EXPERIENCIAS PARANOIDES NO DELIRANTES TRANSITORIAS (P. EJ., SUSPICACIA INDEBIDA, IDEAS AUTORREFERENCIALES, OTRAS IDEAS PARANOIDES)** 2 1 0

***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 |
|--|-------|

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

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/artilugio? (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
<b>57. 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"/>		
<b>58. 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:

ÁREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES	
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 DISFÓRICO 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 cuidar de usted?	2 1 0
95. ¿Ha rechazado pedir apoyo o ayuda cuando sentía que realmente lo necesitaba?	2 1 0
96. ¿Ha tenido 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

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

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>	<input type="text"/>		
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.			
<b>125. Puntuación de la Escala del área de las relaciones interpersonales:</b>	<input type="text"/>		

CONCLUSIONES

1. Puntuación del Área afectiva: 0-10

**2. Puntuación de la Escala afectiva: 0-2**

3. Puntuación del Área cognitiva: 0-6

**4. Puntuación de la Escala cognitiva: 0-2**

5. Puntuación del Área de patrón de conductas impulsivas: 0-10

**6. Puntuación de la Escala del patrón de conductas impulsivas: 0-3**

7. Puntuación del Área de Relaciones Interpersonales: 0-18

**8. Puntuación de la Escala del área de relaciones interpersonales: 0-3**

**9. PUNTUACIÓN TOTAL DE LA DIB-REVISADA**