



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**SENSIBILIDAD AL RECHAZO, RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES Y SU
RELACIÓN CON LA HISTORIA DE VIDA EN SUJETOS CON TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD BAJO PSICOTERAPIA DIALÉCTICA
CONDUCTUAL**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
Dra. Andrea Ladrón de Guevara Enrich

Asesores:

Tutor teórico: **Dr. Andrés Rodríguez Delgado**

Tutora metodológica: **Dra. Alejandra Rosales Lagarde**

CIUDAD DE MÉXICO, A 10 DE MAYO DE 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

I.	AGRADECIMIENTOS	4
II.	INTRODUCCIÓN	5
III.	MARCO TEÓRICO.....	6
	2.1. Trastorno Límite de la Personalidad	6
	2.2. Teoría de la Historia de Vida	9
	2.3. Teoría del Apego	11
	2.4. Expresión y Reconocimiento de emociones en el Trastorno Límite de la Personalidad	14
	2.5. Sensibilidad al Rechazo y Cognición Social	15
	2.6. Terapia Dialéctica Conductual	16
IV.	ANTECEDENTES	17
V.	JUSTIFICACIÓN	19
VI.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR	20
VII.	HIPÓTESIS	21
VIII.	OBJETIVOS	22
	7.1. General	22
	7.2. Específicos	22
	7.3. Secundarios.....	22
IX.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	23
X.	VARIABLES (DEFINICIÓN OPERACIONAL)	23
XI.	POBLACIÓN A ESTUDIAR (CÁLCULO DE MUESTRA)	25
XII.	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (CON PROPIEDADES CLINIMÉTRICAS)	26

XIII.	DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO	29
	12.1. Tipo de estudio	
	12.2. Procedimiento	
XIV.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
XV.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
XVI.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	33
XVII.	RESULTADOS	33
XVIII.	DISCUSIÓN	40
XIX.	CONCLUSIONES	45
XX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
XXI.	ANEXOS	53
	21.1. Carta de Consentimiento Informado	53
	21.2. Escalas (Instrumentos de Medición Clínica	55
	21.2.1. SCID-II.....	55
	21.2.2. BEST	63
	21.2.3. K-SF-42	65
	21.2.4. Test de la Mirada 1 (RMET 1).....	68
	21.2.5. Test de la Mirada 2 (RMET 2)	74
	21.2.6. Escala de Amenaza de Necesidades	80

I. AGRADECIMIENTOS

“Solo cuando la mente se encuentra abierta y receptiva puede producirse el aprendizaje, la visión y el cambio” – Jon Kabat-Zinn

A todas las participantes que accedieron a formar parte de este proyecto.

A la Dra. Alejandra y al Dr. Andrés, por su entusiasmo, guía y recorrer conmigo este camino a pesar de las dificultades pandémicas que enfrentamos. Me considero muy afortunada de haber podido trabajar con ustedes.

Al resto del equipo de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, especialmente al Maestro Edgar Miranda, que con sus enseñanzas enriquece la vida de muchas personas.

A mis padres, porque gracias a ellos he llegado hasta donde estoy.

A Erick, que desde el primer día me compartió su pasión por el TLP y lo satisfactorio que resulta poder contribuir a que los consultantes alcancen una vida que valga la pena vivir; pero sobre todo por compartir la suya con la mía.

A todos, infinitas gracias.

II. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza esencialmente por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen, y un escaso control de los impulsos. Habitualmente, dichas características se hacen presentes al inicio de la adultez, en varios ámbitos de la vida del individuo, causando un malestar significativo y disfunción (Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, 2010). El TLP es el trastorno de personalidad más frecuente en poblaciones clínicas psiquiátricas, estimando un 15-20% entre pacientes hospitalizados y ambulatorios (Gunderson, 2011). De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud de nuestro país, alrededor del 1.5% de la población mexicana padece TLP y representan la tercera causa de atención en el servicio de consulta externa y la segunda en Urgencias, habitualmente por un episodio de desregulación emocional en el cual se autolesionan o tuvieron un intento suicida (Salud, 2019). La tasa de mortalidad por suicidio es alta y hasta el 10% de los pacientes con TLP mueren por suicidio consumado, lo cual es 50 veces superior a lo que ocurre en la población general (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). También representan una carga importante para el sistema de salud, por el tratamiento substancial que emplean, llegando a caer incluso en polifarmacia e internamientos repetidos, los cuales, en ocasiones, pudieran llegar a ser muy prolongados e innecesarios, por lo que se ha planteado al TLP como un problema de salud pública.

De acuerdo a Savage y Lenzenweger (2018), el rechazo social genera una disminución en el reconocimiento de las emociones neutrales en los pacientes con TLP. La presente tesis pretende estudiar si la Terapia Dialéctica Conductual (Dialectic Behavioral Therapy o DBT, por sus siglas en inglés) tiene algún efecto en el deterioro del reconocimiento de las emociones neutrales en pacientes ante la exclusión social. De forma adicional, se determinará si existe una asociación entre las estrategias evolutivas de vida rápida y el TLP. En consecuencia, se revisará la definición de TLP, los factores asociados y su psicopatología, los criterios diagnósticos, tratamiento, curso y pronóstico de acuerdo al Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5; posteriormente se abordará la Teoría de Historia de Vida, en donde se exponen los dos tipos de estrategias de vida según la teoría evolutiva; más adelante se presenta la Teoría del Apego, misma que busca explicar el origen del TLP basándose en estilos de crianza negligentes que posiblemente dan lugar a trastornos de personalidad; posteriormente se definirá la sensibilidad al rechazo y la cognición social, haciendo énfasis en la Teoría de la Mente y las deficiencias de la misma que hasta el momento se han propuesto en los pacientes con TLP; y se concluirá con los efectos que podrían tener el reconocimiento de las emociones ante el rechazo y con la DBT.

III. MARCO TEÓRICO

2.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) fue definido por primera vez en 1978, incluyéndose en el DSM-III en 1980 y una década después en el la CIE, como “personalidad emocionalmente inestable” (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen, & Zanarini, 2018). En las próximas líneas abordaremos sus características clínicas y los criterios diagnósticos, sin embargo, aún hace falta un largo camino por recorrer en relación a su etiología y al abordaje terapéutico, motivo por el cual en ocasiones los clínicos se muestran frustrados e incapaces de lidiar con este tipo de pacientes; por lo que a través del tiempo de ha tenido la falsa creencia de que se trata de una condición intratable.

El TLP es una condición clínica que se caracteriza por un patrón de inestabilidad afectiva, pobre control de impulsos, relaciones interpersonales conflictivas y alteraciones de la auto-imagen (Lieb et al., 2004).

a) Factores Asociados y Psicopatología

En la actualidad no se conocen las causas exactas del TLP. La etiología de éste ha sido comprendida desde un modelo multifactorial, en donde se encuentran involucrados diversos factores psicosociales y biológicos. El TLP se ha asociado con el antecedente de eventos traumáticos durante la infancia, incluyendo el abuso

físico y sexual, la negligencia, la sobreprotección e inconsistencia en los cuidados parentales, factores relacionados con la implementación de estrategias de vida rápida (Brne, 2016; Lieb et al., 2004). Así mismo, investigaciones han mostrado que más del 85% de las personas con TLP presentan un estilo de apego desorganizado y/o inseguro-preocupado. Por otro lado, se ha estimado una heredabilidad entre el 42% y el 68% (Gunderson, 2011).

Los hallazgos neurobiológicos son sumamente amplios, y salen de los propósitos del trabajo que nos ocupa, sin embargo, entre los aspectos más relevantes destacan la disfunción en la red fronto-límbica, que incluye el cíngulo anterior, la corteza orbitofrontal y dorsolateral prefrontal, el hipocampo y la amígdala. En estudios con PET, se ha demostrado alteración en el metabolismo basal de dichas estructuras, correspondiendo con alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica, asociada con desinhibición, impulsividad y agresión características de los pacientes con TLP. Donegan et al. (2003) reportaron activación incrementada de la amígdala izquierda en respuesta a expresiones faciales negativas usando resonancia magnética funcional. En dichos estudios de gabinete, también encontraron volumen reducido del hipocampo, lo que correlaciona con pacientes con diagnóstico de TEPT. Rinne et al. (2002) describieron a hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) en aquellos pacientes que tenían antecedentes de abuso sexual en la infancia y diagnóstico de TLP, dando soporte a la teoría acerca de la relación entre el trauma temprano y el incremento en la función del HPA en la adultez. Por tanto, los hallazgos en neuroimagen previamente comentados, parecen indicar que el debilitamiento en el control inhibitorio prefrontal contribuye a la hiperactividad de la amígdala. De manera simultánea, las alteraciones límbicas y prefrontales sugieren patología dual en los pacientes con TLP; sin embargo, hasta el momento no es posible determinar si dichas alteraciones ya eran preexistentes secundarias a factores genéticos, pre o postnatales o eventos adversos durante la infancia, o bien, sean consecuencias del TLP por sí mismo (Lieb et al., 2004).

b) Diagnóstico

De acuerdo con el DSM-5, el TLP es “un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diferentes contextos, y se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados por evitar el abandono real o imaginario
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por alternancia entre los extremos de la idealización y la devaluación
3. Alteración de la identidad: inestabilidad de la autoimagen y del sentido del yo
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo
7. Sensación crónica de vacío
8. Enfado inapropiado o intenso, o dificultad para controlar la ira
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves” (American Psychiatric Association, 2013).

Los pacientes habitualmente acuden a solicitar atención médica en el contexto de otro trastorno psiquiátrico comórbido, como un episodio de depresión mayor, trastornos de ansiedad, eventos traumáticos o consumo de sustancias. También pueden acudir posterior a intentos suicidas o a conductas autolesivas, secundarias a crisis interpersonales, generalmente. Es importante hacer diagnóstico diferencial cuando se nos presente un paciente en quién se sospeche de un TLP con un trastorno bipolar tipo II, ya que comparten muchas de las características clínicas, y suelen coexistir en un 10-20% de los casos (Gunderson et al., 2018).

c) Tratamiento

La experiencia clínica sugiere que los pacientes con TLP y sus familiares deben ser informados oportunamente de su diagnóstico, pues esto ha demostrado que lo acepten con mayor facilidad, y, por lo tanto, tengan mayor apego al tratamiento. La primera línea de tratamiento es la psicoterapia; existen actualmente cuatro de ellas

que tienen evidencia clínica en la mejora de la sintomatología del TLP e incluyen la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia basada en la Mentalización, la Terapia Focalizada en la Transferencia y GPM (Good Psychiatric Management) (Gunderson, 2011). La terapia farmacológica debe enfocarse a ciertos aspectos, como los síntomas cognitivos, la desregulación emocional o la impulsividad, siempre acompañada de psicoterapia, puesto que, en un escenario ideal, la medicación debe discontinuarse una vez que el paciente haya aprendido a regularse por sí mismo. Por ejemplo, los neurolépticos han demostrado ser útiles para el manejo de las ideas paranoides transitorias o las ideas de referencias en situaciones de estrés. Los ISRS tienen evidencia para la inestabilidad afectiva y la ansiedad, aunque los estabilizadores del estado de ánimo, como el ácido valproico, son otra opción disponible, particularmente en los pacientes con trastorno bipolar tipo II comórbido o con marcada agresividad (Lieb et al., 2004).

d) Curso y Pronóstico

Se estima que la tasa de remisión a 10 años es del 85%; siendo ésta definida como no más de 2 criterios diagnósticos en un periodo de al menos 12 meses. No obstante, incluso después de la remisión, los pacientes con TLP continúan con deterioro funcional importante, pues algunos no logran mantener un trabajo de tiempo completo, persisten con estilos de vida poco saludables y haciendo uso constante de los servicios de salud (Gunderson, 2011; Gunderson et al., 2018). Los factores de mal pronóstico incluyen: inestabilidad afectiva y hospitalizaciones prolongadas, presencia de disforia, historia familiar de trastornos mentales, menor edad de inicio al momento del primer tratamiento, psicopatología materna, e historia de hostilidad parental (Lieb et al., 2004).

3.2. TEORÍA DE LA HISTORIA DE VIDA

La teoría de la historia de vida es una rama de la teoría evolutiva que se encarga de estudiar la manera en cómo los organismos emplean tiempo y energía hacia diferentes actividades que van dirigidas a completar el ciclo vital, principalmente crecimiento y reproducción. La selección natural favorece a aquellos organismos

que optimizan los elementos que tienen a su disposición, con el objetivo de encontrar el balance entre el “esfuerzo somático”, que incluye crecimiento y aprendizaje; el “esfuerzo reproductivo”, el cual engloba encontrar una pareja y concebir; y la “paternidad”, invirtiendo ahora los recursos en las crías (Del Giudice, Ellis, & Shirtcliff, 2011). De acuerdo con las condiciones ambientales y su interacción los factores genéticos de un individuo, se pueden adoptar dos tipos de estrategias de vida: una estrategia de vida lenta, o bien, una estrategia de vida rápida. Lo anterior, con base en la estimación de la disponibilidad de recursos de acuerdo con lo observado por la persona, o por una suposición derivada de experiencias previas, adquiridas principalmente durante las primeras etapas del desarrollo (Brüne, 2016).

Se ha observado que las personas que presentan un estilo de vida lento se desarrollaron en un ambiente familiar estable. Consecuentemente, tienden a visualizar el mundo como un lugar que tiene las mismas características, en donde hay disponibilidad de recursos sociales y materiales en el futuro cercano. Esta certeza permite que su maduración se retrase, posponiendo la reproducción hasta encontrar una pareja estable con quién se haya formado un vínculo afectivo; son empáticos, cooperadores, y se ha visto que tienen niveles interpersonales de agresión bajos y suelen controlar sus impulsos. Por el contrario, las personas que desde la infancia fueron expuestas a un estilo de crianza hostil y ambientes violentos, desarrollan modelos de funcionamiento interno sugerentes de escasez de recursos e inestabilidad, por lo que su estrategia de vida es rápida. Este estilo de vida se asocia a estilos de apego inseguros, en donde suelen buscar gratificación de manera inmediata, sin planear a largo plazo; muestran altos niveles de impulsividad, conductas de riesgo, mayor número de parejas sexuales, y pobre empatía.

Del Giudice (Del Giudice, 2014) propuso las siguientes diferencias de acuerdo con las dos estrategias de vida, las cuales se exponen en la tabla 1:

	<i>Estrategia de vida rápida</i>	<i>Estrategia de vida lenta</i>
<i>Cognición/Emociones</i>	Pobre empatía Mayor sensibilidad a la amenaza	Alta empatía Menor sensibilidad a la amenaza
<i>Neuropsicología</i>	Pobre tolerancia a la frustración Mal control ejecutivo	Buena tolerancia a la frustración Buen control ejecutivo
<i>Personalidad</i>	↑ Neuroticismo ↓ Amabilidad	↓ Neuroticismo ↑ Amabilidad
<i>Temperamento y carácter</i>	↑ búsqueda de novedad ↑ impulsividad ↓ evitar daños ↑ propensión al riesgo	↓ búsqueda de novedad ↓ impulsividad ↑ evitar daños ↓ propensión al riesgo
<i>Conducta Interpersonal</i>	Oportunistas Poco esfuerzo parental Relaciones interpersonales inestables	Altruistas Alto esfuerzo parental Relaciones interpersonales estables
<i>Fisiología ante el estrés</i> <i>Otros marcadores biológicos</i>	Niveles altos de cortisol Maduración sexual temprana	Niveles bajos de cortisol Maduración sexual tardía

Tabla 1. Diferencias entre la estrategia de vida rápida y la estrategia de vida lenta. (Del Giudice, 2014)

3.3. LA TEORÍA DEL APEGO

La teoría del apego propone que la interacción del infante con sus cuidadores primarios, tendrá un impacto en su auto-concepto, auto-regulación, y el desarrollo de relaciones interpersonales futuras (Levy, 2005). De acuerdo con dicha teoría, cada niño está dotado con un sistema motivacional innato, de base biológica, conocido como el “sistema conductual del apego”, cuya función es promover la proximidad entre el menor y su cuidador, principalmente en las situaciones de amenaza o peligro inminente; lo anterior porque aquellos que lo logren, es más posible que sobrevivan. Por tanto, apegarse a otras personas no es un signo de debilidad o inmadurez, al contrario, es una función adaptativa que permite que el individuo pueda explorar su entorno una vez que se sienta seguro. El sistema de comportamiento puede activarse mediante señales internas o externas, y el individuo responde mediante conductas características, que buscan la presencia o

consuelo del cuidador primario. Por ejemplo, dentro de este repertorio podemos encontrar la sonrisa social del bebé cuando está interactuando con su madre, o bien, el llanto mostrando *discomfort*. Cuando el cuidador primario logra promover el sentido de seguridad en el individuo, la conducta termina (Lenzenweger & Clarkin, 2005).

Bowlby, pionero en la teoría del apego, a través de sus observaciones desarrolló el concepto de los “modelos internos de trabajo”, los cuales son representaciones mentales de sí mismo y de los otros, a partir de las cuales los sujetos forman expectativas acerca de sus relaciones interpersonales, basadas en las interacciones que tuvieron con sus figuras de apego durante la infancia temprana. Entonces, él creía que las personas cuyas necesidades no fueron satisfechas en esta temporalidad, como consecuencia de un estilo de crianza negligente, crean un concepto de los demás como “poco confiables” e “indiferentes”. En contraparte, los niños que fueron atendidos de manera suficientemente buena, tienen expectativas positivas de otras personas (Lenzenweger & Clarkin, 2005).

Las respuestas parentales se ha propuesto que sirven para amplificar y reforzar las emociones positivas de los infantes, atenuando los estados emocionales negativos, brindando un sentido de seguridad. Estas respuestas quedan almacenadas dentro de la memoria procedural, por lo que están implícitas y quedan en el inconsciente del individuo (Levy, 2005).

Basados en la teoría de Bowlby, Ainsworth, et. al. (1978) llevaron a cabo un procedimiento al cual titularon “Situación Extraña”, en donde observaron cómo los infantes buscaban la proximidad con sus cuidadores bajo distintas condiciones de estrés: que la figura de apego se retirara de la habitación, la introducción de un extraño y la reunión con el cuidador. Con base en estas situaciones, concluyeron que existen las siguientes formas de apego organizado:

- a) Apego seguro: los individuos con este tipo de apego, exploraban su entorno con confianza en presencia de su cuidador. En condiciones de amenaza, los menores responden con angustia y buscan la proximidad con la figura de apego, siendo consolados con relativa facilidad.

b) Apego inseguro: Incluye los subtipos: ambivalente/ansioso (en adultos se conoce como preocupado/embrollado) y evitativo (en adultos es el descartante). A diferencia de aquellos niños con apego seguro, los niños con apego inseguro de tipo ambivalente no se consuelan fácilmente y están constantemente preocupados, buscando la proximidad del cuidador, en vez de explorar su entorno, pues la presencia de éste es incierta. Por otro lado, los niños con apego inseguro evitativo, no se alteran por la ausencia del cuidador, y de hecho, activamente lo ignoran cuando es momento del reencuentro. En 1990, Main y Salomon describieron el patrón desorganizado/desorientado, en donde los sujetos eran inconsistentes en su estrategia para manejar el estrés en durante la Situación Extraña (Lenzenweger & Clarkin, 2005).

De acuerdo con las observaciones de Ainsworth (1999), otro grupo de investigadores liderados por Weinfield, concluyeron que los tipos de apego tendrían un impacto en el ajuste psicosocial de los individuos a largo plazo y representar un factor importante para el desarrollo de trastornos de la personalidad. Por ejemplo, en el caso de las personas con apego ansioso o ambivalente, se presume que tienen mayor riesgo de desarrollar ansiedad y pobre tolerancia a la frustración. Estilos de crianza poco confiables e inconsistentes han sido relacionados con este tipo de apego. Así mismo, este tipo de apego ha sido relacionado con la presencia de trastorno de la personalidad evitativo, obsesivo compulsiva, dependiente, límite e histriónica. En relación a los individuos con apego evitativo, son más propensos a tener problemas de ira y agresividad, debido a rechazo temprano e insensibilidad por parte de sus figuras de apego; son desapegados de otros y tienen dificultad para experimentar empatía. Este tipo de apego se ha relacionado con la presencia de trastorno antisocial, narcisista o paranoide de la personalidad (Lenzenweger & Clarkin, 2005).

3.4. EXPRESIÓN Y RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Se ha reportado que la expresión facial de los pacientes con TLP está alterada. Staebler et al. (2011) condujeron un protocolo de estudio usando un paradigma de exclusión social con un juego de pelota virtual conocido como *Cyberball*, que induce reactividad emocional. Los resultados mostraron que los pacientes con diagnóstico de TLP reaccionaban con menos emociones positivas y un mayor número de emociones mixtas, mismas que se definen como 2 expresiones faciales al mismo tiempo (por ejemplo, enojo y tristeza). En este mismo estudio, Staebler et al. (2011) observaron la expresión facial de los participantes con TLP en respuesta a situaciones de inclusión o exclusión social simuladas en un juego virtual de pase de pelota conocido como *Cyberball*. Los autores destacaron el hecho de los que participantes reportaron sentirse excluidos incluso cuando jugaban en condiciones de inclusión. Estos resultados fueron replicados por otros investigadores, tales como Dixon-Gordon, et al. (2013), en donde los sujetos reportaban una mayor cantidad de emociones negativas, tales como enojo, resentimiento y desprecio, posterior a una situación de exclusión social que los participantes control.

Además, los pacientes con TLP tienen una percepción y entendimiento aberrante de las señales sociales y emiten expresiones faciales que no van acorde al contexto, creando un círculo vicioso que dificulta la comunicación, lo que conlleva a conflictos interpersonales que finalmente se ven reflejados como episodios de ira inapropiada, conducta suicida repetitiva y autolesiones, entre otras características clínicas propias del trastorno (Roepke, Vater, Preißler, Heekeren, & Dziobek, 2012).

Sin embargo, en cuanto al reconocimiento se refiere, se sabe que la cara de las personas es una fuente de expresión facial para el emisor y permite a quién observa hacer una evaluación de rasgos de personalidad. Dicha valoración se hace en tan solo 100 ms permanece estable a lo largo del tiempo; a través de ella, las personas intentan descifrar la conducta del otro y predecir su comportamiento en un futuro. Existen algunas investigaciones en las cuales se propone que los pacientes con diagnóstico de TLP atribuyen más rasgos negativos a las demás personas que los

controles, secundario a su preocupación constante por ser rechazados o abandonados (Miano, Fertuck, Arntz, & Stanley, 2013).

3.5. SENSIBILIDAD AL RECHAZO Y COGNICION SOCIAL

Downey y Feldman (1996) definieron la sensibilidad al rechazo como “la tendencia a esperar ansiosamente, percibir fácilmente y reaccionar fuertemente al rechazo percibido” (Lazarus, Southward, & Cheavens, 2016). Lazarus et al. (2016) condujeron un estudio en el cual valoraron el impacto del TLP en las relaciones sociales a través del tiempo; concluyeron que estos pacientes percibían un menor apoyo de su entorno social, y, por lo tanto, se sentían menos satisfechos con sus interacciones con otras personas. Este efecto era directamente proporcional a los niveles reportados de sensibilidad al rechazo (Lazarus et al., 2016).

Algunos de los síntomas característicos del TLP, incluyendo la conducta suicida repetitiva, las autolesiones, la agresividad marcada y la reactividad emocional, suelen manifestarse en el contexto de conflictos interpersonales, lo que lleva a suponer que existe un déficit en la percepción, el procesamiento y la emisión de señales sociales en este grupo de pacientes (Roepke et al., 2012). Estas señales son la base de la interacción social, ya que esta supone un proceso bidireccional en el que se deben emitir y recibir estímulos. La cognición social es el proceso mediante el cual se perciben y procesan adecuadamente las señales sociales, ya sea de manera consciente o inconsciente; y su resultado depende de la interpretación que se les brinde a las señales sociales emitidas en el encuentro entre los involucrados pues incluye no solo al lenguaje (contenido y tono), sino también la expresión facial y los gestos corporales. Por tanto, un individuo requiere de ciertas habilidades sociales cognitivas que le permitan establecer y mantener relaciones interpersonales significativas a corto y a largo plazo (Roepke et al., 2012).

La empatía es uno de los constructos que contiene muchos de los procesos de la cognición social y tiene dos componentes principales: el cognitivo y el afectivo. El primero implica la capacidad de inferir el estado mental de otras personas y también se le conoce como Teoría de la Mente. El componente afectivo hace referencia a la respuesta emocional hacia el estado emocional de la otra persona.

Para entender la empatía cognitiva en los pacientes con TLP, se han hecho diversos estudios en las últimas décadas, con resultados poco concluyentes. Sin embargo, en términos generales, se ha observado que estos individuos cursan con pensamiento dicotómico, lo que genera que hagan evaluaciones extremas en distintos escenarios, lo que correlaciona con el criterio diagnóstico de “idealización y devaluación”; tienden a asumir que “el mundo y otras personas son peligrosas y malévolas” y son más perceptivos de la comunicación no-verbal que los grupos de control (Roepke et al., 2012). La elevada sensibilidad al rechazo en los pacientes con TLP se considera una falla en la mentalización, misma que se define como la capacidad para comprender la conducta propia y la de los demás en términos de estados mentales. Euler et al. (2019) condujeron una investigación en donde demostraron una asociación entre hipomentalización, desregulación emocional e impulsividad con problemas interpersonales. Ghiassi et al. (2010) reportaron que el antecedente de una conducta materna negativa durante la infancia era predictor de déficit en la empatía cognitiva en la edad adulta, indicando que los estresores tempranos impactan negativamente en este rubro también (Roepke et al., 2012).

3.6. TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

En cuanto al tratamiento para el TLP se sabe que la psicoterapia es la primera elección para el manejo a largo plazo, pues la farmacoterapia debe suspenderse una vez que el paciente ha aprendido a regularse a sí mismo. Varias opciones están disponibles actualmente, como la terapia cognitiva conductual, la terapia basada en la mentalización, terapia basada en esquemas, terapia focalizada en la transferencia y la DBT (O’Connell & Dowling, 2014).

De todas estas, la DBT es la que más se ha estudiado y la que se considera más efectiva en el tratamiento del TLP (Storebø et al., 2018). Se trata de una terapia compleja, que normalmente se lleva durante un año, que tiene como objetivo modular la conducta y las emociones a través de técnicas de aceptación y cambio. Se basa en principios de terapia cognitivo conductual combinada con mindfulness y aceptación y dialéctica; e incluye sesiones semanales individuales y grupales (Storebø et al., 2018). En un ensayo clínico aleatorizado conducido por Linehan y

colaboradores en los noventa, se comprobó que los individuos que llevaron DBT en comparación con aquellos que siguieron la terapia convencional, tuvieron mejor apego terapéutico en un 83% contra un 42%; se redujeron los días de estancia intrahospitalaria 8.6 días contra 38 días y reportaron niveles disminuidos de ira, mejora en el ajuste social y el desempeño laboral que la contraparte del grupo control (O'Connell & Dowling, 2014). Se ha reportado que los pacientes que se sometieron a 12 meses de DBT mejoraron el control de la impulsividad, las conductas autolesivas y el consumo nocivo de alcohol (Van Den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & Van Den Brink, 2005).

IV. ANTECEDENTES

Foxhall et al. (2019) hicieron una revisión sistemática y un meta-análisis acerca de la relación entre la sensibilidad al rechazo y el TLP, en donde se intentaba explorar si el abuso y negligencia en la infancia temprana es un factor de riesgo para el posterior desarrollo de una elevada sensibilidad al rechazo y si éste se asocia a la expresión del TLP. No obstante, determinaron que los resultados de los diferentes estudios hasta el momento no son concluyentes, posiblemente debido a la falta de estandarización en cuanto a la definición de “abuso”, a limitaciones metodológicas o a muestras de población con comorbilidades asociadas (Foxhall, Hamilton-Giachritsis, & Button, 2019).

Las personas con diagnóstico de TLP tienen una deficiencia en la cognición social, y, por lo tanto, relaciones interpersonales poco satisfactorias, principalmente por atribuciones erróneas del estado mental de los otros. Sin embargo, a lo largo de los años, diversos autores se han dado a la tarea de determinar en qué nivel comienzan estas malinterpretaciones. Por eso, Baron-Cohen, Joliffe, Mortimore y Robertson (1997) crearon el instrumento conocido como “Test de la Mirada” [*Reading the Mind in the Eyes (RMET)*], con el que se pretende medir el reconocimiento de las emociones, enseñándole al sujeto una serie de fotografías únicamente de los ojos, sin que aparezca el resto del rostro, en donde tiene que escoger una de las cuatro palabras que mejor describen lo que la persona de la

imagen está pensando o sintiendo (Savage y Lenzenweger, 2018). Savage y Lenzenweger (2018) combinaron un estudio que incluyera situaciones de rechazo, empleando el juego virtual de pase de pelota, *Cyberball* con el *RMET*, midiendo este último antes y después de una simulación de exclusión social. Los resultados obtenidos indicaban que, tras exponerse a la simulación, disminuía su capacidad para detectar estímulos faciales neutros. Incluso, a mayor sintomatología de TLP, era mayor el número de errores en la detección de los estímulos neutros después de la exclusión social (Savage y Lenzenweger, 2018).

Finalmente, revisiones sistemáticas de Cochrane y los estudios arriba mencionados han concluido que la DBT disminuye los niveles de ansiedad, la depresión, de conductas autolesivas, impulsividad, ingresos hospitalarios y prescripción de medicamentos en los pacientes con diagnóstico de TLP, por lo que, al día de hoy, se considera el tratamiento de elección (O'Connell & Dowling, 2014). Schmitgen et al. (2019) trataron de predecir, de acuerdo a las Imágenes por Resonancia Magnética funcional (IRMf) el curso que seguirían los pacientes ante la DBT (Schmitgen et al., 2019). Magni et al. (2019), investigaron los efectos de la Terapia Metacognitiva en los pacientes con TLP (Magni et al., 2019). Mancke et al. (2018) estudiaron los efectos de la DBT en los cambios cerebrales de pacientes con TLP y en contraste con un grupo que recibió terapia convencional, encontraron un aumento en la sustancia gris en la corteza cingulada anterior, el giro frontal inferior, el giro temporal superior, el giro angular y el giro supramarginal (Mancke et al., 2018). Schnell et al. (2007) evaluaron los efectos de la DBT antes y después de la terapia ante estímulos de valencia negativa. Encontraron un decremento en la respuesta hemodinámica ante estímulos negativos en el cíngulo anterior derecho, cíngulo posterior, ínsula izquierda y corteza temporal. Adicionalmente, en la amígdala izquierda y en ambos hipocampos (Schnell & Herpertz, 2007). Sin embargo, hasta donde se conoce, no se tienen antecedentes de los efectos de la DBT sobre el reconocimiento facial ante el rechazo social.

V. JUSTIFICACIÓN

Como se ha mencionado en líneas previas, las personas con TLP suelen tener disfunciones en diversas áreas de su vida; sin embargo, una de las más importantes es la derivada de la dificultad para entablar y mantener relaciones interpersonales significativas y estables, secundario a la sensibilidad al rechazo, que conlleva a malinterpretaciones del estado mental de otros individuos, y fomenta agresividad e impulsividad en los paciente con TLP, que pudieran derivar en conductas de riesgo que pongan en riesgo su integridad. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los pacientes con TLP que ingresan a un servicio de urgencias, después de un intento suicida o de conductas autolesivas que ameritan atención médica; se estima que la mortalidad por suicidio consumado es del 10% en este grupo clínico, siendo 50 veces más alto que en la población general (Lieb et al., 2004). Lo anterior representa costos elevados en los servicios de salud, porque la mayoría de los clínicos no tienen la capacitación para atender a esta población vulnerable, y de esta manera brindar contención efectiva de manera ambulatoria o psicoterapias que han demostrado disminuir las conductas autolesivas o el suicidio. Por lo tanto, sin una intervención oportuna, no es posible alcanzar las tasas de remisión expuestas con anterioridad, y se perpetúa el ciclo de la génesis propuesta para el trastorno.

Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton (2015) condujeron una revisión sistémica acerca de los modelos de parentalidad en madres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y su impacto en su descendencia. Entre sus hallazgos, destacan que los hijos de madres con TLP tienen mayor incidencia de psicopatología que los hijos de madres en el grupo control, encontrando niveles incrementados de depresión, suicidio, problemas de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. No obstante, algunos de sus datos son alarmantes, pues afirman que hasta el 9% de los descendientes de las madres con el trastorno que nos ocupa, ha intentado quitarse la vida. En dicha revisión, también enfatizan que los hogares de madres con TLP tienen mayor nivel reportado de hostilidad por parte de sus integrantes; retomando las estrategias de vida previamente expuestas, los menores de estos núcleos familiares estarán envueltos en ambientes que impresionan falta de recursos en el futuro inmediato e inestabilidad, por lo que, muy

probablemente optarán por estilos de vida rápidos, generando estilos de apego inseguros, impulsividad y pobre empatía (Brüne, 2016), perpetuando el ciclo y gestando nuevos individuos con estructura límite de la personalidad.

A pesar de que los participantes no tienen un beneficio directo al optar colaborar en el estudio, dentro de los beneficios indirectos, incluyen analizar el impacto de la DBT en la cognición social y en la sensibilidad al rechazo en nuestra población clínica, para predecir un pronóstico a corto, mediano y largo plazo, en lo que respecta principalmente a las relaciones interpersonales de los participantes. Entendiendo que el TLP suele asociarse a un estilo de vida rápido, se puede enfatizar a los pacientes con dicho trastorno acerca de la importancia de apegarse a un proceso psicoterapéutico que mejore la forma en cómo perciben a otros individuos, lo que permitirá que establezcan relaciones sentimentales con una mayor estabilidad, dando lugar a una descendencia con mejores oportunidades ambientales para su desarrollo, rompiendo el ciclo que gesta la personalidad limítrofe. Así mismo, se realizará una intervención oportuna en este grupo de pacientes, promoviendo que se involucren en psicoterapia a la brevedad, y así tratar de romper el ciclo que perpetúe la inestabilidad de las relaciones interpersonales buscando herramientas que les permitan incluso alcanzar la remisión de la sintomatología, con el consecuente y potencial efecto en la salud de su descendencia.

En cuanto a los riesgos, no se descarta la posibilidad de que posterior al juego de pase de pelota *Cyberball*, alguna de las participantes experimente un episodio de desregulación emocional, secundario a sentirse excluida socialmente. No obstante, en caso de presentarse dicha situación, se le brindará contención oportuna.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

Dentro de las características centrales del TLP se encuentran las relaciones interpersonales inestables; mismas que se fomentan por la notable sensibilidad al rechazo con la que cursan estos pacientes. Varias hipótesis al respecto han sido postuladas. Algunas asumen que el problema radica en la deficiencia en la Teoría

de la Mente, una pobre cognición social y falta de empatía, llegando a conclusiones aceleradas y realizando inferencias negativas de los estados mentales de otras personas.

Si se sabe que después de la DBT es posible aumentar el volumen de la sustancia gris y disminuir incluso la activación cerebral ante imágenes con valencia negativa, y que disminuye los niveles de ansiedad, depresión, conductas autolesivas e incluso los ingresos hospitalarios, se puede plantear que el reconocimiento de las emociones neutrales podría no verse alterado ante la exclusión social.

Hasta la fecha, no se conoce una causa específica para el desarrollo del TLP; sin embargo, se ha propuesto el modelo multifactorial para explicar la interacción entre la varianza genética y el impacto ambiental en la génesis del mismo. De acuerdo con las teorías evolutivas, las personas pueden optar por estrategias de vida rápidas o lentas, de acuerdo con las experiencias que hayan tenido principalmente en la infancia temprana y con la disponibilidad de recursos para el futuro (Brüne, 2016). Si se sigue la corriente de las teorías desarrolladas por Figueredo et al. (2017), se piensa que en individuos predispuestos al TLP se detonarían estrategias de vida rápidas, por lo que es de suma importancia documentar esta asociación, que, hasta donde se conoce, no ha sido estudiada.

VII. HIPÓTESIS

Los sujetos con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) que recibieron Terapia Dialéctica Conductual (DBT) presentarán un mejor desempeño en el reconocimiento facial de emociones bajo condiciones de exclusión social en comparación con aquellos que no han recibido Terapia Dialéctica Conductual (DBT).

VIII. OBJETIVOS

7.1. GENERAL

Valorar si los sujetos con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) que recibieron Terapia Dialéctica Conductual (DBT) presentan un mejor desempeño en el reconocimiento facial de emociones bajo condiciones de exclusión social, así como mayor contacto social y familiar en comparación con aquellos que no han recibido este tratamiento.

7.2. ESPECÍFICOS

1. Valorar si los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tratados con Terapia Dialéctica Conductual (DBT) presentan mejor desempeño en el reconocimiento facial de emociones (medido a través del Test de la Mirada) en comparación con aquellos que no han recibido DBT.
2. Valorar si los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tratados con Terapia Dialéctica Conductual (DBT) experimentan menor intensidad de rechazo (medido a través de la Escala de Necesidades y Amenazas) en comparación con aquellos que no han recibido DBT.
3. Valorar si los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) tratados con terapia dialéctica conductual (DBT) presentan mayor contacto social y familiar (medido a través de la subescala de apoyo y contacto social y familiar del KSF-42) en comparación con aquellos que no han recibido DBT.

7.3. SECUNDARIOS

1. Valorar si los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tratados presentan estrategias de vida lenta (medidas a través del KSF-42) en la subescala de planeación, altruismo, apego con parejas sentimentales, apego con padres biológicos y religiosidad, en comparación con aquellos que no han recibido DBT.

IX. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

a) Criterios de inclusión:

- Participantes femeninos con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, quienes actualmente se encuentren en seguimiento en la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- Edad entre 18 y 60 años

b) Criterios de Exclusión:

Sujetos con cualquiera de las siguientes condiciones clínicas:

- Trastorno de la Personalidad Antisocial
- Trastorno psicótico
- Trastorno de la alimentación en fase activa
- Trastorno bipolar en fase maniaca o depresiva
- Dependencia a sustancias que no se encuentre en remisión
- Discapacidad intelectual y trastornos profundos del desarrollo
- Coeficiente intelectual inferior al promedio
- Deterioro cognoscitivo

c) Criterios de Eliminación:

- Participantes con riesgo de conducta autolesiva o suicida, a quienes se les brindará atención psiquiátrica de manera inmediata

X. VARIABLES (DEFINICIÓN OPERACIONAL)

- Variables intrínsecas del paciente:
 - Edad
 - Trastorno Límite de la Personalidad: Trastorno de Personalidad que se caracteriza por la presencia de un patrón generalizado y persistente de inestabilidad o alteración en la regulación afectiva, el control de los

impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen. Operacionalmente se define por la presencia de 5 reactivos positivos en la subescala de TLP de SCID-II.

- Gravedad de los síntomas del TLP. Intensidad de la reactividad emocional, alteraciones de la identidad, relaciones inestables, paranoia, vacío y pensamientos de suicidio, así como la conducta negativa y positiva relacionada con estos síntomas en personas con TLP durante el último mes. Operacionalmente definido por el puntaje obtenido de la escala de severidad en tiempo del trastorno límite (BEST, por las siglas en inglés).
- Contacto/apoyo familiar y social. Percepción de aceptación, respaldo y contacto con miembros de la familia y medio social. Medido a través de la subescala de contacto y apoyo con amistades y familiares de la versión corta de la Batería de Historia de Vida de Alabama (K-SF-42).

- Variables independientes experimentales
 - DBT: Terapia Dialéctica Conductual.
 - Paradigma de inclusión/exclusión social (Cyberball): Es un juego virtual de pase de pase de pelota en el que a los participantes se les explica que jugarán con otros 2 individuos, que en realidad son avatares del programa. En total son 30 pases de pelota, distribuidos entre los jugadores. En el paradigma de inclusión social, los 30 pases se distribuyen de manera equitativa; lo que significa que el participante recibirá un tercio de los mismos ($n = 10$). En las condiciones de exclusión, únicamente recibirá 2 pases durante todo el juego (Euler et al., 2019).

- Variables dependientes
 - Reconocimiento de Emociones: Capacidad del individuo para inferir el estado mental de otra persona, basado en la Teoría de la Mente y el

constructo de cognición social (Roepke et al., 2012). Como se mencionó, se medirá a través del Test de la Mirada o RMET.

- Percepción de rechazo: intensidad de las emociones de enojo, tristeza y rechazo que el individuo percibe durante el juego virtual de pase de pelota denominado *Cyberball*. Dentro del modelo de Williams, la dinámica del juego es experimentada como una amenaza en las necesidades psicológicas fundamentales del participante: pertenencia, control, autoestima y existencia significativa. Lo anterior es medido en la Escala de Amenaza de Necesidades (Williams & Jarvis, 2006).

Variable	Instrumento	Tipo	Medición/Frecuencia de aplicación
Edad	Concentrado de datos demográficos	De razón	Años
Síntomas de TLP	BEST	Intervalar	5-75
Contacto/apoyo familiar y social	Subescala del K-SF-42	De razón	0-36
Reconocimiento de Emociones	RMET	Ordinal	Correcta o incorrecta. En 4 ocasiones: Pre-post <i>Cyberball</i> inclusión y/o exclusión, respectivamente
Paradigma de inclusión o exclusión social	<i>Cyberball</i>	Nominal	Inclusión o Exclusión
Percepción al Rechazo	EAN	Intervalo	14-140. En dos ocasiones: después del <i>Cyberball</i> de inclusión y/o de exclusión.

XI. POBLACIÓN A ESTUDIAR (CÁLCULO DE MUESTRA)

Se considerará una magnitud del efecto de 0.80, una potencia del 90% con una prueba de 2 colas de $\alpha=0.05$, por lo que se calculó una muestra poblacional de 34 sujetos por grupo. (Cohen, 1977)

XII. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (CON PROPIEDADES CLINIMÉTRICAS)

- Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del Eje II (SCID-II)

Es un cuestionario auto-aplicado que consta de 119 ítems de respuesta dicotómica para valorar posibles trastornos de la personalidad de acuerdo con el DSM-IV, mismos que se pueden agrupar en tres diferentes grupos: el grupo A, que incluye el trastorno de personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide; el grupo B, que engloba al antisocial, narcisista, histriónico y límite; y el grupo C, que consta del obsesivo compulsivo, dependiente, evitativo, depresivo y pasivo agresivo. Los sujetos que obtengan puntuaciones por encima del corte, deberán ser entrevistados por personal médico capacitado para corroborar el diagnóstico. La versión en español, ha mostrado una consistencia interna variable, aunque en general buena; Campo-Arias y su equipo reportaron un coeficiente de Kuder-Richardson de 0.54 (Campo-Arias, Díaz-Martínez, & Barros-Bermúdez, 2008).
- Escala de Evaluación de Severidad del Trastorno Límite en el Tiempo (BEST)

Escala de autoreporte de 15 reactivos, los cuales reciben un puntaje de acuerdo con una escala tipo Likert con un rango de 1(nunca) a 5 (siempre). Cuenta con 3 subescalas: 1) pensamientos y sentimientos, 2) conducta negativa y 3) conducta positiva relacionada con el TLP para la medición de la gravedad y el cambio en el tiempo (últimos 7 o 30 días) de los síntomas. En el presente estudio se solicitará que respondan considerando el último mes. Estudios de validez han mostrado una consistencia interna alta ($\alpha=0.89$) y prueba re-prueba moderada ($r=0.62$). (Pfohl et al., 2009)
- K-SF-42

Es una versión corta de la Batería de Historia de Vida de Alabama (ALHB), que consta de 42 reactivos, que resumen los 7 constructos originales del ALHB: planeación, altruismo, apego con parejas sentimentales, apego con padres biológicos y religiosidad, red de apoyo y contacto con amistades, red

de apoyo y contacto con familiares. Las primeras 5 subescalas tienen un rango de medición que varía desde -3 (fuertemente en desacuerdo) hasta +3 (fuertemente de acuerdo) y valoran las estrategias a lo largo de la vida. Las últimas dos subescalas (red de apoyo y contacto con amistades, red de apoyo y contacto con familiares) cuentan con un rango de medición de 0 (nunca) a 3 (mucho) en donde se valora la percepción de aceptación y contacto con familiares y entorno social durante el último mes. Un puntaje bajo equivale a una estrategia de vida rápida y un puntaje elevado, a una estrategia de vida lenta (Figueredo et al., 2017; van der Linden, Dunkel, Tops, Hengartner, & Petrou, 2018).

- Test de la Mirada (RMET, por sus siglas en inglés, *Reading the Mind in the Eyes Test*)

Es un instrumento que consta de 36 fotografías a blanco y negro, que incluyen únicamente los ojos de algunos individuos. Las imágenes están categorizadas en 3 valencias emocionales: positivas (incluye 8 fotografías: “juguetón”, “amigable”, “coqueto”, “confiado”, entre otras); negativas (12 imágenes tales como “hostil”, “preocupado”, “enojado”, etcétera) y neutral (16 fotografías con expresiones como “pensativo”, “interesado”, “insistente”, entre otras). Al participante con cada una de las imágenes, se le brindan 4 posibles opciones de respuesta (1 opción correcta y 3 distractores) para describir la emoción que mejor se adapta a la fotografía. Se utiliza para medir como el sujeto infiere el estado mental del otro (Goueli, Nasreldin, Madbouly, Dziobek, & Farouk, 2019; Savage & Lenzenweger, 2018). El rango normal es de 22-30 aciertos, y un puntaje superior a 30 indica un elevado nivel de empatía (Fundación Aigle (Argentina) & Rangé, 2010). La consistencia interna es de 0.65 y el valor de alfa de Cronbach es de .50 (Redondo & Herrero-Fernández, 2018).

- Cyberball

Es un juego virtual de pase de pelota que estimula experiencias leves de rechazo a través de condiciones de exclusión social. En la pantalla, aparecen 3 imágenes, una de ellas corresponde al sujeto de estudio y los 2 restantes, son animaciones que representan a los otros dos supuestos participantes. *Cyberball* tiene 2 opciones de juego: en una opción se involucra al individuo en el juego, con igual número de pases que al resto de las animaciones, y la segunda opción se le excluye, de tal forma que la pelota únicamente se pase entre las animaciones. Al sujeto se le solicita que al final de cada uno de los juegos, responda la “Escala de Amenaza de Necesidades” para valorar su experiencia durante la dinámica (Williams & Jarvis, 2006).

- Escala de Amenaza de Necesidades (EAN)

Es una escala autoaplicada que permite medir la intensidad de las emociones de rechazo, enojo o tristeza que el sujeto percibe posterior a participar en el juego virtual de pase de pelota (*Cyberball*). Consta de 14 reactivos, que se califican en un rango que va del 1 al 10, en donde 1 equivale a “de ningún modo, para nada” y 10 a “extremadamente mucho” El paradigma de *Cyberball* y la EAN, se basan en un modelo de amenaza temporal de necesidades. Con base en este modelo, se ha propuesto que cuando las necesidades psicológicas fundamentales, mismas que incluyen la autoestima, sentido de pertenencia, control y existencia significativa, se ven amenazadas, los sujetos experimentan una amplia gama de respuestas afectivas, conductuales, cognitivas y fisiológicas dirigidas a fortalecer las necesidades previamente comentadas (Williams & Jarvis, 2006)

XIII. DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

13.1. Tipo de Estudio

De acuerdo con:	
<i>Objetivo general</i>	Comparativo
<i>Temporalidad</i>	Transversal
<i>Componentes de grupo</i>	Homodémico
<i>Recolección de datos</i>	Prospectivo

13.2. Procedimiento

De acuerdo con el cálculo de muestra, se tenía planeado reclutar a 68 participantes, de género femenino que se encontraran en ese momento en seguimiento en la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Sin embargo, hubo limitaciones en esta parte del procedimiento, secundario a la contingencia sanitaria actual por SARS-CoV-2, siendo que a lo largo de este tiempo, se ha restringido por periodos la consulta presencial. Se les invitó a participar en el protocolo de tesis, explicándoles en qué consiste el proyecto, los potenciales beneficios y riesgos, así como el personal involucrado en su elaboración; posteriormente, se les proporcionó la Carta de Consentimiento Informado, para que pudieran leerla y aclarar sus dudas, y de esta manera, decidieran libremente si deseaban colaborar con la investigación.

Por la problemática previamente expuesta, se logró reclutar a 34 participantes que se encontraban en lista de espera para recibir terapia Dialéctica Conductual y a 6 participantes que ya habían concluido dicho programa, el cual se impartió dentro de las inmediaciones del Instituto, y constó de 22 sesiones (una por semana, por lo tanto, teniendo una duración de cinco meses y medio), y fue dirigido por personal certificado en la materia.

A todos los sujetos, se les aplicó la hoja de datos sociodemográficos, para conocer sus características y contexto personal, la Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del Eje II (SCID-II), con el objetivo de documentar el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y la Escala de Evaluación de Severidad del Trastorno Límite en el Tiempo (BEST) para la medición de la gravedad de los síntomas del TLP.

El Test de la Mirada (RMET) es un instrumento que se empleó para valorar la capacidad de reconocimiento facial en los participantes del estudio. Consta de 36 fotografías en total, sin embargo, para controlar la exposición de las imágenes y evitar sesgos de memoria que afecten el resultado, se dividió en RMET 1 y RMET 2 de manera aleatoria y balanceada, es decir, cada uno de ellos constó de 18 fotografías, de las cuales 4 tienen valencia positiva, 6 negativa y 8 neutral, siguiendo el procedimiento efectuado por Savage (Savage & Lenzenweger, 2018).

Cada participante del grupo de sujetos que no habían recibido DBT, de primera instancia, realizó el RMET 1. Posteriormente, se aleatorizaron las condiciones de *Cyberball* para cada sujeto, ya fuera en inclusión social o bien, en exclusión social, de tal forma que se crearon 2 subgrupos, cada uno conformado por 17 participantes. Al término del juego, mismo que tiene una duración aproximada de 5 minutos, a cada sujeto se le pidió que respondiera la Escala de Necesidades y Amenazas, para documentar la experiencia y la intensidad de rechazo percibida mediante la dinámica. Finalmente, tuvieron que realizar el RMET 2, para que se estudiara la forma en como reconocieron expresiones faciales después de sentirse incluidos o apartados de un grupo social. A manera de “descanso”, y de manera intencionada, nuevamente para evitar sesgos de memoria, en este momento se les aplicó la escala K-SF-42.

Se repitió entonces el proceso efectuado hasta ahora, modificando las condiciones instauradas en el juego de pase de pelota virtual. Es decir, los participantes realizaron el RMET 1, los que hayan jugado en condiciones de inclusión social, en esta ocasión lo harán en condiciones de exclusión social y viceversa; subsecuentemente contestarán la EAN, y harán una última medición del RMET 2.

Dicho procedimiento se efectuó de la misma manera, en el grupo que ya concluyó las sesiones de psicoterapia dialéctica conductual.

XIV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

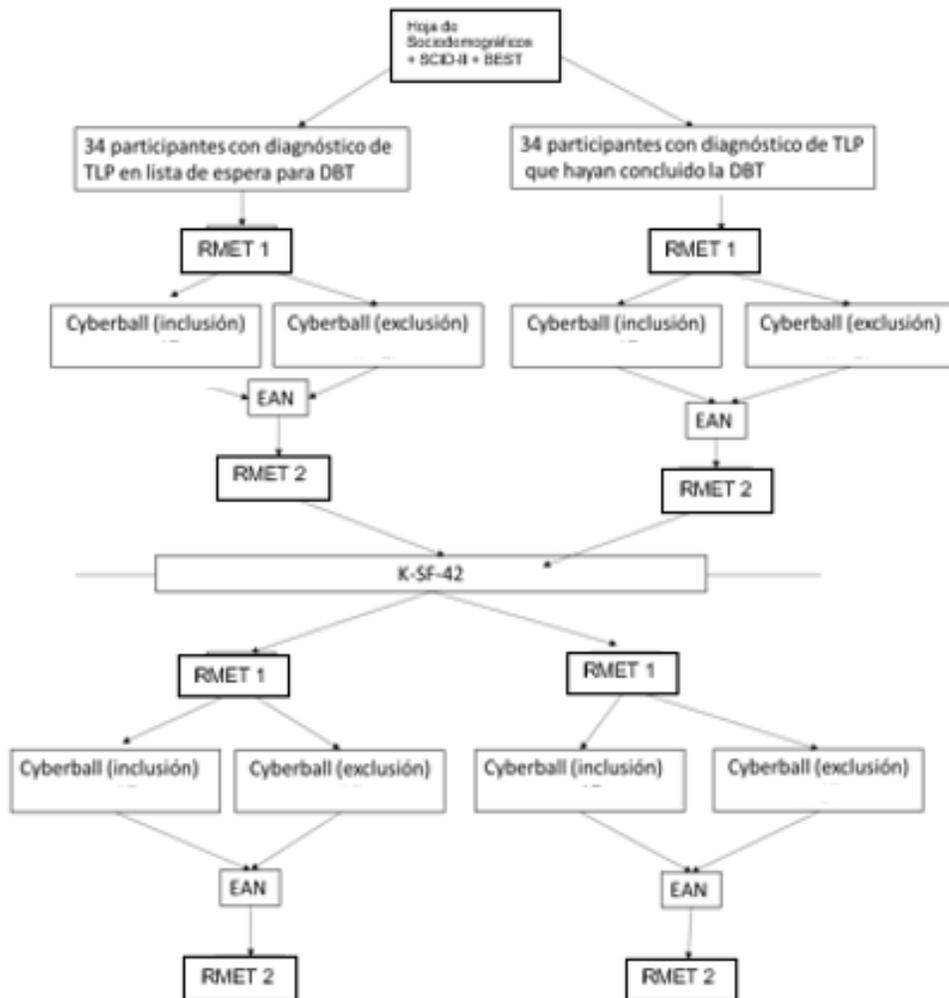
Se utilizaron los paquetes SPSS versión 23, Estadis y Excel para realizar los análisis estadísticos. Se obtuvieron las características de la edad y la escolaridad de cada grupo en medias y en frecuencias y porcentajes, respectivamente, así como las características sobre el estado civil y ocupación. Se obtuvieron las medias y desviaciones estándar de las pruebas aplicadas. Se emplearon varias pruebas de U de Mann Whitney para observar si había diferencias entre los puntajes de las subescalas y el total de la prueba BEST; otras pruebas U de Mann-Whitney se emplearon para realizar la comparación de la EAN en cada condición de inclusión y exclusión y otras más para la K-SF-42 entre los grupos, Para el RMET, se realizó un ANOVA de medidas repetidas dos factores en donde el Factor A fue la condición de inclusión y el Factor B fue el tiempo de presentación: pre y el post en el grupo LE.

XV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previo a la aplicación del protocolo, todo el proceso fue sometido a evaluación por el Comité de Ética en Investigación. Una vez que fue aprobado, a todos los participantes que accedieron a formar parte de él, se les otorgó una Carta de Consentimiento Informado, en la cual se explica ampliamente en qué consiste el estudio, objetivos, los potenciales beneficios y riesgos; y la libertad de desertar en el momento que lo consideren pertinente, sin que esto mermara la atención que reciben en la institución. A su vez, se enfatizó la confidencialidad de sus datos personales, y de los resultados que arrojó la investigación, los cuales quedaron a resguardo del investigador. Se anexa la Carta de Consentimiento Informado en el apartado correspondiente. Los participantes no tuvieron un beneficio directo al optar colaborar en el estudio, sin embargo, dentro de los beneficios indirectos, incluyó analizar el impacto de la DBT en la cognición social y en la sensibilidad al rechazo en nuestra población clínica, para predecir un pronóstico a corto, mediano y largo plazo, en lo que respecta principalmente a las relaciones interpersonales de los

participantes. Los potenciales riesgos incluyeron que experimentaran malestar clínico, que en caso de presentarse, se les brindó contención oportuna.

FLUJOGRAMA



XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	R1 2019- 2020	R2 2020 2021	R3 2021- 2022	R4 2022- 2023
Elaboración del anteproyecto	X			
Presentación del anteproyecto ante el Comité de Ética	X			
Solicitud de Autorización ante el Comité de Ética	X			
Realización de correcciones del anteproyecto	X			
Reclutamiento de pacientes y entrega de consentimiento informado		X	X	
Aplicación de instrumentos de evaluación			X	
Concentración de datos y análisis de resultados			X	
Redacción del texto de tesis			X	
Revisión por tutores y correcciones del documento final			X	X
Entrega final de la tesis ante la UNAM y el Comité de Tesis				X

XVII. RESULTADOS

17.1. Características sociodemográficas de la muestra

El grupo LE (Lista de Espera) estuvo conformado por 34 participantes; la totalidad de la muestra, acorde con lo planteado dentro de la metodología, fueron personas de sexo mujer. La edad promedio fue de 28.23 ± 9 años. Con relación a su estado civil, el 79.41% reportó encontrarse soltera, el 5.88% divorciada o en proceso de separación, 2.94% casada y el 2.94% viviendo en unión libre; el 8.82% restante, no contestó dicho apartado.

Respecto a su escolaridad, el 44.11% refirió haber concluido el Bachillerato, el 26.47% cuenta con estudios de Licenciatura, el 17.64% alcanzó la Secundaria, el 5.88% tiene una carrera técnica, el 2.94% un Posgrado y el 2.94% no respondió. Así mismo, el promedio en años de estudio fue de 13.33 ± 3 , lo cual es congruente con los grados académicos reportados. Al momento de la valoración, el 29.41% aseguró estar laborando de tiempo completo, el 23.52% externó tener tiempo libre, el 17.64% señaló trabajar de manera independiente, el 14.70% lo hace durante medio tiempo, el 2.94% se dedica a labores del hogar y el 11.76% prefirió reservarse esta información.

El grupo P-DBT (post-DBT), derivado de la contingencia sanitaria actual por SARS-CoV-2, y las consecuentes dificultades para reclutar muestra de manera presencial, siendo que, a lo largo de este proceso de investigación, las autoridades de la institución determinaron que se privilegiara la atención mediante Telemedicina y, por lo tanto, inhabilitando dicho paso del protocolo, se conformó únicamente por 6 participantes de las 34 que se tenía previstas de manera original. La totalidad de la misma fueron mujeres, con una edad promedio de 31.5 ± 8 años. Acerca de su estado civil, el 50% reportó estar soltera, el 33.33% casada y del 16.66% se desconoce esta información.

El 16.66% refirió haber concluido la educación secundaria, el 16.66% el Bachillerato, y el 66.66% la Licenciatura. Con base en lo anterior, el promedio de años de estudio fue de 14 ± 3 . Actualmente, el 33.33% señaló estar laborando de tiempo completo, el 33.33% de medio tiempo, el 16.66% aseguró encontrarse desempleada, y se desconoce a ocupación del 16.66% restante.

17.2. Diagnóstico de Personalidad

La totalidad de la muestra fue diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad, mediante entrevistas clínicas y a través del Inventario SCID-II.

17.3. Clinimetrías

- 17.4. Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): El grupo LE, obtuvo un puntaje promedio de 46.11 ± 10 , en dicha escala, en comparación con el grupo P-DBT, en donde se calculó un puntaje promedio de 23.82 ± 6 .

Tabla 3.1 Resultados del *Borderline Evaluation of Severity Over Time* (BEST, por sus siglas en inglés) en sus subescalas y para el puntaje total

Dimensión	Media (LE/P-DBT)	DE (LE/P-DBT)	U	p
<i>Pensamientos y Sentimientos</i>	29.17/16.5	6/5	15.5	0.001
<i>Conducta negativa</i>	11.91/4.66	4/0.8	5.0	<0.001
<i>Conducta positiva</i>	9.97/12.33	2/2	54.5	0.07
<i>Total</i>	46.11/23.83	10/6	8.5	<0.001

Las abreviaturas corresponden a: Lista de Espera, LE. Terapia Dialéctica Conductual, DBT, por sus siglas en inglés; Desviación Estándar, DE). En negritas se muestran los resultados con una $p < 0.05$ en la prueba U de Mann-Whitney.

Durante el proceso de investigación, se logró recabar los BEST del grupo P-DBT antes y después de que se sometieran a la intervención. La tabla 3.1.1. muestra la comparación entre ambos:

Tabla 3.1.1. Comparación de los resultados del *Borderline Evaluation of Severity Over Time* (BEST, por sus siglas en inglés) en uno de los grupos en sus subescalas y el puntaje total.

Dimensión	Media (pre-DBT/post-DBT)	DE (pre-DBT/post-DBT)
Pensamientos y Sentimientos	26.6/16.5	10/5
Conducta negativa	7.6/4.66	4/0.8
Conducta positiva	11/12.33	3/2
Total	38.2/23.83	16/6

Las abreviaturas corresponden a: BEST pre y post DBT en el grupo en el que la Dialectic Behavioral Therapy (DBT, por sus siglas en inglés) se administró antes y después. (Lista de Espera, LE; Desviación Estándar, DE).

17.5. Test de la Mirada (RMET): El RMET se aplicó en 4 momentos distintos: en el grupo LE, se obtuvo un puntaje promedio previo a someterse al *Cyberball* en condiciones de Inclusión de 10.20 ± 2 , y posterior a dicho juego de 10.29 ± 2 , respectivamente. En el paradigma de exclusión, antes de jugar bajo estas características, el mismo grupo obtuvo un puntaje promedio de 9.47 ± 3 , y al término de éste de 9.94 ± 2 . Por otro lado, el grupo P-DBT pre-inclusión obtuvo un puntaje medio de 9.83 ± 1 y post-inclusión de 10.83 ± 2 . El mismo grupo pre-exclusión, obtuvo puntajes promedios de 10.5 ± 3 y post-exclusión de 10 ± 2 .

En la Tabla 3.2, se muestran las medias y las desviaciones estándar de cada grupo para cada condición y tiempo (LE: n = 33; PDBT: n= 4; esto porque 2 participantes del grupo P-DBT no contestaron completamente la prueba del RMET; y en el grupo de LE una de ellas tampoco la completó).

GRUPO	LE				POST-DBT			
	pre inclusión	post inclusión	pre exclusión	Post exclusión	pre inclusión	Post inclusión	pre exclusión	Post exclusión
Media	10.30	10.36	9.75	9.93	10.00	11.75	10.00	10.50
(DE)	(2)	(2)	(3)	(2)	(2)	(2)	(3)	(2)

Las abreviaturas corresponden a: Lista de Espera, LE. Terapia Dialéctica Conductual, DBT, por sus siglas en inglés; Desviación Estándar, DE).

Debido al número reducido de integrantes en el grupo P-DBT, se decidió realizar únicamente un ANOVA de medidas repetidas dos factores en donde el Factor A fue la condición de inclusión y el Factor B fue tiempo de presentación: el pre y el post en el grupo LE; sin embargo, ninguna de las comparaciones fue significativa. Como

puede observarse en la Tabla 3.2.1., incluyendo la interacción entre la condición y el tiempo.

Tabla 3.2.1. Análisis de Varianza para el grupo de Lista de Espera (LE).									
LE									
CONDICIÓN				TIEMPO				INTERACCIÓN	
gl = 1, 32				gl = 1, 32				gl = 1, 32	
INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN			PRE	POST			CONDICIÓN X TIEMPO	
Media (DE)	Media (DE)	F	p	Media (DE)	Media (DE)	F	p		F p
10.33 (2)	9.84 (2)	1.23	0.27	10.03 (2)	10.15 (2)	0.08	0.76		0.02 0.87

En la Figura 01 pueden observarse las medias y desviaciones estándar de cada grupo y condición.

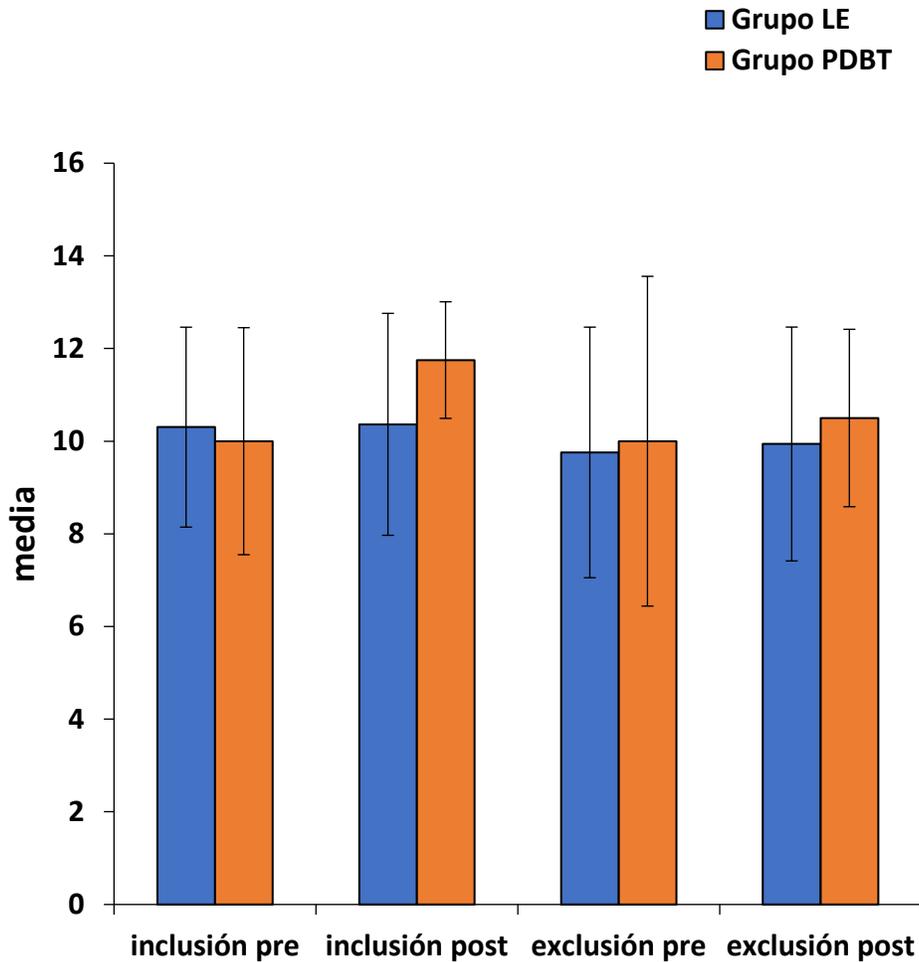


Fig. 01. Se observa la media y desviación estándar de cada condición de la prueba "Reading the mind eyes test" en ambos grupos. No hay diferencias significativas entre las medias en ambas condiciones.

17.6. Escala de Necesidades y Amenazas (EAN): En la EAN posterior al *Cyberball* de inclusión, el grupo LE obtuvo un puntaje de 59.85 ± 19 , en contraste con las participantes que recibieron DBT, quienes obtuvieron un puntaje promedio de 62 ± 17 . Por otro lado, en la misma escala, después de someterse al precitado juego en condiciones de exclusión, el grupo LE

obtuvo un puntaje de 77.61 ± 19 versus el grupo P-DBT, que obtuvo 46.5 ± 14 .

Condición	Media (LE/P-DBT)	DE (LE/P-DBT)	U	p
<i>Inclusión</i>	74.26/64.33	26/24	81.5	0.60
<i>Exclusión</i>	111.82/64.16	26/9	8.0	<0.001

Las abreviaturas corresponden a Lista de Espera, LE; Terapia Dialéctica Conductual, DBT; Desviación Estándar, DE.

17.7. K-SF-42: La puntuación total del grupo LE fue de 197 ± 20 y la del grupo DBT que fue de 203.16 ± 24 . A su vez, se desglosó por dimensión, mismas que se muestran en la tabla 3.4.

Así mismo, se llevaron a cabo pruebas no paramétricas, optando por una U de Mann-Whitney, encontrando un valor de p para toda la escala = 0.622. De manera desglosada, se calculó para cada una de las subescalas que la conforman, encontrando los siguientes valores de p : insight, planificación y control fue de $p = 0.002$, para altruismo de 0.608, para religiosidad de 0.621, apego romántico $p = 0.110$, relación parental $p = 0.296$, contacto y apoyo familiar $p = 1.000$, contacto y apoyo social $p = 0.864$.

<i>Tabla 3.4. Resultados de las diferentes subescalas de la KSF-42</i>						
Dimensión	Media (LE/P-DBT)	DE (LE/P-DBT)	Rango promedio (LE/P-DBT)	Suma de rangos	U	p
<i>Planeación</i>	22.88/34.33	8/3	17.93/35.08	609.50/210.50	14.5	0.001
<i>Altruismo</i>	21.88/23.5	7/7	20.10/22.75	683.50/136.50	88.5	0.608
<i>Religiosidad</i>	21.88/23.66	8./6	20.12/22.67	684.0/136.0	89.0	0.621
<i>Apego Romántico</i>	30.47/24.16	7/7	21.74/13.50	739.0/81.0	60.0	0.110
<i>Relación Parental</i>	35.32/32.5	4/7	21.31/15.92	724.50/95.50	74.5	0.296
<i>Contacto y apoyo familiar</i>	32.97/32.5	5/8	20.50/20.50	697.0/123.0	102.0	1.000
<i>Contacto y apoyo social</i>	32.23/32.5	5/8	20.37/21.25	692.5/127.5	97.5	0.864
<i>Total</i>	197.64/203.16	20.47/24.37	20.12/22.67	684.0/136.0	89.9	0.622

Las abreviaturas corresponden a Lista de Espera, LE; Terapia Dialéctica Conductual, DBT; Desviación Estándar, DE

XVIII. DISCUSIÓN

El grupo LE estuvo conformado por la totalidad de los miembros calculados al inicio del protocolo; sin embargo, para el grupo P-DBT, derivado de la contingencia sanitaria actual por SARS-CoV-2, únicamente se pudieron reunir a 6 participantes. La única diferencia a destacar en los datos sociodemográficos es que aquellas que componen el grupo P-DBT, reportaron una escolaridad a nivel Licenciatura en un 66.66%, lo que supone un 40.19% más que las participantes del grupo LE; sin embargo, esto pudiera atribuirse a la diferencia en el número de participantes por grupo. Así mismo, destaca que globalmente, la mayoría aseguró encontrarse soltera al momento de la valoración, sin importar si ya habían concluido el modelo psicoterapéutico o no, lo que pudiera sugerir que las relaciones interpersonales siguen suponiendo un área de oportunidad en esta población clínica.

La totalidad de la muestra fue evaluada mediante una entrevista clínica y a través del SCID-II, con el que de manera objetiva se documentó el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Se les aplicó la Escala de Evaluación de Severidad del Trastorno Límite en el Tiempo (BEST), obteniendo una media de 46.11 y 23.83 puntos en el grupo LE y el grupo P-DBT, respectivamente. Lo anterior implica una diferencia de 22.28 puntos entre ambos. Se realizó un análisis de las subescalas que conforman el BEST, encontrando diferencias en ellas también: 12.97 puntos para el apartado de “Pensamientos y Sentimientos”; 7.25 puntos en “Conducta Negativa” y un incremento de 2.36 en “Conducta Positiva”. Con base en estos datos, se puede concluir que existe un menor índice de gravedad de los síntomas de TLP en aquellas personas que se han sometido a un proceso psicoterapéutico, en este caso, terapia Dialéctica Conductual, en comparación con los que nunca han tenido tratamiento de esta índole. Los resultados son comparables con los publicados por Reyes-Ortega et al. (2019), quienes compararon la eficacia de aplicar distintas intervenciones, entre ellas Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Analítica Funcional (FAP) y DBT o una combinación de todas las previas, a un grupo de personas con diagnóstico de TLP. Este grupo de investigadores encontró un puntaje basal promedio en el BEST, en el grupo que posteriormente recibiría DBT, de 43.9, y después de la intervención, en la misma escala de 27.6.

Aunque no formaba parte de los objetivos planteados al inicio del protocolo, se tuvo acceso a los BEST previos a la intervención del grupo P-DBT, por lo que también se compararon los puntajes que obtuvieron dentro del mismo grupo: de manera global, se obtuvo una reducción de 14.37 puntos, en la subescala de pensamientos y sentimientos de 10.1, en la de conducta negativa de 2.94 y en la de conducta positiva un aumento de 1.33. Lo anterior es similar a lo reportado por Stiglmayr et al. en 2014, quienes condujeron un estudio para valorar la efectividad de la DBT en una población clínica ambulatoria en Berlín, encontrando mejoría en los síntomas del TLP y psicopatología general, tras un año de psicoterapia, llegando

a concluir que solamente el 23% de la muestra (n= 47) cumplía criterios para dicho trastorno al final de la intervención. Sin embargo, este grupo de investigadores utilizó la Borderline Symptom List (BSL por sus siglas en inglés para medir los síntomas). Robinson y cols, en 2017 condujeron un estudio similar en Canadá, concluyendo que 12 meses de DBT reducían los síntomas de TLP y la psicopatología general, incrementaban los mecanismos de afrontamiento al incidir en las conductas disfuncional, y por lo tanto, mejoraban la calidad de vida de los consultantes.

Uno de los objetivos específicos del trabajo que nos ocupa, era valorar si haber tenido tratamiento con DBT se relaciona con mayor certeza en el reconocimiento facial medido a través del instrumento denominado RMET. A lo largo de la realización del protocolo, se tuvo que excluir a una participante del grupo LE y a dos del grupo P-DBT secundario a que no respondieron en su totalidad dicha prueba. Se calcularon medias, desviaciones estándar y un ANOVA para el grupo LE. Para las condiciones de pre-inclusión en el *Cyberball*, el grupo LE obtuvo una media de 10.30, mientras que el grupo P-DBT de 10.0 puntos; posterior a dicho juego, las medias fueron de 10.36 y 11.75, respectivamente. Por otro lado, en condiciones de exclusión, antes de someterse al paradigma, el grupo LE obtuvo una media de 9.75 y el grupo P-DBT de 10.0; al concluir el *Cyberball* fue de 9.93 y de 10.50. Si tomamos en consideración que se considera dentro de parámetros de referencia que un sujeto tenga entre 22 y 30 aciertos en la prueba, ninguno de los 2 grupos demostró tener una mentalización adecuada. Desde la década de los ochentas, Kernberg (1984) postuló que las personas con TLP suelen inferir, y en muchas ocasiones equivocadamente, estados afectivos, intenciones y significados a la conducta y actitudes de terceros durante la interacción social. A través del tiempo, diversos autores han propuesto teorías para sustentar esta teoría, proponiendo que las personas con TLP suelen estar sumamente expectantes de señales de abandono y rechazo en las relaciones interpersonales, por lo que suelen estar muy alertas de cualquier indicación de ello. Por tanto, esta hipervigilancia se ve afectada en contextos en los que experimenten emociones intensas. Por

ejemplo, durante los episodios de desregulación emocional, los sujetos con TLP muestran un estilo de pensamiento rígido y sesgado, que se conoce como “blanco y negro” o “pensamiento dicotómico”, seguido de una disfunción en el control cognitivo y la capacidad de razonamiento (Lenzenweger et al, 2006). Sin embargo, en la investigación clínica se han encontrado resultados poco concluyentes respecto a la cognición social de las personas con TLP. En 2009, Fertuck et al. demostraron que las personas con TLP tenían un mejor desempeño en el RMET que los controles; específicamente identificando las expresiones neutrales y positivas. Por su parte, Savage et al. incluyeron la variable de la exclusión social, en un estudio similar al nuestro, en donde encontraron que, tras someterse al paradigma de *Cyberball* en estas condiciones, aquellas participantes con puntajes de TLP más elevados, tenían un peor rendimiento identificando las valencias neutras del instrumento (Savage, 2017). Si bien en nuestra investigación no se comparó a un grupo de personas con TLP versus controles, ni tampoco se analizó el rendimiento por valencias, en la muestra impresiona que de manera global la capacidad de mentalización continúa mermada a pesar de haberse sometido a DBT, y no se encontraron diferencias significativas entre las condiciones de inclusión y de exclusión.

A pesar de las limitaciones en la capacidad para identificar expresiones faciales, encontramos que, si hubo una diferencia significativa en la percepción de rechazo entre los grupos, medida a través de la Escala de Necesidades y Amenazas (EAN) principalmente tras completar el *Cyberball* en condiciones de exclusión, con una diferencia de 47.66 puntos, lo que implica una diferencia del 57.37%. Sin embargo, bajo condiciones de inclusión, la diferencia entre los grupos fue de 13.38%. Dichos contrastes pueden atribuirse al hecho de que se ha encontrado a través de las investigaciones en personas con TLP, que éstas experimentan rechazo incluso en situaciones de inclusión social, que suelen tener sesgos negativos con respecto a su participación e interacción social, con la consecuente manifestación de emociones negativas y experiencia interna de rechazo (Staebler, et. al 2011).

Finalmente, la última escala que se utilizó fue el KSF-42, con el objetivo de valorar si existían diferencias en la manera de relacionarse con otras personas, en las participantes del grupo P-DBT. Sin embargo, contrario a lo que se planteó como hipótesis inicial, no hubo cambio en estos rubros, en las subescalas denominadas “Contacto y apoyo familiar” y “contacto y apoyo social”, las cuales eran sujetas a cambios en el último mes. Lo anterior puede tener varias explicaciones: la primera es que el número de participantes no haya sido representativo, y por lo tanto no se exprese en este apartado de los resultados. La segunda es que, tal y como han reportado varios autores, entre los que destacan Zanarini et al. (2010), los problemas interpersonales son severos y persistentes a través del tiempo. De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (2013), estos se definen como “relaciones interpersonales inestables e intensas, con tendencia y alternancia entre la idealización y la devaluación, alta sensibilidad interpersonal y esfuerzos para evitar el abandono”. Gunderson y otros (2007) han concluido que probablemente sea una de las características patognomónicas del TLP y, por tanto, uno de los objetivos terapéuticos de todos los abordajes actuales. Sin embargo, se ha demostrado que dependen de la influencia de la inestabilidad afectiva y el enojo, características que, comparadas con otros dominios del TLP, alcanzan las menores tasas de remisión en un seguimiento a 2 años, de acuerdo con resultados de McGlashan et al. (2005). Sería de utilidad en protocolos futuros, darle seguimiento en el tiempo a las personas que se sometieron a DBT, para valorar si estos parámetros llegan a modificarse. En contraste, encontramos una p de 0.001 en la dimensión de “planificación”; esto guarda relación con un estudio conducido por Davenport y cols.(2010) cuando sugirieron que un grupo de personas que ya habían tomado DBT puntuarían más alto en consciencia y amabilidad, de acuerdo con un cuestionario basado en el modelo de personalidad “The big five”; considerando que no habría cambios entre los grupos en lo que a neuroticismo se refiere, respetando la propuesta inicial de Linehan que habla del modelo biosocial. Lo anterior también se explica con los resultados de este modelo psicoterapéutico, reportados por Van

der Bosch et al, en donde tras 12 meses de intervención se reduce la impulsividad, traducida en conductas autolesivas y consumo de sustancias.

XIX. CONCLUSIONES

El presente trabajo demuestra que la DBT es una intervención efectiva en el tratamiento de las personas con TLP, al disminuir los síntomas medidos mediante la escala BEST prácticamente a la mitad de los valores obtenidos previos a someterse a la psicoterapia. Sin embargo, no logra mejorar la capacidad para reconocer expresiones faciales en terceros. Así mismo, resultó de interés que también disminuyera la percepción de rechazo, y que esto no impactara positivamente en las subescalas que miden la calidad de sus relaciones interpersonales, tomando en consideración que se trata de un abordaje que, si bien tiene influencia de mindfulness y dialéctica, gran parte de su estructura proviene de la terapia cognitiva conductual, y por tanto, está enfocada a promover un cambio de conductas.

Dentro de las fortalezas, destacan que los resultados reflejan una población clínica proveniente de un centro de referencia a nivel nacional, lo que implica una concentración de personas con psicopatología de gravedad suficiente que amerite manejo en una unidad de tercer nivel de atención. Así mismo, se aplicaron dos herramientas que en la literatura internacional se han utilizado para explorar constructos claves del TLP, como son la sensibilidad al rechazo y las fallas en la Teoría de la Mente: el *Cyberball* y el RMET. Sin embargo, una de las limitaciones principales es el número total de la muestra, particularmente el del grupo P-DBT, el cual no se logró completar como se tenía previsto en la metodología inicial, derivado de la contingencia sanitaria actual por SARS-CoV-2 y su impacto en la afluencia de usuarios presenciales a nuestra institución. De igual manera, en la mayoría de los estudios consultados como sustento teórico, proponen un modelo de DBT de al menos 12 meses, que incluye los 4 módulos propuestos originalmente por Marsha Linehan en la década de los noventa, y en el medio público en el que nos

desenvolvemos no es posible brindarlo de esta manera por la alta demanda de personas, la escasez de tiempo por consulta y la falta de personal sanitario capacitado para impartirla, motivo por el cual, se limita a la terapia grupal, por un periodo de 22 semanas.

Como propuestas para investigaciones futuras, sería de interés colectivo lograr estudiar las diferencias entre las variables que presentamos en este trabajo, pero dentro del mismo grupo de personas, antes y después de someterse a la DBT, y posiblemente añadir otras como los diagnósticos de Eje I y su esquema farmacológico, para determinar el impacto que tienen en la efectividad de la terapia y en el pronóstico de los participantes. Otra línea de investigación incluiría analizar el desempeño de los usuarios en el RMET por valencia de las fotografías, para poder establecer un patrón en los potenciales sesgos o atribuciones de las mismas, sometiéndolas al paradigma de ostracismo de *Cyberball*.

XX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 Diagnostic Classification. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.x00diagnosticclassification>
- Arango, I., Miranda, E., Sánchez Ferrer, J., Fresán, A., Reyes, M., Vargas, A., Barragán, S., Villanueva-Valle, J., Muñoz-Delgado, J., Robles, R. (2019) "Changes in facial emotion expression during a psychotherapeutic intervention for patients with borderline personality disorder" *Journal of Psychiatric Research* 114 (2019) 126-132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.026>
- Brone, M. (2016). Why "fast and furious"? *Evolution, Medicine and Public Health*, 2016(1), 52–66. <https://doi.org/10.1093/EMPH/EOW002>
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., & Barros-Bermúdez, J. A. (2008). Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(3), 378–384.
- Cohen, J. (1977). No Title. In *Statistical Power Analysis for the behavioral sciences* (p. 6).
- Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. (2010). Quaderns de salut mental 8. Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Cl*, 37, 14–26. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.01.006>
- O'Connell, B., Dowling, M. (2014) "Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (2014), 21, 518-525. doi: 10.1111/jpm.12116
- Del Giudice, M. (2014). An Evolutionary Life History Framework for Psychopathology. *Psychological Inquiry*.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.884918>
- Del Giudice, M., Ellis, B. J., & Shirtcliff, E. A. (2011). The Adaptive Calibration Model of stress responsivity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(7),

1562–1592. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.007>

Dixon-Gordon, K. L., Gratz, K. L., Breetz, A. & Tull, M. T. (2013). A laboratory-based examination of responses to social rejection in borderline personality disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Personality Disorders*, 22, 135-147. doi: 10.1521/pedi.2013.27.2.157

Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., & Fonagy, P. (2019). Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations with Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 1–17. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427

Fertuck, E., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M., Wilson, S., Brodsky, B., Stanley, B. (2009) "Enhanced "Reading the Mind in the eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls" *Psychol Med*. 2009 December; 39(12): 1979-1988. doi:10.1017/5003329170900600X

Figueredo, A. J., Garcia, R. A., Michael Menke, J., Jacobs, W. J., Gladden, P. R., Bianchi, J. M., ... Li, N. P. (2017). The K-SF-42: A new short form of the Arizona life history battery. *Evolutionary Psychology*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1177/1474704916676276>

Foxhall, M., Hamilton-Giachritsis, C., & Button, K. (2019). The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 289–326. <https://doi.org/10.1111/bjc.12216>

Fundación Aigle (Argentina), C., & Rangé, B. (2010). Revista argentina de clínica psicológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, ISSN 0327-6716, Vol. 19, N° 3, 2010, Págs. 211-220, 19(3), 211–220. Retrieved from <https://0-dialnet-unirioja-es.cataleg.uoc.edu/servlet/articulo?codigo=4264625>

Goueli, T., Nasreldin, M., Madbouly, N., Dziobek, I., & Farouk, M. (2019). Social cognition in adolescent females with borderline personality traits. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1–15.

<https://doi.org/10.1111/papt.12257>

Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1007358>

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.

Lazarus, S. A., Southward, M. W., & Cheavens, J. S. (2016). Do borderline personality disorder features and rejection sensitivity predict social network outcomes over time? *Personality and Individual Differences*, 100, 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.032>

Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2005). *Major Theories of Personality Disorder* (2nd editio). New York/ London: The Guilford Press.

Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959–986. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050455>

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Elsevier Ltd Seminar Borderline personality disorder. *TheLancet.Com*, 364, 453.

Magni, L. R., Carcione, A., Ferrari, C., Semerari, A., Riccardi, I., Nicolo, G., ... Silvestre, V. (2019). Neurobiological and clinical effect of metacognitive interpersonal therapy vs structured clinical model: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2127-2>

Mancke, F., Schmitt, R., Winter, D., Niedtfeld, I., Herpertz, S. C., & Schmahl, C. (2018). Assessing the marks of change: How psychotherapy alters the brain

- structure in women with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 43(3), 171–181. <https://doi.org/10.1503/jpn.170132>
- Miano, A., Fertuck, E. A., Arntz, A., & Stanley, B. (2013). Rejection sensitivity is a mediator between borderline personality disorder features and facial trust appraisal. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 442–456. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_096
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 518–525. <https://doi.org/10.1111/jpm.12116>
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 67–75. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): A self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 281–293. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.281>
- Redondo, I., & Herrero-Fernández, D. (2018). Adaptación del Empathy Quotient (EQ) en una muestra española. *Terapia Psicológica*, 36(2), 81–89. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082018000200081>
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H. R., & Dziobek, I. (2012). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, (JAN). <https://doi.org/10.3389/fnins.2012.00195>
- Salud, S. de. (2019). Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad. Retrieved December 13, 2019, from Gobierno de México website: <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>

- Savage, M., & Lenzenweger, M. F. (2018). The impact of social exclusion on “reading the mind in the eyes” performance in relation to borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 109–130.
https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_293
- Schmitgen, M. M., Niedtfeld, I., Schmitt, R., Mancke, F., Winter, D., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2019). Individualized treatment response prediction of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder using multimodal magnetic resonance imaging. *Brain and Behavior*, 9(9), 1–12.
<https://doi.org/10.1002/brb3.1384>
- Schnell, K., & Herpertz, S. C. (2007). Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41(10), 837–847.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.08.011>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Kielsholm, M. L., ... Simonsen, E. (2018). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955>
- Staebler, K., Renneberg, B., Stopsack, M., Fiedler, P., Weiler, M., & Roepke, S. (2011). Facial emotional expression in reaction to social exclusion in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 41, 1929–1938.
- Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meiber, J., Spretz, D., Steffens, C., Roepke, S., Frydricj, T., Salbach-Andrae, H., Schulze, J., Renneberg, B. (2014) "Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study" *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2014, 1:20 <http://www.bpded.com/content/1/1/20>
- Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & Van Den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9),

1231–1241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.008>

van der Linden, D., Dunkel, C. S., Tops, M., Hengartner, M. P., & Petrou, P. (2018). Life history strategy and stress: An effect of stressful life events, coping strategies, or both? *Personality and Individual Differences*, *135*(August), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.024>

Williams, K. D., & Jarvis, B. (2006). Cyberball: A program for use in research on interpersonal ostracism and acceptance. *Behavior Research Methods*, *38*(1), 174–180. <https://doi.org/10.3758/BF03192765>

XXI. ANEXOS

21.1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Ciudad de México a _____



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio estamos invitando a participar en un proyecto de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, denominado ***“Sensibilidad al Rechazo, reconocimiento de emociones y relación con la historia de vida, en sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad bajo Terapia Dialéctica Conductual”***. A continuación, se describe el estudio:

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una de las causas más frecuentes de consulta psiquiátrica; se presenta en el 2% de la población. Se caracteriza principalmente por dificultad en las relaciones con otras personas, cambios bruscos del estado de ánimo, pobre control de impulsos y alteraciones en la manera de verse a sí mismo. Las causas del TLP no se comprenden por completo todavía, pero se cree que hay factores genéticos y de las experiencias de vida de una persona involucrados. El tratamiento preferible es la psicoterapia, pues se tiene evidencia de que mejora la sintomatología del TLP a largo plazo, dejando los medicamentos para situaciones muy puntuales. Por otro lado, las estrategias de vida hablan acerca de la forma en como una persona usa los recursos que tiene disponibles para buscar pareja, reproducirse, y planear a futuro. Según esta teoría, existen 2 tipos de estrategias de vida: lenta y rápida.

El objetivo de este estudio es determinar si existe una asociación entre las estrategias de vida rápida en sujetos con TLP, y la relación que esto tiene con la manera en cómo reconocen emociones en otras personas, en situaciones donde se sienten excluidos. También pretendemos estudiar si esto se modifica una vez que han recibido tratamiento con psicoterapia Dialéctica Conductual.

El procedimiento tiene una duración aproximada de 90 minutos, y consta de lo siguiente: primero responderá un cuestionario acerca de algunos datos personales, y luego otros 2 sobre su personalidad. Posteriormente, resolverá un test sobre su percepción de la expresión facial; jugará de manera virtual un juego de pase de pelota; cuando termine responderá unas preguntas sobre su experiencia y de nueva cuenta, se le aplicará el test de la expresión facial. Después responderá unas preguntas sobre su relación con otras personas, la planificación de sus actividades y recursos, su religiosidad y otros aspectos de su vida.

Es importante destacar que, si en algún momento durante las actividades previamente explicadas, experimenta malestar, se le brindará la contención correspondiente de manera oportuna.

Sus datos personales, la información que proporcione al responsable del protocolo, y los resultados obtenidos a partir de éste, son completamente confidenciales; ninguna persona ajena al estudio puede tener acceso a ellos ni se utilizarán con fines ajenos a los establecidos para propósitos de la investigación.

La participación en este protocolo es completamente voluntaria. Si decide apoyar el estudio y, después de un tiempo ya no desea continuar, puede retirarse cuando lo deseé, sin que esto repercuta de alguna manera en la atención que recibe en esta institución. En caso de que tenga alguna duda, siéntase libre de ponerse en contacto con los investigadores a cargo de esta investigación, **Dra. Andrea Ladrón de Guevara Enrich, Dr. Andrés Rodríguez Delgado y Dra. Alejandra Rosales Lagarde**, al teléfono 4160-5000, o bien, acudir al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en Calzada México -Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, en la Alcaldía Tlalpan, CDMX.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO

TESTIGO 1

TESTIGO 2

21.2. ESCALAS (INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN CLÍNICA)

21.2.1. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (SCID-II)

Iniciales: ___ ___ ___

Fecha: ___/___/___ CP1

INSTRUCCIONES

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

1.	¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente?	NO	SI	CP4
2.	¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?	NO	SI	CP5
3.	¿Le resulta difícil ser “abierto” incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?	NO	SI	CP6
4.	¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI	CP7
5.	¿Permanece generalmente callado cuando conoce a gente nueva?	NO	SI	CP8
6.	¿Cree usted que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI	CP9
7.	¿Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SI	CP10
8.	¿Necesita usted frecuentemente dejarse aconsejar y tranquilizar su ansiedad por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?	NO	SI	CP11
9.	¿Depende usted de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?	NO	SI	CP12

10.	¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SI	CP13
11.	¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?	NO	SI	CP14
12.	¿Se ha ofrecido con frecuencia como voluntario para realizar tareas desagradables?	NO	SI	CP15
13.	¿Se siente usted generalmente incómodo cuando está solo?	NO	SI	CP16
14.	Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente usted que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?	NO	SI	CP17
15.	¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo (a)?	NO	SI	CP18
16.	¿Es usted la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SI	CP19

17.	¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?	NO	SI	CP20
18.	¿Le parece a usted o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?	NO	SI	CP21
19.	¿Tiene usted unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?	NO	SI	CP22
20.	¿Le cuesta a usted mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?	NO	SI	CP23
21.	¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como usted quiere?	NO	SI	CP24
22.	¿Le cuesta a usted mucho gastar dinero en usted mismo o en otros, incluso teniendo suficiente?	NO	SI	CP25
23.	¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SI	CP26

24.	¿Le han comentado otras personas que es usted terco o rígido?	NO	SI	CP27
25.	Cuando alguien le pide que haga algo que usted no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SI	CP28
26.	Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente “olvidarse” de hacerlo?	NO	SI	CP29
27.	¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que usted hace?	NO	SI	CP30
28.	¿Está usted a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SI	CP31
29.	¿Le ha parecido a usted que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?	NO	SI	CP32
30.	¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	CP33
31.	¿Se queja usted a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SI	CP34
32.	¿Rehúsa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI	CP35
33.	¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SI	CP36
34.	¿Cree usted ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?	NO	SI	CP37
35.	¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?	NO	SI	CP38

36.	¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SI	CP39
37.	¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SI	CP40
38.	¿Cree usted que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI	CP41
39.	¿Espera usted casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SI	CP42

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

56.	¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de usted, aunque no podía ver a nadie?	NO	SI	CP59
57.	¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI	CP60
58.	¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo a parte de su familia inmediata?	NO	SI	CP61
59.	¿Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI	CP62
60.	¿Es poco importante para Usted si tiene o no relaciones personales?	NO	SI	CP63
61.	¿Prefiere usted casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?	NO	SI	CP64
62.	¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SI	CP65
63.	¿Hay realmente muy pocas cosas que la proporcionan placer?	NO	SI	CP66
64.	¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de usted?	NO	SI	CP67
65.	¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SI	CP68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI	CP69
67.	¿Coquetea mucho?	NO	SI	CP70
68.	¿Se da cuenta a menudo que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SI	CP71
69.	¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su físico?	NO	SI	CP72
70.	¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?	NO	SI	CP73
71.	¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SI	CP74
72.	¿Tiene usted muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SI	CP75
73.	¿Considera a menudo que los demás no saben apreciar sus talentos o cualidades?	NO	SI	CP76
74.	¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SI	CP77

75.	¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SI	CP78
76.	¿Pasa usted mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SI	CP79
77.	Cuando tiene un problema ¿Insiste casi siempre en ser el máximo responsable?	NO	SI	CP80
78.	¿Considera usted que es importante dedicar tiempo a personas especiales o influyentes?	NO	SI	CP81
79.	¿Es importante para usted que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	SI	CP82
80.	¿Cree usted que es importante respetar ciertas reglas o convenciones sociales si estas suponen un cierto obstáculo en su camino?	NO	SI	CP83

81.	¿Considera usted que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI	CP84
82.	¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	SI	CP85
83.	¿Tiende con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?	NO	SI	CP86
84.	¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser usted quién es?	NO	SI	CP87
85.	¿A usted realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	SI	CP88
86.	¿Se han quejado algunas personas de que usted ni les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	SI	CP89
87.	¿Tiene a menudo envidia de otras personas?	NO	SI	CP90
88.	¿Cree usted que los demás a menudo le envidian?	NO	SI	CP91
89.	¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que usted les dedique su tiempo y atención?	NO	SI	CP92
90.	¿Se ha puesto furioso cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	NO	SI	CP93
91.	Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere ¿tienen muchos altibajos extremos?	NO	SI	CP94
92.	¿Cambia de repente el sentido de quién es usted o hacia dónde va?	NO	SI	CP95
93.	¿Cambia a menudo en forma dramática su sentido de quién es?	NO	SI	CP96

94.	¿Es usted diferente con diferentes personas o en diferentes circunstancias, de tal manera que a veces no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	CP97
95.	¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	NO	SI	CP98
96.	¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	SI	CP99
97.	¿Ha tratado de hacerse daño, matarse o ha amenazado con hacerlo?	NO	SI	CP100
98.	¿Alguna vez se ha cortado, quemado, o herido a sí mismo a propósito?	NO	SI	CP101
99.	¿Experimenta usted muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	CP102
100	¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SI	CP103
101	¿Tiene usted con frecuencia arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SI	CP104
102	Cuando se enfada, ¿golpea usted a las personas o arroja objetos?	NO	SI	CP105
103	¿Se pone furioso, incluso por cosas sin importancia?	NO	SI	CP106
104	Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	NO	SI	CP107
105	Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SI	CP108
106	Antes de los 15 años, ¿provocaba usted peleas?	NO	SI	CP109
107	Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo: un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?	NO	SI	CP110
108	Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI	CP111
109	Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió animales a propósito?	NO	SI	CP112
110	Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?	NO	SI	CP113
111	Antes de los 15 años ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a desvestirse delante de usted o a tocarle sexualmente?	NO	SI	CP114
112	Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?	NO	SI	CP115
113	Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI	CP116
114	Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, edificios o coches de otras personas?	NO	SI	CP117

115	Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SI	CP118
116	Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?	NO	SI	CP119
117	Antes de los 15 años ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?	NO	SI	CP120
118	Antes de los 13 años ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde al hora permitida?	NO	SI	CP121
119	Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?	NO	SI	CP122

21.2.2. BEST

ºEscala de evaluación de la severidad en el tiempo del Trastorno Límite de Personalidad.

(Versión 1.7)

[] Nombre: _____

Fecha: _____

Circule el periodo de tiempo que se le pidió calificar:	Últimos 7 días	Últimos 30 días	Otro:
---	----------------	-----------------	-------

Para los primeros 12 reactivos, la calificación más alta (5) significa que el reactivo causó extremo malestar, severas dificultades en sus relaciones y/o ha evitado que lleve a cabo sus actividades. La calificación más baja (1) significa que el reactivo causó pocos problemas o no los causó. Califique los reactivos 13-15 (conductas positivas) de acuerdo a la frecuencia.

Circule el número que indique qué tanto el reactivo en cada renglón ha causado malestar, problemas en sus relaciones o dificultad para llevar a cabo sus actividades.

1	2	3	4	5
Nada/casi insignificante	Ligero	Moderado	Severo	Extremo

A. PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS []

1. Preocupación por que alguien importante en su vida se canse de usted o quiera dejarlo.	1	2	3	4	5
2. Cambios drásticos en sus opiniones sobre los demás. Por ejemplo, cambiar el creer que alguien es un amigo leal, por creer que no es digno de confianza.	1	2	3	4	5
3. Cambios extremos en la opinión que tiene de sí mismo. Cambiar de sentirse con confianza sobre quién es, a sentir que es una mala persona, o que no debería de existir.	1	2	3	4	5
4. Severos cambios en su estado de ánimo, varios en un solo día. Que situaciones insignificantes le generen grandes cambios en su estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Sentirse paranoico o como si estuviera perdiendo contacto con la realidad.	1	2	3	4	5
6. Sentirse enojado.	1	2	3	4	5
7. Sentirse vacío.	1	2	3	4	5
8. Sentir deseos suicidas.	1	2	3	4	5

B. CONDUCTAS (Negativas): []

9. Hacer cosas extremas para evitar que alguien lo deje.	1	2	3	4	5
10. Hacer cosas a propósito para lastimarse a sí mismo, o intentar suicidarse.	1	2	3	4	5
11. Tener comportamientos impulsivos (sin contar intentos suicidas o de lastimarse a propósito). Por ejemplo: gastar mucho dinero, tener encuentros sexuales riesgosos, abusar del alcohol u otras drogas, conducir vehículos descuidadamente, comer demasiado (darse atracones de comida), otros _____ (maque los que se apliquen en su caso).	1	2	3	4	5
12. Tener estallidos de ira que le han llevado a tener problemas en sus relaciones personales, tener peleas físicas, o destrucción de la propiedad.	1	2	3	4	5

5 Casi siempre	4 La mayor parte del tiempo	3 La mitad del tiempo	2 Pocas veces	1 Casi nunca
--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	-------------------------	------------------------

C. CONDUCTAS (Positivas) []

13. Ha elegido hacer cosas positivas en circunstancias donde se ha sentido tentado a sabotearse a usted mismo o a hacer cosas destructivas.	5	4	3	2	1
14. Anticiparse a las situaciones que podrían causarle dificultades emocionales y tomar medidas razonables para evitar o prevenir el problema.	5	4	3	2	1
15. Apegarse a las indicaciones terapéuticas con las que está de acuerdo (p.e. asistir a psicoterapia, realizar tareas, asistir a sus citas a tiempo, tomar el medicamento, etc.).	5	4	3	2	1

Para el clínico: El total de cada sección (A, B y C) deberá ser registrado en los corchetes, junto al título de cada sección.

En la parte superior del cuestionario, junto al nombre, registre la puntuación total= 15 + A + B – C

Esta escala está protegida por derechos de autor. Copyright 1997 por Bruce Pfohl, M.D. y Nancee Blum, M.S. W.
Universidad de Iowa, Departamento de Psiquiatría, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA52242

21.2.3. K-SF-42

Por favor indique en que grado está de acuerdo con las siguientes declaraciones. Use la escala siguiente para marcar sus respuestas. Si algunas de las oraciones no corresponden con su situación por favor marque el numero "0".

Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	No sé / no aplica	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Fuertemente de acuerdo
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

1. ____ Cuando me encuentro con una mala situación, hago lo que puedo para sacar lo mejor de ella
2. ____ Cuando me encuentro en problemas, no me rindo hasta que los resuelvo.
3. ____ Me doy cuenta que generalmente aprendo algo valioso de una situación difícil.
4. ____ Cuando me enfrento con una mala situación, esto me ayuda a encontrar una manera diferente de ver las cosas.
5. ____ Aunque todas las cosas parecen ir mal, puedo usualmente encontrar un lado bueno.
6. ____ Puedo encontrar algo positivo hasta en las peores situaciones.
7. ____ Paso una gran cantidad de tiempo por mes dando apoyo emocional informal a mis parientes
8. ____ Contribuyo con una gran cantidad de recursos para el bienestar económico y general de mis parientes consanguíneos (no políticos).
9. ____ Paso una gran cantidad de tiempo por mes dando apoyo emocional informal a mis conocidos (tales como vecinos o gente de la iglesia).
10. ____ En estos días he contribuido mucho para el bienestar general y económico de mis amigos
11. ____ Paso una gran cantidad de tiempo por mes realizando trabajo formal voluntario en una escuela u otra institución juvenil.
12. ____ Frecuentemente contribuyo con cualquier otra organización, causa o caridad (incluyendo las donaciones que se hacen deducidas del salario).
13. ____ Soy una persona muy religiosa.
14. ____ La religión es importante en mi vida.
15. ____ La espiritualidad es importante en mi vida.

16. ____	Me identifico cercanamente como miembro de mi grupo religioso.
17. ____	Frecuentemente asisto a servicios religiosos o espirituales
18. ____	Cuando tengo que realizar decisiones en mi vida cotidiana, frecuentemente me pregunto a mi mismo que es lo que debo hacer de acuerdo con mis creencias religiosas o espirituales.
19. ____	Me preocupa que mi pareja no se interese por mí tanto como me intereso yo por ella.
20. ____	Prefiero no mostrar a mi pareja cómo me siento por dentro.
21. ____	Quiero acercarme afectivamente a mi pareja, pero a la vez marco las distancias con él/ella.
22. ____	A menudo quiero fusionarme completamente con mi pareja, pero me doy cuenta que esto a veces le asusta.
23. ____	Intento evitar establecer un grado de intimidad muy elevado con mi pareja.
24. ____	Creo que mi pareja no quiere tener tanta intimidad afectiva conmigo como a mí me gustaría.

Por favor, describa cuales de las siguientes características presentaron sus padres *biológicos* (no adoptivos o padrastros) durante los años en que le criaron. Una respuesta de “0” también indica que usted no fue criado en casa por sus padres biológicos.

<i>Nunca</i>	<i>Muy poco</i>	<i>Un poco</i>	<i>Mucho</i>
0	1	2	3

Describe las siguientes características de tus padres biológicos:

25. ____	¿Cuánto tiempo y atención le prestaba a usted su mamá biológica cuando los necesitaba?
26. ____	¿Qué tanto esfuerzo hacían para cuidarla(o) a usted su mamá biológica y asegurar que ud. tuviera buena educación?
27. ____	¿Qué tanto le enseñaba a usted su mamá biológica sobre la vida?
28. ____	¿Cuánto amor y afecto le mostraban a usted su papá biológico?
29. ____	¿Cuánto tiempo y atención le prestaban a usted su papá biológico cuando los necesitaba?
30. ____	¿Qué tanto le enseñaban a usted su papá biológico sobre la vida?

Durante el mes pasado, cuántas veces...	
31. _____	¿Le ayudaron a quitarse preocupaciones de la cabeza?
32. _____	¿Le dijeron que usted había hecho algo bien?
33. _____	¿Le dijeron que les gustaba su manera de ser?
34. _____	¿Le demostraron afecto?
35. _____	¿Le escucharon cuando hablaba de sus sentimientos?
36. _____	¿Demostraron interés y preocupación por su bienestar?
37. _____	¿Le ayudaron a quitarse preocupaciones de la cabeza?
38. _____	¿Le dijeron que usted había hecho algo bien?
39. _____	¿Le dijeron que les gustaba su manera de ser?
40. _____	¿Le escucharon cuando hablaba de sus sentimientos?
41. _____	¿Le ofrecieron llevarle a algún lugar?
42. _____	¿Demostraron interés y preocupación por su bienestar?

21.1.1. TEST DE LA MIRADA (RMET 1)

CELOSO

EN PÁNICO



ARROGANTE

LLENO DE ODIO

JUGUETÓN

RECONFORTANTE



IRRITADO

ABURRIDO

ATERRORIZADO

MOLESTO

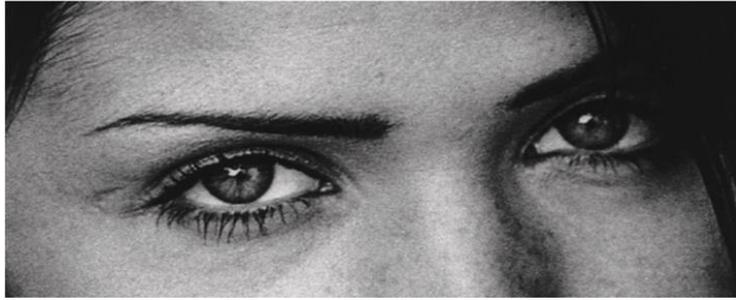


ARROGANTE

ENFADADO

BROMISTA

AGOBIADA



DESEO

CONVENCIDA

BROMISTA

INSISTENTE



ENTRETENIDO

RELAJADO

IRRITADO

SARCÁSTICO



PREOCUPADO

AMISTOSO

ASUSTADA

FANTASIOSA



IMPACIENTE

ALARMADA

ARREPENTIDO

AMISTOSO



INTRANQUILO

DECAIDO

ABATIDO

ALIVIADO



TÍMIDO

ENTUSIASMADO

ENFADADA

HOSTIL

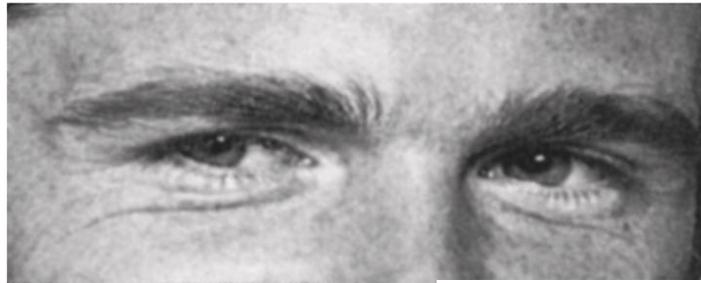


HORRORIZADA

ANGUSTIADA

PRUDENTE

INSISTENTE



ABURRIDO

ASUSTADO

ATERRORIZADO

ENTRETENIDO



ARREPENTIDO

SEDUCTOR

INDIFERENTE

ABOCHORNADO



ESCÉPTICO

DECAÍDO

DECIDIDO

EXPECTANTE



AMENAZANTE

TÍMIDO

IRRITADO

DECEPCIONADO



DEPRIMIDO

ACUSANTE

ABSTRAÍDA

AGOOBIADA



ALENTADORA

ENTRETENIDA

IRRITADO

CONSDIERADO



ALENTADOR

COMPASIVVO

INSEGURA

AFECTUOSA



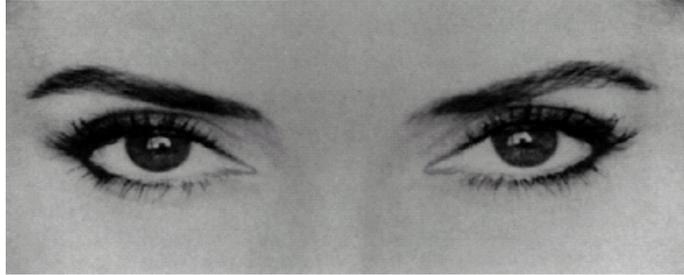
JUGUETONA

ASUSTADA

21.1.2. TEST DE LA MIRADA 2 (RMET 2)

DECIDIDA

ENTRETENIDA



ASUSTADA

ABURRIDA

ARROGANTE

AGRADECIDA



SARCÁSTICA

VACILANTE

IMPONENTE

AMISTOSO

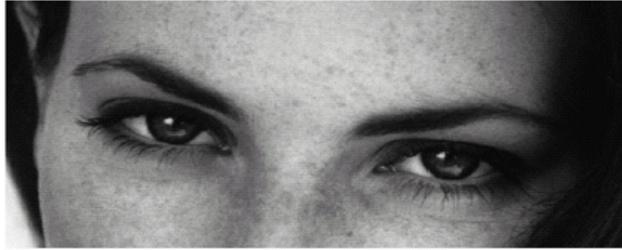


CULPABLE

HORRORIZADO

ABOCHORNADA

FANTASIOSA



CONFUNDIDA

EN PÁNICO

ANGUSTIADA

AGRADECIDA



INSISTENTE

SUPLICANTE

SATISFECHO

ARRREPENTIDO



DESAFIANTE

CURIOSO

ABSTRAÍDO

IRRITADO



ENTUSIASMADO

HOSTIL

EN PÁNICO

INCRÉDULA



ABATIDA

INTERESADA

ALARMADO

TÍMIDO



ABATIDA

ANSIOSO

BROMISTA

PRUDENTE



ARROGANTE

TRANQUILIZADORA

INTERESADA

BROMISTA



AFECTUOSA

SATISFECHA

IMPACIENTE

ASUSTADA



IRRITADA

REFLEXIVA

AGRADECIDA

SEDUCTORA



HOSTIL

DECEPCIONADA

AVERGONZADA

SEGURA



BROMISTA

DECAIDA

SERIO

AVERGONZADO



DESCONCERTADO

ALARMADO

AVERGONZADO

CULPABLE



FANTASIOSO

PREOCUPADO

ASUSTADA

DESCONCERTADA



RECELOSA

ATERRORIZADA

PERPLEJA

NERVIOSA



INSISTENTE

PENSATIVA

17.2.5 ESCALA DE NECESIDADES Y AMENAZAS

Para cada enunciado por favor elige el número que mejor represente el sentimiento que experimentaste Durante el juego

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De ningún modo, Para nada									Extremadamente; mucho

DURANTE EL JUEGO

1	Me sentí Querido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Sentí que tenía la capacidad de alterar significativamente los acontecimientos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Sentí que tenía control	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Mi autoestima estaba alta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Me sentí sin sentido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Me sentí como un extraño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Me sentí invisible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Me sentí poderoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Me sentí Rechazado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Me sentí “desconectado”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Me sentí bien conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Sentí como si no existiera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Me sentí Excluido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Me sentí Ignorado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

