

11241

35.
2el

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA.

TITULO.

"FACTORES ASOCIADOS Y COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

INSTITUCION A CARGO.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.

INVESTIGADOR RESPONSABLE.

DR. LUIS XAVIER SANDOVAL GARCIA.

TUTOR.

DR. ENRIQUE CHAVEZ LEON.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESOR ESTADISTICO.

INGENIERO JOSE CORTES.

Enrique Chavez Leon

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

PSICOLOGIA
MEDICA
DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.

[Handwritten signature]

FEBRERO 1991.

[Handwritten signature]



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

I-	INTRODUCCION	1
II-	ANTECEDENTES	2
	1) Historia	2
	2) Actuales conceptos en los conceptos de personalidad	5
	3) Clasificación dimensional ó categórica	11
	4) Escalas en Psiquiatría	12
	5) Instrumentos de Medición de personalidad según el DSM III R ...	13
	A- Instrumentos de autoreporte	13
	B- Instrumentos de entrevista	16
	6) Comorbilidad entre trast. de personalidad y otros diagnosticos psiquiátricos	18
	7) Trastornos afectivos y trastornos de personalidad	19
	8) Trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad	23
	9) Otros factores asociados a los trastornos de personalidad	27
III-	HIPOTESIS	30
IV-	MATERIAL Y METODO	31
V-	METODOLOGIA	34
VI-	RESULTADOS	38
VII-	DISCUSION	47
	1) Factores demográficos	48
	2) Antecedentes heredofamiliares y personales	49
	3) Comorbilidad psiquiátrica	49
	4) Valoración de los trastornos de personalidad	51
	5) SCID II	52
VIII-	CONCLUSIONES	53
IX-	BIBLIOGRAFIA	55
	APENDICE (SCID II 1" parte -traducido- y 2" parte; SCL 90 y hoja de vaciado utilizada).	

INTRODUCCION.

A lo largo de la historia, la patología psiquiátrica ha sido abordada desde diversas ópticas, sufriendo evoluciones diversas, lo que ha llevado a múltiples esquemas clasificatorios, así como a dar énfasis a diversos aspectos de la misma. Se puede decir que actualmente los sistemas más aceptados a nivel internacional son el ICD 10 y el DSM III R, que en sí intentan ser igualados conforme se van publicando las nuevas ediciones. En el presente trabajo se dará mayor énfasis al segundo sistema clasificatorio mencionado, el DSM III R, no por ser el mejor o más desarrollado, sino por estarse utilizando en el presente un instrumento derivado precisamente de este manual diagnóstico.

El DSM III R fue editado después de 7 años de experiencia en investigación clínica con el DSM III (1), continuando con el abordaje multiaxial de la patología psiquiátrica, de tal manera que se pudiese tener una visión más amplia del trastorno en tratamiento. Sin embargo, se puede decir que de estos 5 ejes, sólo el primero y el segundo tienen que ver directamente con el trastorno psiquiátrico, pues los 3 últimos se refieren a las enfermedades médicas que en muchas ocasiones están directamente relacionadas con el problema psiquiátrico, con el estrés psicosocial existente y con el nivel de adaptación del individuo en el último año (2).

De los 5 ejes diagnósticos, el eje I, con la patología psiquiátrica general, ha recibido mayor atención en su investigación y tratamiento, quedando el eje II, con los trastornos de personalidad, con menor claridad y definición, pero que, sin embargo, en los últimos años ha empezado a tener más interés en su investigación. Aquí mismo será importante mencionar la nueva inclusión en el eje II del retardo mental y de los trastornos específicos del desarrollo, con la inteligencia de que en el eje II se incluyan los padecimientos que tiene origen desde la infancia (1).

El propósito de este trabajo es tratar de abordar los trastornos de personalidad de una manera sistematizada, mediante la aplicación de una entrevista estruc-

turada para su diagnóstico, conociendo los factores asociados a dichos trastornos, así como su comorbilidad psiquiátrica. En un futuro y con este mismo material, se intentará la validación del SCID, instrumento utilizado para la valoración de personalidad, con el propósito de poder ser aplicado a la población de habla hispana.

HISTORIA.

Desde el desarrollo de la escritura, el estudio de las personalidades anormales ha resultado interesante para los investigadores y para los profanos. Es fascinante observar como la gente se ha referido a los trastornos de personalidad a lo largo de la historia. El estudio de las características de Teofrastus en el siglo 4 a.C., fue uno de los primeros trabajos descriptivos de la personalidad. En la antigüedad grecorromana se sabe de la existencia de diversas escuelas médicas (metódica, neumática, empírica), encontrando a Galeno en el siglo II de nuestra era, considerado el más grande de los médicos de la antigüedad después de Hipócrates; él, aunque nacido en Pérgamo viaja a Roma donde escribe sus principales obras. Hostil a los metodistas, toma de diversas corrientes elementos que sintetiza

y les da su matiz personal. En particular, fundamenta la teoría de los temperamentos: el sanguíneo, flemático, colérico y melancólico, conforme el predominio en el individuo de uno de los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla o bilis negra. Según Galeno, la patología mental era el resultado de las perturbaciones de los humores a nivel del cerebro (3). Sin embargo, en la profesión médica, el primer reconocimiento de los trastornos de personalidad, aparte de las psicosis, fue hecho hasta 1801 por Philip Pinel, quien en su descripción de "manie sans délire" reconocía que las personas pueden comportarse irracionalmente aun cuando los poderes del intelecto estuvieran intactos.

Este entendimiento fue profundizado por James C. Pritchard, un médico inglés, quien en su "Treatise on Insanity" de 1837, puso mayor atención a lo que él llamó

"locura moral". El la describió así: "la locura consiste en una perversión mórbida de los sentimientos naturales, afecciones, inclinaciones, temperamento, hábitos, disposición moral e impulsos naturales, sin trastorno remarcable o defecto del intelecto, comprensión de las facultades de razonamiento, particularmente sin una ilusión o alucinación insana".

La inclusión de la locura moral en la nosología psiquiátrica fue alimentada por muchos psiquiatras prominentes de América en el siglo XIX. A pesar de la presión de los abogados y juristas de la época para que fueran calificadas como responsables de algunos actos delictivos, el enfoque de los psiquiatras contemporáneos no cambió, reconociéndose hasta la fecha la permanencia del mismo problema.

Al final del siglo XIX, los psiquiatras acuñaron el término de "inferioridad psicopática" para describir a un grupo de criminales que cometían actos antisociales. El término gradualmente cambió a "inferioridad psicopática constitucional", atribuyendo la responsabilidad de los trastornos de personalidad a factores genéticos. En 1907, Kraepelin describió en su libro cuatro tipos de personalidad psicopática: el criminal de nacimiento; el inestable; el morboso, mentiroso y estafador; y el pseudoquejumbroso. El término "psicopático" evolucionó para describir una amplia categoría de trastornos de personalidad, y se hicieron esfuerzos esporádicos para separar a los criminales de esta amplia categoría usando los términos de antisocial y sociopático.

En el cambio de siglo, los psicoanalistas hicieron un esfuerzo por entender los trastornos de personalidad desde un punto de vista de desarrollo, más que constitucional. El estudio psicoanalítico del carácter empezó en 1908 con la publicación de Freud titulada "Carácter y erotismo anal". Más aún, muchos psicoanalistas estudiaron la formación del carácter y de los síntomas en forma paralela. En 1930, Franz Alexander cristalizó su interés psicoanalítico del carácter por la descripción del carácter neurótico, distinguiéndolo particularmente de los síntomas neuró

ticos, cuyos conflictos son expresados con el malestar de uno (autoplásticos), mientras que los primeros expresan sus conflictos a través de acciones que afectan a otros (aloplásticos).

Hasta Wilhelm Reich, los trastornos de personalidad habían sido considerados resistentes a cualquier forma de psicoterapia. En 1930 él fue el primero en popularizar la aplicación de métodos psicoanalíticos al tratamiento de los trastornos francos de personalidad.

Sin embargo, los individuos con trastorno de personalidad son aloplásticos y egosintónicos con sus síntomas, es decir, expresan sus conflictos a través de acciones que afectan a otros y los viven como parte de ellos, por lo que difícilmente buscan ayuda (1).

Desde los primeros años de este siglo, han existido movimientos organizados, tanto a nivel mundial como en Norteamérica, con el propósito de estandarizar los criterios diagnósticos de psiquiatría en general y, desde luego, de los trastornos de personalidad. Por un lado, la Organización Mundial de la Salud ha publicado hasta la fecha 10 revisiones acerca de las enfermedades mentales [International Classification of Diseases (ICD-10)], la cual sólo mencionaremos someramente en el siguiente apartado, debido a que este trabajo está relacionado directamente al DSM III R.

En cuanto al sistema clasificatorio la Asociación Médica de Psiquiatría Americana, en Estados Unidos, fue la primera en realizar un movimiento para la estandarización del Dx. en psiquiatría. Posteriormente, en 1928, la Asociación Médica Americana pasó, primeramente, a adoptar una nomenclatura general estándar de morbilidad y muerte, y organizó una comisión psiquiátrica para preparar la sección de los trastornos mentales, publicando la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-I) en 1952; y posteriormente la segunda edición (DSM-II) en 1968 (4).

La clasificación diagnóstica de los trastornos de la personalidad en estas dos ediciones fue importantemente influenciada por la teoría psicoanalítica y el modelo médico. El DSM II describió 10 entidades clínicas de trastornos de la personalidad: paranoide, ciclotímico, explosivo, obsesivo-compulsivo, histérico, asténico, antisocial, pasivo-agresivo e inadecuado. Estas categorías y sus definiciones no lograron satisfacer las necesidades de los clínicos, administrativos e investigadores. Las descripciones ofrecidas al igual que la mencionada en el ICD-9, no ofrecen criterios explícitos para el diagnóstico y su uso depende de un adecuado criterio por parte del clínico.

Las características propias de los trastornos de personalidad en el DSM III y el DSM III R serán descritas en el siguiente apartado de conceptos actuales de los trastornos de la personalidad.

ACTUALES CONCEPTOS DE TRASTONO DE LA PERSONALIDAD.

Antes de desarrollar más ampliamente los conceptos de los trastornos de personalidad por la Asociación Psiquiátrica Americana, mencionaremos brevemente estos trastornos según la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales (ICD-10) de la OMS.

En el capítulo 6 del ICD-10 encontramos lo que se llama "las anomalías de la Personalidad y del Comportamiento de la Edad Adulta". Esta se divide en 9 apartados: A) Trastorno de la personalidad (F 60), B) Acentuación de rasgos de la personalidad (F 61), C) Alteración permanente de la personalidad no atribuible a daño grosero o enfermedad cerebral (F 62), D) Anomalías de la identidad sexual (F 63), E) Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos, F) Anomalías de las aptencias sexuales, G) Problemas psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales, H) Otras anomalías de la personalidad y del comportamiento de la edad adulta , I) Otras anomalías de la personalidad y del comportamiento de la

edad adulta sin más especificaciones.

De los anteriores incisos, los que más nos incumben son el A y el B, pues es donde se encuentran en sí los trastornos de la personalidad y los rasgos de éstos. En cuanto a los trastornos de la personalidad incluidos en el ICD-10 tenemos los siguientes: A) Personalidad paranoide (F 60.0), B) Personalidad esquizoide (F 60.1), C) Personalidad disocial (F 60.2), D) Personalidad impulsiva (F 60.3), E) Personalidad histriónica (F 60.4), F) Personalidad anancástica (obsesivo-compulsiva), G) Personalidad ansiosa (con conducta de evitación), H) Personalidad dependiente (F 60.7), I) Otros trastornos de la personalidad (F 60.8), y J) Trastornos de la personalidad no especificados (F 60.9).

En cuanto al inciso B en el que se incluye la Acentuación de rasgos de la personalidad tenemos: I) Paranoide (F 61.0), II) Esquizoide (F 61.1), III) Disocial (F 61.2), IV) Impulsivo (F 61.3), H) Histriónico (F 61.4), VI) Anancástico (F 61.5), VII) Ansioso (con conducta de evitación), VIII) Dependiente (F 61.7), IX) Otra (F 61.8) y X) No especificada (F 61.9) (5).

Los vagos conceptos que se han tenido respecto a los trastornos de personalidad han sido revisados por la Asociación Psiquiátrica Americana con la aparición del DSM III, con lo que se ha dado un mayor cuerpo a éstos, al encontrarse características comunes que pueden considerarlos como un grupo uniforme. Sin embargo, si gue existiendo una problemática para este grupo, pues representan una colección de perspectivas metodológicas y teóricas diferentes y en ocasiones opuestas, no habiéndose logrado hasta el momento niveles adecuados de consistencia (6).

Actualmente existen 4 características de los trastornos de personalidad que deberían tomarse en cuenta: 1) respuestas inflexibles y maladaptativas al estrés; 2) una incapacidad para trabajar y amar que generalmente es más seria y siempre más profunda que la encontrada en las llamadas neurosis; 3) evocación de respuestas

problemáticas en los conflictos interpersonales; y 4) una particular capacidad de afectar y conflictuar a otros (1).

En cuanto al primer punto, los trastornos de personalidad exhiben respuestas repetitivas y desadaptativas que, podría decirse, se encuentran frecuentemente asociadas con el comportamiento que presentan personas sin el trastorno cuando están fatigadas, con daño cerebral, bajo severo estrés, inmadurez o en estados de regresión. Tal parecería que estos pacientes no aprenden de sus errores, y el sufrimiento es frecuentemente aceptado como inevitable en lugar de ser algo de lo que pueden aprender o que puedan evitar. La tercera edición revisada de la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III R), distingue los rasgos de personalidad de los trastornos como se menciona a continuación: Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percepción y de pensamiento acerca del ambiente y de uno mismo, y se manifiesta en un amplio rango de contextos personales y sociales. Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y maladaptativos, y obstaculiza significativamente el funcionamiento ocupacional o social, u ocasionar un malestar subjetivo constituyen un trastorno de personalidad. Las manifestaciones del trastorno de personalidad son reconocibles en la adolescencia o desde antes, y continúan a través de la mayor parte de la vida adulta, aunque se tornen menos obvios en la edad madura y en la vejez.

Respecto al segundo punto, en una escala de salud mental, los trastornos de personalidad caen entre las neurosis y las psicosis. En cualquier esquema que clasifica a las personas en términos de sus características relativas a su salud mental, aquellas con trastornos de personalidad caen en ambos estados: el neurótico y el psicótico. Dichas personas, uniformemente, tienen problemas en el desempeño laboral y en el amor. Si el clínico logra penetrar la "armadura o cubierta protectora" de los trastornos de personalidad, uno encuentra ansiedad y depresión. Los adje-

tivos dependiente, oral, narcisista, pesimista y pasivo pueden ser aplicados a virtualmente todas las personas con trastornos de la personalidad. Estas personas no modulan su angustia ni las emociones fuertes de una manera apropiada, flexible y consistente, no se adaptan a los estresores ni a las demandas del mundo externo, intentando en su lugar que el mundo se adapte a ellos.

En lo referente a la tercera característica, a diferencia de las psicosis y las neurosis, los trastornos de personalidad casi siempre ocurren en un contexto interpersonal. Es difícil imaginar personas hipocondríacas o paranoides que se muestren sintomáticas en una isla desértica. Un trastorno de personalidad es una forma de hacer un pacto doloroso en el que ellos no pueden vivir bien ni solos ni con los demás. Aunado a la falta de empatía con los demás, los trastornos de personalidad fallan consistentemente en verse ellos mismos como los demás los ven. Consecuentemente, su comportamiento a menudo irrita a otras personas, lo que origina que sean calificados como malos o enfermos (en el sentido peyorativo). Entonces, el trastorno es caracterizado por la tendencia a crear un ciclo vicioso en el que las relaciones interpersonales casi precarias se hacen peores por su manera de adaptarse.

La última característica se refiere a la facilidad con que estos pacientes pueden causar un profundo efecto en otras personas. Esto se puede ejemplificar con la forma sutil e inconsciente en que los amantes o las madres afectan a sus parejas o a sus hijos, respectivamente, a lo largo de su vida.

La publicación del DSM III en 1980 dió una nueva visión en el diagnóstico de los trast. de personalidad con una visión diferente, la categórica; anteriormente se debería contar con todas las características definicionales del trastorno, con una subsecuente homogeneidad de todos sus miembros, pero que dificultaba el diagnóstico de algún paciente que tuviera casi todas las características del trastorno pero que pudiera quedar excluido por no poseer alguna de las particularidades cla-

ves. En cambio, con el modelo politético del eje II existe una heterogeneidad en la definición del síndrome debido a que un miembro de una determinada categoría puede ser diagnosticado cuando cumpla con un mínimo determinado de características para algún trastorno, sin que tenga que ser una copia fiel del modelo a comparar. Por esto mismo se ha criticado al DSM III, pues se dice que se incluye un grupo muy heterogéneo, pudiendo existir, por ejemplo, 93 combinaciones diferentes de trastorno de personalidad tipo limítrofe; sin embargo, el acercamiento politético permite una mayor confiabilidad en el diagnóstico entre varios clínicos, pues con cumplir con un determinado mínimo de características se puede hacer dicho diagnóstico y ya no existe el dilema de qué tanto se acerca a un modelo determinado.

Además, también se permitió el diagnóstico múltiple de los trastornos de personalidad, lo cual es frecuente debido a que una personalidad maladaptativa tiene probablemente exacerbación de ciertos rasgos que se encuentran presentes normalmente y que no son mutuamente exclusivos, y así, si una persona puede tener diversos rasgos de personalidad es también posible que una personalidad maladaptativa tenga varios rasgos que se compartan fácilmente.

Con la publicación del DSM III R en 1988, todos los criterios diagnósticos de personalidad fueron politéticos, además de que se incluyeron 2 nuevos trastornos que se observan en el apéndice: el trastorno masoquista y el sádico, con la posibilidad de incorporarse en un futuro al grupo que contiene todos estos trastornos (6).

Este mismo enfoque ha sido discutido con anterioridad por Thomas A. Widiger y col. (7), quienes mencionan las vicisitudes entre la diferencia de abordar los trastornos de la personalidad desde un punto de vista prototípico o categórico clásico, y en este sentido se ha escrito mucho por su incumbencia en la confiabilidad y validez diagnóstica. Las críticas y propuestas del diagnóstico psiquiátrico han propuesto un modelo particular de clasificación que puede describirse como "clási-

co". Este modelo concibe los trastornos como entidades discretas y cualitativas, y asume que las características de definición serían suficientemente articulables, que los límites entre las categorías son distintos y que los miembros de los trastornos son homogéneos con respecto a las características que los definen.

El filósofo y psicólogo cognotivista Wittgenstein (1953) ha señalado muchos problemas para el modelo clásico. Este modelo funciona bien para conceptos abstractos (por ejemplo el cuadrado), pero no para categorías que ocurren naturalmente. Todos los cuadrados se caracterizan por tener 4 lados iguales, unidos por cuatro ángulos, y cualquier figura sin estas características no es un cuadrado (homogeneidad de miembros y límites distintos). Los objetos comunes como plantas, animales y personas, sin embargo, no pueden ser distribuidos en categorías con la sencillez necesaria y con características suficientemente articulables, por lo que abundan los casos limítrofes. Por lo anterior, autores como Cantor en 1980, afirman que si la tipología clásica es un modelo inapropiado para la clasificación de objetos, pájaros y plantas, es claramente inapropiado para los diagnósticos psiquiátricos.

El mismo Cantor así como Mischel en 1979, han propuesto que el modelo más apropiado para el diagnóstico psiquiátrico es una tipología "prototípica". En este modelo hay también características definicionales pero no se consideran necesarias o suficientemente articulables o de cohesión. En un sistema prototípico, los miembros son heterogéneos, hay coincidencia en algunas partes de los límites y las características definicionales tienen varios grados de validez.

Como ya se mencionó anteriormente, el DSM III y posteriormente el DSM III R han adoptado un abordaje politético, lo cual da heterogeneidad a su grupo. Para Spitzer y Williams, en el análisis de clasificación del DSM III, la homogeneidad "es incorrecta debido a que la clasificación dentro de cualquier categoría sólo asume que los miembros de esta categoría comparten ciertas características usadas

como cualidades definibles de esta categoría". La posición de que "todos los individuos descritos como que tienen el mismo trastorno mental, muestran al menos las características que definen el trastorno" es reiterada en la introducción del DSM III (8). La heterogeneidad es reconocida con respecto a las características asociadas o no relacionadas directamente, pero los pacientes dentro de una categoría se consideran aún homogéneos con respecto a las características definibles del diagnóstico (7).

CLASIFICACION DIMENSIONAL O CATEGORICA.

Otro aspecto importante en la clasificación de los trastornos de personalidad es el tipo de acercamiento que se tiene sobre estos. Ha sido muy atacado, sobre todo por psicólogos, el abordaje categórico que tiene el DSM III R en los trastornos de personalidad, arguyendo que es coartante y que no ofrece una clara impresión del paciente.

Los proponentes del sistema categórico arguyen que este sistema es consistente con las nomenclaturas pasadas, actuales y populares, proveyendo una gran facilidad en su comunicación y conceptualización, mientras que el sistema dimensional podría impedir los esfuerzos por descubrir y validar los síndromes actuales y las etiologías específicas. En esto último, se ha mencionado que un sistema dimensional facilitaría claramente la investigación al proveer una escala de medición (ordinal o de intervalo) que tenga más poder para detectar las relaciones empíricas en comparación con la escala nominal inherente a los sistemas categóricos. Más aún, se ha postulado que no sería difícil traducir del sistema dimensional al sistema categórico cuando esto sea deseado (todas las personas arriba de cierto score en una dimensión recibirían un diagnóstico categórico mientras que otras por debajo de éste no lo recibirían), en tanto que una traspolación del miembro de una categoría a un score dimensional, puede requerir más información de la disponible (7). Aquí, sería importante recordar, aunque sólo brevemente, que tal vez el máximo

expositor de este enfoque sea Kenberg, quien postula que hay 3 niveles estructurales: el neurótico, el limítrofe, el psicótico; variando en calidad los mecanismos de defensa, la prueba de realidad y las relaciones objetales de cada uno de los grupos, con mayor nivel entre los neuróticos y el menor entre los psicóticos (9).

En fin, actualmente existen varios grupos que postulan la ventaja de un abordaje dimensional, que están activamente en contra del actual sistema categórico del DSM III R, lo que dará pauta a mayor investigación al respecto con la posibilidad de futuras transformaciones.

ESCALAS EN PSIQUIATRIA.

En años recientes, la psiquiatría se ha caracterizado por cambios en el enfoque y el abordaje de sus pacientes. Una de estas novedades es la creación de una multiplicidad de escalas y entrevistas estructuradas que se han aplicado en diversas áreas, como la validación diagnóstica, medición en la intensidad de síntomas, psicopatología general, efectos secundarios de medicamentosos, movimientos anormales, etc., con el propósito de lograr objetivizar los resultados y fomentar aún más una investigación más precisa, con la creciente necesidad de validar los aspectos anteriormente mencionados. Para los trastornos de personalidad, a pesar de la gran importancia que reviste el criterio clínico para la adecuada valoración de ésta, se ha intentado desarrollar múltiples escalas, siendo este desarrollo muy reciente pues existen a la par de éstas, otras entrevistas que más bien afrontan o tratan de evaluar la personalidad como extraversión-introversión, métodos de afrontamiento, etc., que aunque nos ofrecen una imagen caracterológica de los pacientes, no permiten hacer diagnósticos de trastornos de personalidad.

Con la publicación de estas escalas en los últimos años, se ha mostrado un creciente interés en lograr objetivizar la relación existente entre los trastornos del eje I del DSM III R con los trastornos de personalidad del eje II, de lo cual

hablaremos con mayor detalle más adelante.

En general, en el desarrollo de las escalas, los autores han trabajado de manera individual con el afán de lograr su perfeccionamiento, por lo que se ha publicado muy poco al respecto; más bien, las publicaciones con las que se cuenta son aquellas en las que se ha intentado aplicar la escala directamente para su validación, así como conocer el grado de consistencia y confiabilidad existente. Sin embargo, estas publicaciones han incrementado, en parte, la literatura científica respecto a los trastornos de personalidad.

INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LA PERSONALIDAD SEGUN EL DSM III R.

Se ha observado que en estados iniciales la confiabilidad de los diagnósticos de los trastornos de personalidad ha sido menor que en la mayoría de las demás patologías psiquiátricas, sugiriendo una especial dificultad asociada con esta área de la especialidad. Al respecto, fueron los ingleses quienes trabajaron en mayor medida y con mayor anterioridad para desarrollar algún instrumento que pudiera diagnosticar los trastornos del eje II. Henry Walton, con la colaboración de sus colegas en Edimburgo, mostró que entre psiquiatras fue difícil estar de acuerdo en el diagnóstico de trastorno de la personalidad si ellos usaban un sistema diagnóstico categórico, inclusive si eran provistos con las definiciones de las categorías (11). Sin embargo, se logró una confiabilidad diagnóstica adecuada cuando los psiquiatras valoraron la personalidad usando mediciones dimensionales (12).

Se mostrará a continuación un breve resumen de diferentes entrevistas estructuradas para tener una visión más amplia de ellas y posteriormente se hablará con mayor detalle de la entrevista que nos incumbe directamente, el SCID II.

A) Instrumentos de autoreporte.

Personality Diagnostic Questionnaire Revised (PDQR: Hyler and Reider, 1984).

La PDQ fue publicada por Hurt y col. en 1984 y posteriormente revisada con la aparición del DSM III R y nombrada PDQR. Esta entrevista contiene criterios diagnósticos de acuerdo al DSM III R, incluyendo ahora los diagnósticos provisionales de personalidad masoquista y personalidad sádica. Aunque todas las preguntas se deben contestar forzosamente con un SI o un NO, existen de 15 a 20% de preguntas que indican patología al responder NO para evitar respuestas prejuiciosas. Las preguntas están agrupadas por patologías, una por hoja; Hyler realizó este cambio con el propósito de adecuar su entrevista al SCID II, siendo el único caso en que una entrevista se encuentra formulada para poder ser continuada por medio de otra entrevista.

Aún no se disponen de datos que indiquen la confiabilidad del PDQR. Sin embargo, Hurt en 1984 reportó la confiabilidad para el PDQ, donde en un estudio de 8 semanas en que se elaboró en 2 ocasiones el cuestionario en pacientes tratados externamente se encontraron las siguientes kappas: esquizoide .53, paranoide .55, esquizotípico .55, cluster dramático .35, histriónico .17, borderline .50, cluster ansioso .80, de evitación .50, dependiente .75 y compulsivo .39. Sólo están reportados los diagnósticos con una N de por lo menos 4 pacientes.

Un problema con el PDQ y, posiblemente, con el PDQR es que puede tender a sobrediagnosticar los trastornos de personalidad, especialmente el esquizotípico. Sus ventajas incluyen su fácil administración y calificación, y es posible que la calificación total del PDQ (en adición a todas las respuestas patológicas) pueda dar una indicación razonable de la patología de personalidad total (6).

Millon Clinical Multiaxial Inventori (MCMI; Milon, 1982). El MCMI pronto estará disponible en una versión revisada, el MCMI II. Esta revisión mantendrá el mismo formato en el que obligatoriamente se debe contestar FALSO/VERDADERO. Lo que cambiará será el sistema de calificado. La escala antisocial del MCMI será dividida en 2 partes: una escala antisocial más en la línea del DSM III R y una escala agresiva (sádica). La escala pasivo-agresiva también será dividida en 2 partes: la pasivo-agresiva y la masoquista, la última aparejada a la personalidad masoquista del

DSM III R. Además la escala compulsiva será modificada para asemejarse más al DSM III R y valorar los niveles de ansiedad y depresión. En general, las modificaciones asemejarán más la escala con el DSM III R; los datos de validez y confiabilidad con estas modificaciones no se encuentran aún disponibles. El trabajo de James Reich con el MCMI con 73 pacientes tratados durante 8 semanas, con una aplicación al inicio y otra al final, arrojan las siguientes kappas: paranoide .60, esquizoide .75, esquizotípico .76, histriónico .75, narcisista .75, antisocial .79, border line .89, evitación .82, dependiente .88, compulsivo .64 y pasivo agresivo .66 (estos datos se tomaron cuando el paciente estaba clínicamente enfermo y posteriormente cuando se encontraba recuperado), (5).

Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ: Cloninger, 1987). Es uno de los nuevos instrumentos de autoaplicación más ambiciosos. Cloninger hipotetizó un sistema teórico basado en las siguientes 3 relaciones de sustratos neuroquímicos y rasgos básicos de comportamiento: "buscando novedades" (sistema dopaminérgico), "evitando el daño" (sistema serotoninérgico) y "dependencia a la recompensa" (sistema norepinefrínico). El creía que muchos de los trastornos de personalidad reconocidos hoy pudieran ser una combinación de estos tres sistemas.

El instrumento resultante es de autoaplicación, está constituido por 100 - preguntas. En una aplicación test-retest de una semana para confiabilidad; aplicado a 101 estudiantes se obtuvieron los siguientes resultados: evitando el daño .92, buscando novedad .85 y dependencia a la recompensa .87 . Es una escala intrigante que requiere futuras investigaciones. (13).

Narcissistic Trait Scale (NTS: Richman and Flaherty, 1987 a.b.) Richman y Flaherty han desarrollado un nuevo instrumento, el NTS, que contiene 10 preguntas muy correlacionadas con los criterios diagnósticos del DSM III: los ítemes son calificados en una escala que va del 0 al 4, desde estar fuertemente de acuerdo a estar en completo desacuerdo. La aplicación inicial se realizó en 180 estudiantes médicos

de 1er. año, obteniéndose con mediciones alpha (una medición de consistencia interna) de .66 . En una segunda ocasión se tomaron mediciones de depresión y baja autoestima; se encontraron correlaciones significativas entre baja autoestima y sintomatología depresiva con el score inicial del NTS.

Este es un instrumento interesante que tiene las ventajas de brevedad y de claridad de conceptualización. Sin embargo, requiere de un examen test-retest para determinar su confiabilidad a largo plazo y debería ser comparada también con otras mediciones de personalidad.

Wisconsin Personality Inventory (WISPI: Klein, 1985). El WISPI es un test de autoaplicación con 360 ítems, que mide los trastornos del eje II del DSM III y que se califica en una escala de 10 puntos. Los ítems, también califican los prejuicios de respuesta a discapacidad social, así como los valores globales de ajuste social y de trabajo. La característica importante del cuestionario es que existe una versión en programa de computadora que permite una interacción directa del paciente con la computadora. Los estudios de validación están en progreso; la medición de consistencia interna (alfa) varía entre .888 y .935 para las escalas de WISPI. También hay formas disponibles para ser aplicadas directamente por el psiquiatra, pudiendo calificarse manualmente (5).

B) Instrumentos de entrevista.

The Structured Interview for DMS III Personality Disorders (SIDP). Aparentemente es la escala que más se ha usado; contiene 160 preguntas agrupadas en secciones que describen características como la autoestima, dependencia e integración social. Al final de cada sección está una lista de los criterios que cubre; la entrevista se aplica al paciente y a un informante acerca del comportamiento usual del paciente.

Existe una revisión de este instrumento para actualizarlo con el DSM III R. En el trabajo de Pfolhl con una muestra de 82 pacientes externos se encontraron las

siguientes prevalencias: cualquier TP 54.9%, el cluster esquizoide 9.8%, el TP paranoide 7.3%, el TP esquizoide 2.4%, el TP histriónico 26.8%, el TP antisocial 2.4%, el TP narcisista 1.2%, el TP limítrofe 14.6%, el cluster ansioso 41.5%, el dependiente 29.3%, el TP de evitación 19.5%, el TP pasivo-agresivo 0% y el TP 14.6%.

En los pacientes externos el SIDP mostró poco acuerdo con el MCMI y el PDQ, que son instrumentos de autoreporte (5).

Personality Disorder Examination (PDE). Conforme transcurre la entrevista, las respuestas son puntualizadas para finalmente obtener un total. Hay puntos de corte para saber si existe el trastorno específico. Existe un alto grado de interrelación de valores kappa que son mayores de 0.7 en esquizotípicos, histriónicos, limítrofes, antisociales e impulsivos (5).

Diagnostic Interviews for Personality Disorder (DIPD). Sus 101 secciones cubren todos los trastornos del Eje II. La entrevista está diseñada para ser aplicada por médicos entrenados y se requieren aproximadamente 4 entrevistas conjuntas para su máxima eficiencia. Cada entrevista toma de 60 a 90 minutos al entrevistador. Zanari evaluó la validez entre entrevistadores aplicándosela a 43 sujetos, dando kappas más grandes o iguales a 0.86 para todos los trastornos, con excepción del paranoide ($K = .52$) y esquizoides (con muy pocos pacientes para medirlo) (14).

Diagnostic Interview for Narcissism (DIN). Desarrollado por el grupo psicossocial de McClean, utilizado para medir el narcisismo. Consiste de 102 sondeos y 32 declaraciones, tomando de 35 a 50 minutos administrarlo. Para su aplicación se requiere de un clínico entrenado quien puede aprender a aplicar la entrevista en 4 sesiones conjuntas (15).

Personality Interview Questions (PIQ-II). Esta es una entrevista semiestructurada compuesta de 106 preguntas que están divididas en diversas áreas de contenido. Cada pregunta se califica de una escala que va del 0 al 9, tomando 1 ó 2 horas para

aplicarse. Usando el instrumento en una población de 84 pacientes psiquiátricos hospitalizados, Widiger reporta que sus kappas variaban desde .53 a .82 ('5).

Asimismo, se están tratando de elaborar cuestionarios dirigidos a los familiares de algunos pacientes con trastorno de personalidad.

En fin, hay diversas tendencias en el desarrollo de cuestionarios para evaluar los trastornos de personalidad. Muchos están haciendo la segunda o tercera revisión de sus cuestionarios para lograr una mayor calidad así como su actualización.

COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y OTROS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS.

De manera creciente, los investigadores han considerado el impacto que tienen los trastornos de personalidad para causar otros síndromes clínicos. El esquema de la clasificación multiaxial de que disponemos a partir del DSM III ha estimulado esta correlación debido a que los trastornos de la personalidad y el resto de padecimientos psiquiátricos se encuentran en diferentes ejes.

Desde las investigaciones de Tyrer (16), en las que estudió a 316 neuróticos de consulta externa, encontró que el 40% tenían trastornos de personalidad. La presencia de ansiedad y trastornos fóbicos de manera significativa, mostraban más probabilidad de encontrar trastornos de personalidad, principalmente del tipo pasivo-dependiente y obsesivo-compulsivo, en comparación con los deprimidos. De manera inersante, la presencia de trastornos de la personalidad estaba correlacionada con una pobre evolución al tratamiento con fenelzina (16).

Varios estudios han reportado que se incrementan los trastornos de personalidad cuando existe algún problema depresivo y ansioso, comentando también que este trastorno de personalidad tiene implicaciones en las manifestaciones, curso y evolución de los trastornos afectivos o ansiosos (17). Durante una fase piloto del Instituto Nacional de Salud Mental en un programa de investigación colaborativa para el

tratamiento de la depresión, los terapeutas y evaluadores clínicos notaron que varios pacientes tenían un trastorno de personalidad y que estos pacientes parecían tener la peor evolución. (17).

Los trastornos más estudiados respecto a las relaciones existentes de los padecimientos del eje I con los del eje II, son los trastornos afectivos y, posteriormente, los trastornos de ansiedad como crisis de pánico, TAG y agorafobia. Otros padecimientos del eje I han sido poco estudiados.

En cuanto a la eterna pregunta de cuál es la génesis en esta relación parece ser difícil de definir categóricamente, por lo que parece mucho más real el considerar estos trastornos de manera dinámica, en el sentido de que ambos se hallan correlacionados directamente y sería muy difícil tratar de asegurar que algunos de los ejes del DSM III R tiene mayor importancia que el otro.

TRASTORNOS AFECTIVOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

Primeramente, analizaremos la relación entre los trastornos afectivos y los de personalidad.

Hirschfeld (18) observó los efectos del estado depresivo, por medio de baterías de personalidad. Los resultados indicaron que los estados depresivos afectan las mediciones de fortaleza emocional, dependencia interpersonal y extraversión. Parece ser que no afecta las mediciones de rigidez, nivel de actividad y dominancia.

En un artículo publicado por la NIMH (17), se observó que los pacientes con trastornos de personalidad tienen una peor evolución que los que no tienen trastornos de personalidad notables. Los pacientes con trastornos presentaban menos criterios de recuperación y mostraron de manera significativa la menor mejoría en el funcionamiento social. Sin embargo, no difirieron en los promedios de la escala de Hamilton de manera significativa; a estos pacientes se les aplicaron diferentes tipos de tera

pia, encontrándose todas efectivas; sin embargo, el grupo con trastornos de personalidad tuvo una mejor respuesta específicamente a la terapia cognitiva en comparación con el grupo que no presentaba el trastorno de personalidad. Asimismo, también observaron que el cuadro afectivo incrementaba la aparición de los trastornos de personalidad que desaparecían después del tratamiento.

Una limitación de este estudio es que no se utilizó alguna entrevista estructurada para el diagnóstico de personalidad que pudiera darnos trastornos de manera categórica, habiendo utilizado una escala que no ha mostrado su confiabilidad en estudios serios (17).

Kerr (19), encontró relación entre la evolución de la depresión endógena y la reactiva, y los resultados del inventario de personalidad de Maudsley. Encontró, también, que la pobre evolución de un grupo que fue seguido por 4 años estaba correlacionada con altos índices de neuroticismo del Inventario de Personalidad de Maudsley. Maudsley, con un estudio prospectivo similar entre mujeres de consulta externa, encontró los mismos hallazgos en un seguimiento de entre 8 y 10 meses, esto se encontró a pesar de la mejoría general del grupo (19).

Es importante mencionar que en otro estudio de Tyrer (20) se determinó que la presencia de un trastorno de personalidad era un factor de mal pronóstico en pacientes tratados con fenelzina.

En un interesante estudio de Klein (21), los autores comparan a 31 pacientes externos con depresión doble (distimia y depresión mayor) con 50 pacientes con un episodio depresivo mayor. Los pacientes con depresión doble mostraron síntomas depresivos más severos de manera significativa, mayor comorbilidad, menor soporte social y más trastornos de personalidad.

Faravelli (22), en un estudio de las recaídas en episodios depresivos mayores, encontró que los que presentaban mayores recurrencias tenían mayores puntuaciones en

la escala de Mausley ya mencionada.

Asimismo, Zimmerman (19) encontró que los trastornos de personalidad, según el DSM III, representaban un pobre predictor en la evolución de pacientes psiquiátricos en general y con depresión mayor, que habían recibido TEC, en 6 meses de seguimiento. Este mismo autor, en un artículo publicado en 1989 en el que precisamente analiza las correlaciones demográficas y la comorbilidad de los trastornos de personalidad (23), menciona que es precisamente el trastorno depresivo mayor el que ha recibido una mayor atención, también menciona que la gran variabilidad se debe a las diferencias metodológicas de los estudios. El valor del 90% se obtuvo en un estudio con adolescentes y adultos jóvenes y, posteriormente, se comentará la correlación de los trastornos con la edad. El rango de 23% se obtuvo en un estudio clínico naturalístico en que los diagnósticos fueron hechos por residentes. Los dos estudios hechos con el SIDP encontraron que el 50 y 53% de pacientes con depresión aguda, tuvieron concomitantemente un trastorno de personalidad, sugiriéndose en el estudio que estos altos porcentajes no se debían a que los trastornos de personalidad buscaran mayor atención.

Jerome Kroll (24) afirma que por varias razones la probabilidad de que un trastorno de la personalidad predisponga a un cuadro depresivo, se debe probablemente a tener un estilo de vida y ciertas relaciones interpersonales que predisponen a continuos problemas en diversos aspectos de la vida, pudiendo presentar sintomatología de manera dramática, lo que puede incrementar muchos síntomas o escalas de medición, principalmente en los trastornos afectivos, lo que es mencionado por muchos otros autores.

En este mismo sentido, Winokur (1985) (24) está a favor del establecimiento de una entidad diagnóstica llamada Depresión Neurótica Reactiva que incluya a pacientes que tienen una depresión unipolar, pero quienes tengan un estilo de vida tormentoso, problemas de inmadurez en su personalidad, labilidad emocional, propensión a la somatización, pobre respuesta a tratamientos previos y una historia de alcoholismo en la familia. Winokur menciona: "En esencia, nuestro criterio implica que el mayor pro-

blema es una complicación de la vida, que en ocasiones se manifiesta como un trastorno depresivo mayor o un cuadro distímico". El explica lo que entiende como "problema mayor" así: "a largo plazo, el problema principal es una dificultad de la personalidad; el problema secundario es la depresión".

Sin duda alguna, el trastorno de la personalidad que más se ha estudiado en correlación con cuadros afectivos es el límitetrofe, pudiendo decirse, al mismo tiempo, que el trastorno de personalidad con más estudios es éste (23). Gunderson y Elliot (23) en su revisión de la literatura concluyeron que hay de un 40 a un 60% de empalme entre los trastornos límitetrofes y los afectivos. Por lo anterior, se ha hablado mucho de la multitud de trastornos incluidos dentro de los pacientes límitetrofes (13); también, por lo anterior, se ha hablado acerca de un origen común entre los trastornos afectivos y los pacientes límitetrofes (26). Precisamente por la presencia de cuadros afectivos en pacientes límitetrofes, que se ha reportado hasta en un 87% (23), es que dichos pacientes acuden a la consulta.

Un estudio realizado por Mc Glshan (27), en el cual se intenta investigar cuál es la influencia que tienen los pacientes deprimidos hacia los pacientes con trastorno límitetrofe de la personalidad y viceversa, arrojó como hallazgo que el trastorno de la personalidad provoca en los pacientes deprimidos un inicio más temprano y la ausencia de síntomas psicóticos en ese inicio, así como un mayor abuso de sustancias y uso de psicofármacos en el seguimiento. Los efectos de la depresión sobre los pacientes límitetrofes incluyeron un mejor funcionamiento instrumental premórbido, un inicio más tardío y un alto riesgo de suicidio a largo plazo.

Por último, sería interesante mencionar el estudio de Soloff (28) en el que se analizan los cuadros depresivos que presentan los pacientes límitetrofes, encontrando que el 64.1% reunía los criterios para depresión según el RDC, el 41% presentaron depresión atípica y el 64.1% disforia histeroide. Hubo dos diagnósticos de depresión en 64.1% de los pacientes, mientras que en 17.9% se encontraron los tres tipos de depresión.

TRASTORNOS POR ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

En general, podemos decir que los trastornos por ansiedad han recibido mucha menor atención que los trastornos afectivos en su correlación con los trastornos de personalidad, en lo que se ha llamado la "comorbilidad del síndrome de personalidad" (29). Estos pacientes han mostrado que la sintomatología ansiosa que presentan difiere de los pacientes que tienen el mismo diagnóstico del eje I pero que no tienen trastorno de la personalidad.

Poniendo énfasis al término de "comorbilidad del síndrome de la personalidad", (30), comparó un grupo de pacientes con trastornos de personalidad que se comparó con una serie de pacientes con trastornos de ansiedad y con un grupo control que fue aparejado por edad y sexo y diagnóstico de ansiedad sin trastornos de personalidad. Encontró que el grupo con trastorno de la personalidad mostró una mayor comorbilidad con trastorno depresivo mayor y distimia de manera significativa; así mismo, mostró la mayor presencia de trastornos por ansiedad raros, también de manera significativa, además de menor grado de funcionamiento adaptativo en comparación con los controles.

Han existido varios estudios que correlacionan los trastornos de ansiedad con los de personalidad. Estos estudios han reportado amplias variaciones de trastornos de personalidad, desde un 27 a un 58%, todos mostrando si hay un exceso de trastornos de personalidad del cluster C. Dos estudios reportaron un exceso de este cluster (31), y uno (29) reportó un alto número de trastornos del cluster B, "dramático". Es importante mencionar que la mayoría de estudios que se han hecho en este sentido se han examinado pacientes con ataques de pánico con o sin agorafobia.

Por lo anterior se destaca la importancia del estudio realizado (29), quienes trataron de ver la correlación de los trastornos por ansiedad en general y los trastornos en el eje II. Ellos encontraron en sus resultados que existía una baja correlación entre los trastornos de personalidad y la presencia de agorafobia, pero que

se correlacionaba en valores mucho mayores con fobia social, y trastornos por stress pos-traumático. Sin embargo, debido a que la muestra era pequeña, no se alcanzaron significancias estadísticas en este sentido. Sin embargo, cuando se comparó la existencia de los trastornos en el eje II con la aparición de más de un padecimiento del eje I, se observó que de manera significativa los trastornos de personalidad presentaban más de un diagnóstico.

En un estudio (31) en que comparó pacientes con depresión, ansiedad y su funcionamiento social, encontró que casi el 40% de pacientes con trastornos de ansiedad presentaba simultáneamente trastornos depresivos. En cuanto al funcionamiento social se observó que aunque entre los que presentaban trastorno de ansiedad solamente y los que presentaban también cuadros afectivos no había diferencias inicialmente, durante el seguimiento éstos últimos presentaban menor funcionamiento social. La importancia de este estudio radica en que se valoró la presencia de trastornos de la personalidad y no se encontró que influenciara en el funcionamiento social.

Ya pasando específicamente a los diversos trastornos por ansiedad, podemos mencionar el estudio (18) que estudió la comorbilidad de los ataques de pánico con los trastornos del eje II, encontrando que los pacientes que presentaban trastornos de cluster de los dramáticos tenían una pobre respuesta al tratamiento, observando que mientras éstos influían directamente, otros trastornos como el esquizoide no alteraban su curso. Así mismo, como en el anterior estudio mencionado, se observó que la presencia de trastornos afectivos si influenciaban una peor respuesta en el tratamiento de los ataques de pánico. Un dato interesante es que los resultados en los trastornos de la personalidad influenció en la presencia de ataques de pánico espontáneos, pero si existió alguna influencia en los ataques de pánico situacionales.

Mavissakalian ha publicado dos artículos (16,31) acerca de la correlacion

de los trastornos con agorafobia. Lo importante de su estudio es que encontró que los pacientes con agorafobia mostraban más probablemente personalidades o rasgos de tipo dependiente, histriónico y de evitación, destacando que su porcentaje de pacientes con trastornos de personalidad fue de 27% mientras que en el estudio de Tyrer ya mencionado anteriormente el porcentaje fue de 40%. Aquí es importante considerar que los pacientes que tienen fobia evitan ciertas situaciones con posible repercusión en su funcionamiento social, por lo que se debe diferenciar de un verdadero trastorno de la personalidad.

Posteriormente, después del tratamiento (31), se observó que la mejoría de los síntomas fóbicos condujera una mejoría en el funcionamiento de la personalidad; pero que tanto los que mejoraban como los que no mejoraban no alteraban las características de su personalidad.

En otra instancia, es interesante observar que los pacientes con algunos rasgos de personalidad pueden ser más respondedores al tratamiento que otros; por lo que la tolerancia de estar solo, hipersensibilidad y falta de confianza en sí mismo, características principalmente en pacientes limítrofes, dependientes y pasivo-agresivos pudiesen en mucho estar condicionados por el trastorno. En cambio, los rasgos derivados principalmente de las personalidades de evitación e histriónicas como aislamiento social, deseo de afecto, baja autoestima, conducta dramática e inestabilidad afectiva cambiaron poco en la muestra total, y tres de estos rasgos sólo estaban presentes en un tercio de los respondedores al tratamiento. Esto implica que los rasgos de evitación e histriónicos pueden ser característicos de los pacientes fóbicos, mientras que los rasgos depresivos se presentan más bien por el trastorno fóbico. La observación clínica de que una actitud evitatoria o ansiedad anticipatoria pueden frecuentemente persistir a pesar de un tratamiento exitoso del comportamiento evitativo y de los síntomas de pánico provee un soporte para la anterior hipótesis.

Por lo anterior, se puede suponer que los rasgos de personalidad juegan un importante rol pronóstico en la agorafobia. En el estudio se observó que el 75% de los pacientes que eran considerados con pocos rasgos de estos trastornos respondieron al tratamiento, mientras que sólo el 25% de los que tenían altos estos rasgos respondieron.

Ya una vez abordada la correlación entre los trastornos de la personalidad y los cuadros depresivos y ansiosos, mencionaremos el trabajo de Zimmerman (23), para darnos una idea de las correlaciones de los trastornos de la personalidad con otros padecimientos del eje I, pues al trabajar con una cantidad importante de pacientes logró analizar muchos de los trastornos del eje I y al comparar a individuos con algún trastorno de la personalidad con los que no presentaban ninguno, tenemos entre las principales diferencias las siguientes: las correlaciones con mayor significancia con una $p < 0.001$ mostraron que los trastornos esquizotípicos se correlacionaban con abuso de alcohol, al abuso de otras drogas, a esquizofrenia y a TOC. Así mismo los trastornos histriónicos se correlacionaban con abuso de alcohol y otras drogas; el trastorno compulsivo de personalidad con manía; el antisocial con el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas; el de evitación con abuso de drogas, TOC, disfunción sexual y la presencia de intentos suicidas en la vida del paciente; el trastorno límite con abuso de alcohol, esquizofrenia, TOC, uso de tabaco e intentos suicidas y el pasivo-agresivo con abuso de alcohol, TOC.

En el mismo estudio, con una menor correlación y con una p menor de .01 encontramos que los esquizotípicos se correlacionaban con disfunción sexual e intentos de suicidio durante su vida, los compulsivos con abuso de alcohol y TOC; los histéricos con esquizofrenia, TOC, disfunción sexual e intentos de suicidio anteriores; los antisociales con manía e intentos de suicidio; los límites con manía y abuso de alcohol; y los pasivos con abuso de drogas, esquizofrenia y disfunción sexual.

Es importante mencionar nuevamente que aquí ya no se han mencionado las correlaciones con los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad que ya fueron expuestos anteriormente con mucha mayor amplitud. Una excepción a los trastornos de ansiedad que sí se menciona es el trastorno obsesivo-compulsivo que no se había comentado anteriormente.

Los interesantes hallazgos de este estudio, que se pudieron encontrar gracias a lo grande de la muestra, nos inquieta para seguir investigando en este sentido.

Otro trastorno del eje I que ha recibido importancia en el estudio de su personalidad ha sido la bulimia, observándose en un estudio realizado por Zanarini (30) con 34 mujeres bulímicas activas y 18 mujeres con bulimia que había remitido que el 50% de las pacientes activas y el 44% de las que habían remitido presentaban al menos algún trastorno de personalidad. En un reporte hecho por Yates (32), encontró que las pacientes bulímicas presentaban más frecuentemente alteraciones del Cluster B (histriónico, narcisista, antisocial y limítrofe) y en menor medida alteraciones del cluster C (evitación, dependencia, compulsión y pasivo-agresivo).

OTROS FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

También se han descrito otros factores que diferencian a las personas con trastornos de la personalidad de los que no los tienen.

Primeramente mencionaremos las características demográficas, que han sido de los primeros factores estudiados; de hecho, son elementos que todo clínico toma en cuenta de inmediato en su práctica clínica cotidiana, en algunas ocasiones de manera propositiva, pero muchas de las veces de manera inconsciente y automática.

Es bien sabido que los trastornos de personalidad se caracterizan por estar más frecuentemente solteros, separados o divorciados en comparación con los que no

presentan el trastorno. En un estudio publicado por Zimmerman (23), en que estudió un total de 798 sujetos encontró que de manera significativa los pacientes con trastornos de la personalidad eran divorciados, solteros o habían estado divorciados o separados en comparación con el grupo control.

En este mismo estudio también observó una diferencia significativa en lo que respecta a historia de intentos suicidas. Y en otro estudio, en el que se buscan factores asociados a éste para intentar encontrar algún perfil de quienes intentan suicidarse se observa que la presencia de algún trastorno de personalidad es un factor de riesgo (30).

Continuando con los factores demográficos, el sexo ha recibido importante atención para determinar el rol que juega en los trastornos del eje II. En el estudio de Zimmerman anteriormente mencionado (23), existió un predominio del sexo masculino en los trastornos y de manera significativa en comparación con las mujeres. Así mismo observó que en los hombres predominaban los trastornos antisociales, compulsivos y en menor medida, esquizoides, mientras que en las mujeres predominaron los diagnósticos de histriónicas, limítrofes, dependientes y en menor medida de evitación. Estos datos ratifican los predominios por sexo que están incluidos en el DSM-III-R, pero donde también mencionan que el trastorno paranoide se presenta más frecuentemente en hombres, además de que no mencionan que el trastorno de evitación sea más frecuente en mujeres y el esquizoide en hombres (DSM-III-R).

El estudio de Reich (34), precisamente se hizo para corroborar lo reportado en el DSM-III-R en este sentido, siendo totalmente confirmado para los hombres, pero fallando en encontrar la misma significancia en las mujeres, en donde sólo se confirmó el diagnóstico de histriónico, pero no se logró lo mismo en cuanto a las limítrofes y dependientes.

Analiándolo desde otras perspectiva, Sprock (35) intentó ver cual era el "ran go" más predominante en cada sexo, y encontró que entre los hombres el más esperado era el sádico a pesar de que esepaban que el antisocial fuera más importante, mien tras que en la mujer el más frecuente fue el dependiente a pesar de que esperaban que el histriónico fuera aún mayor.

La edad es bien conocida como factor asociado, en el sentido de que se ha observado que disminuye la presencia de los trastornos que nos conciernen conforme au menta esta variable (23), encontrándose que el comportamiento patológico se va disminuyendo aunque la misma persona haya tenido problemas por su comportmaiento en el pasado. Esta es una de las críticas que se ha hecho a algunos instrumentos en el sentido de que se pregunta acerca de los últimos años, lo cual disminuye la posibili dad de hacer por ejemplo el diagnóstico de psicopatía con el SIDP, que pregunta los últimos cinco años del paciente (36), sabiendo que el franco carácter psicopá tico va disminuyendo con la edad.

Hay muchos otros factores que deben ser investigados en su relación con los trastornos de personalidad, como otras variables demográficas y varios anteceden tes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos con el propósito de lograr entender con más precisión los trastornos de la personalidad.

Inclusive a nivel neurológico se intentan observar las correlaciones que pue dan existir con estos trastornos (37). Haier ha estudiado las correlaciones que pueda tener con el PET con el propósito de establecer teorías que incluyan eprsone lidad cerebro, por lo que en un futuro sus estudios incluirán Imagen por Resonan cia Magnética, correlaciones multivariabes por computadora como consumo de gluco sa, intentando establecer áreas específicas del cerebro con el comportamiento huma no.

Otro factor que se debe tomar en cuenta cuando se evalúa la personalidad es la fuente de información, pues Zimmerman (38) encontró que después de examinar a los pacientes, la impresión diagnóstica cambiaba cuando se entrevistaba a algún familiar o amigo cercano en casi un 20% de la muestra, sucediendo casi siempre que se incrementaban los diagnósticos y se reportaba patología adicional. En un estudio posterior, el mismo autor, encontró que al correlacionar las entrevistas hechas de manera independiente al familiar y a los pacientes, el coeficiente de kappa de acuerdo para cualquier diagnóstico de personalidad fue de 0.13, mientras que los valores de kappa totales para los diagnósticos de personalidad individual fue de 0.35. Los informantes reportaron en 57.6% de la muestra la presencia de los diagnósticos al evaluarse la información, mientras que con los datos obtenidos con los pacientes se llegaba solamente a diagnosticar un trastorno en el 36.4% de la muestra (39).

HIPOTESIS.

Los pacientes con trastornos de personalidad y con algún padecimiento en el eje I, presentan mayor psicopatología general que los pacientes que no tienen un trastorno de personalidad pero si presentan algun trastorno del eje I.

MATERIAL Y METODO..

Antes de explicar con mayor detenimiento la metodología describiremos ampliamente el Structured Clinical Interview for DSM III R (SCID), que es el instrumento que se utilizó para evaluar los trastornos de la personalidad.

El Structured Clinical Interview for DSM III R, SCID, es un instrumento de autoaplicación por una parte y de entrevista estructurada por un clínico por otra, que sirve para diagnosticar los trastornos del eje I y del eje II del DSM III R, - por lo que se divide en 2 partes, las que corresponden a cada eje del DSM III R. En este documento unicamente se empleó la segunda parte del SCID, la que sirve para valorar los trastornos del eje II; ésta parte es el SCID II (Structured Clinical Interview for DSM III R Personality Disorders), por lo que la primera parte no será descrita.

El SCID fué desarrollado por Spitzer, Robert L. Williams, Janet B. W. y Gibbon, Miriam del departamento de investigación biométrica del instituto psiquiátrico del Estado de Nueva York, y publicado el 4 de enero de 1987.

El SCID II consta de 2 partes, la primera es un cuestionario de autoaplicación en el cual se hace 120 preguntas que se refieren a todos los trastornos de personalidad del DSM III R, además de un trastorno que se encuentra en el apéndice, el trastorno masoquista de personalidad. No existe una distribución homogénea del número de preguntas por trastorno.

Las preguntas se responden encerrando en un círculo las únicas 2 elecciones que se tienen para seleccionar, SI ó NO. Las preguntas están hechas en relación directa a los ítems que vienen incluidos dentro de los criterios diagnósticos de personalidad del DSM III R, haciéndose una pregunta propositiva, y en ocasiones 2, para cada uno de estos aspectos. Todas las ~~respuestas~~ negativas niegan la presencia de ese aspecto del trastorno de personalidad, mientras que las respuestas positivas infieren que ese rasgo se encuentra presente en la persona. El número de

preguntas no está uniformemente distribuido para los trastornos de personalidad, por lo que existen mayor número de preguntas para algunos trastornos específicos.

La segunda parte del SCID II es una entrevista semiestructurada, donde también se encuentran las instrucciones del SCID.

En esta segunda parte encontramos nuevamente 120 preguntas, que corresponden a las preguntas elaboradas en el primer cuestionario, solamente que en esta segunda parte las preguntas ya van dirigidas propositivamente para ampliar la información respecto a la pregunta del primer cuestionario en caso de que se hubiera contestado afirmativamente. Este segundo cuestionario consta de 3 columnas, en la primera encontramos el replanteamiento de la pregunta con nuevas interrogaciones y casi siempre pidiéndose que se den algunos ejemplos por los que se respondió afirmativamente; en la segunda columna se encuentra el ítem del trastorno de la personalidad según el DSM III R que se está calificando, y en la tercera columna, se encuentran 3 números, el 1, el 2 y el 3, así como un signo de interrogación; éste signo de interrogación se coloca cuando la información es inadecuada, el 1 cuando la información es ausente o falsa, el 2 cuando el criterio diagnóstico del ítem está cubierto subumbralmente, y el 3 cuando dicho ítem del DSM III R se considera umbral o francamente positivo.

Si nos damos cuenta, en ésta segunda parte de la entrevista, tenemos la correlación del ítem que se quiere calificar del DSM III R con la pregunta específica de la primera parte del cuestionario, lo que nos permite visualizar fácilmente que es lo que se está calificando con la pregunta, y así, con la ayuda de algún ejemplo se puede calificar de 1 al 3 de acuerdo a los criterios anteriores. Es importante mencionar que lo se califica no es la pregunta en sí, sino el criterio diagnóstico del DSM III R, y de aquí la utilidad de los ejemplos que se solicitan.

Finalmente, para poder decir si existe un determinado trastorno de personalidad, se requiere de un mínimo de ítems calificados con 3. La cantidad míni-

ma que se requiere depende del trastorno pues como mencionamos es variable la cantidad de preguntas para cada uno de los trastornos.

Antes de iniciarse la aplicación de esta segunda parte del SCID II, vienen una serie de preguntas generales del entrevistado para tener una impresión a grosso modo de su personalidad. Se hacen preguntas como el que se describa a sí mismo, en que le gustaría cambiar, algunos de sus pasatiempos, etc.

También se utilizó el SCL-90, que es una escala de autoaplicación en el cual se valoran la intensidad de 80 síntomas de diversa índole psiquiátrica, tanto depresiva como ansiosa, somática, psicótica y de disfunción general. El entrevistado señala una de las cinco opciones que se dan 0, 1, 2, 3 ó 4, que corresponden a si nunca, rara vez, varias veces, frecuentemente y casi siempre respectivamente presentan cada uno de los síntomas.

Así mismo, se utilizó una hoja de vaciado donde se aumentan todos los datos demográficos, antecedentes heredo-familiares, personales patológicos, otros diagnósticos y evaluación de las escalas, que facilitó el manejo de información.

Todo este material, el SCID II primera y segunda parte, el SCL 90, y la hoja de vaciado se encuentra en el apéndice para que pueda ser observado directamente.

Después de conseguir el SCID II original, se tradujo al español a manera de borrador la primera parte únicamente, pasándose copias a una enfermera, una trabajadora social y una paciente con el propósito de conocer sus críticas respecto a la claridad de las preguntas y si lograban captar su sentido. Escuchando sus críticas, se reorganizó nuevamente el cuestionario con el propósito de que quedara claro para cualquier nivel sociocultural de México. Al mandarse a pasar a máquina, la secretaria también aportó algunas sugerencias que terminaron de modificar el cuestionario, el cual se reprodujo en offset para poderlos mandar a admisión, en donde se les entregaba a los pacientes que acudían a su consulta de "primera vez".

La segunda parte del cuestionario no se tradujo totalmente debido a que esa

parte únicamente es para ser aplicada por el entrevistador y nunca es observado por el paciente.

Aun así, en un futuro se traducirá y se pasará a varios de los médicos del staff para conocer sus comentarios respecto a la claridad de éste, y así quede el documento totalmente en español.

METODOLOGIA.

Se aplicó la primera parte del SCID II a todos los pacientes que acudieran a su consulta de "primera vez" (previamente ya habían asistido a una preconsulta para valorar si podían ser atendidos en el recinto del estudio) al servicio de consulta externa del IMP (Instituto Mexicano de Psiquiatría) durante los meses de septiembre y octubre de 1990, dándoles el cuestionario para que lo fueran resolviendo antes de su consulta, por lo que se les citaba 10 minutos antes. Posteriormente, se continuó dicha autoaplicación todos los martes del mes de noviembre y las primeras 2 semanas de diciembre del mismo año. Es importante mencionar que no se logró la aplicación a todos los pacientes que acudían a su consulta de primera vez por diversos motivos, a veces porque no recibían el cuestionario, a veces por que llegaban tarde y se iban sin contestarlo, otras por que no lo entregaban, etc. Se aplicaron un total de 88 cuestionarios de la primera parte del SCID II.

Posteriormente, se les citaba para realizar la segunda parte de la entrevista. En pocas ocasiones se hacía en cuanto salían de su primera entrevista. El mismo día que se realizaba al entrevista semiestructurada, es decir, la segunda parte del cuestionario SCID II, se les daba el SCL 90, un cuestionario de autoaplicación de psicopatología general en el que se cuestiona la frecuencia de 80 diversos síntomas y generales, y que ya fué mencionada anteriormente.

El resto de los datos necesarios para reunir toda la información requerida y que se concentraba en la hoja de vaciado que se encuentra en el apéndice, se obtuvo del archivo del instituto donde se solicitaron los expedientes de los pacien-

tes incluidos en el estudio.

Es importante mencionar que se realizó la valoración de la personalidad de cada paciente de manera ciega, desconociéndose el motivo por el cual acudía a este instituto, así como su diagnóstico y tratamiento hasta que se revisaba el expediente para obtener el resto de la información necesaria. Los diagnósticos de los trastornos de personalidad se obtuvieron al obtener los "3" mínimos indispensables para cada diagnóstico. El puntaje total del SCL 90 se obtiene al sumar todas las respuestas manifestadas por el entrevistado.

Se completaron un total de 47 cuestionarios completos, de los cuales 5 tuvieron que excluirse debido a diversas situaciones como darse de baja del instituto y no contar con los datos completos, y otra por no acudir a la 2ª entrevista del SCID II a pesar de contar con los datos completos, y otra por no acudir a la 2ª entrevista del SCID II a pesar de contar con los demás datos, por lo que se obtuvieron un total de 42 expedientes completos para el estudio.

Después, se concentraron todos los datos de las hojas de vaciado, con lo que se logró conocer, con ayuda de una calculadora manual, los promedios y porcentajes básicos de los datos demográficos, de los trastornos según el instrumento y según el adscrito a cargo del paciente, los trastornos del eje I, las correlaciones entre los 2 primeros ejes del DSM III R, así como las correlaciones con los antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos.

Posteriormente, toda la información se pasó a la computadora del instituto, codificando todas las variables de tal modo que se trabajó solamente con 2 cifras en la mayoría de las variables. Existieron otras variables como la edad, los diagnósticos del eje I y la calificación del SCL 90 que requirieron más de 2 cifras para su codificación.

Así mismo, cada una de las calificaciones (ya fuera 1, 2 ó 3) de cada una de las preguntas del cuestionario aplicado (SCID II) se pasaron a la computadora.

Entonces, se separaron los trastornos de la personalidad en los clásicos cluster A, B y C, con el propósito de incrementar la muestra para el análisis estadístico, además de que en la bibliografía se han obtenido hallazgos interesantes con esta metodología. Posteriormente, se sumó el total obtenido en cada uno de los diagnósticos concernientes al cluster, según la calificación obtenida en cada una de las preguntas del SCID II. Así, se obtuvo un total en cada sujeto, cuya suma estaba constituida por los parciales obtenidos en cada uno de los trastornos que constituían un cluster determinado. A estas cifras se les aplicó la prueba de la mediana, en donde se comparan los sujetos que tienen una mayor calificación con los que tienen una menor. El lograr esta comparación fué posible debido a que se metió en la computadora la calificación de todas las preguntas del SCID II de cada una de los sujetos estudiados. Como lo dice el nombre de la prueba estadística, el punto de corte para esta comparación se estableció en la mediana. De esta manera, además de contar con las diferencias en las diversas variables del trastorno de la personalidad según el SCID II, se intentó un nuevo enfoque cuantitativo de éste instrumento, de tal manera que también nos pudiera arrojar información respecto a las variables analizadas.

En este mismo sentido, se estableció otro punto de corte cuando se analiza ba trastorno por trastorno, determinándose de la siguiente manera: Cada trastorno que es valorado por el SCID II requiere de un mínimo de calificaciones de "3" para considerarse como presente. Sin embargo, en ocasiones el paciente puede estar calificado con muchos "2" lo que habla de una fuerte carga de ese trastorno sin que pueda considerarse como tal. Entonces, en base al número de preguntas y la cantidad mínima de "3", se estableció un valor que se obtenía de multiplicar el "3" por la cantidad mínima que se pedía de estos, además de sumarse el número de preguntas restantes para completar todas las que se referían a un determinado trastorno. Por ejemplo, en el caso del trastorno por evitación que tiene 7 preguntas y se requiere de un mínimo de 4 calificaciones de "3", se multiplico - $4 \times 3 = 12$ + el resto de las preguntas (3) = 15.

Una vez correlacionadas todas las variables demográficas, los antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos con cada uno de los clusters y cada uno de los trastornos de personalidad, tanto desde el punto de vista cuantitativo anteriormente mencionado, como según el SCID II, en la computadora, se obtuvieron las diferencias significativas por medio de chi cuadrada.

Posteriormente, con el propósito de determinar la confiabilidad del instrumento utilizado se midió la consistencia interna de cada uno de los trastornos por medio del análisis alfa de Cronbach.

También se determinaron algunos porcentajes respecto a la presencia de "raggos" de personalidad en la muestra, considerándolo cuando el SCID II se encontraba una carga importante de 2 ó algunos 3 en la calificación del trastorno de personalidad.

RESULTADOS.

En cuanto a los datos demográficos del total de la muestra tenemos que el promedio de edad fue de 32.8 años; el porcentaje de mujeres de 59.53% y el de hombres fue de 40.47%; el porcentaje de entrevistados de provincia fue de 28.57% y del D.F. fueron 71.43%; el porcentaje de los que tenían la primaria incompleta o terminada fueron 16.66%, de los que tenían la secundaria incompleta o terminada fueron 23.8%, de los que tenían educación media incompleta o terminada fueron 19.04%; y los que tenían educación superior incompleta o terminada fueron 30.95%.

El porcentaje de desocupadas estaba en 4.76%; de técnicos u obreros fué de 30.95%; de entrevistados dedicados al hogar fue de 26.19%; de profesionistas fue el 19.04%, y de estudiantes eran 19.04%.

El porcentaje de los que se encontraban casados o en unión libre fue de 54.76%, mientras los que se encontraban solteros o divorciados fueron el 45.23%; hubo un 88.09% de católicos y un 11.91% manifestaron no tener religión alguna.

El 45.23% dependían económicamente de alguien, mientras que el 54.77% eran independientes. De estos independientes, el 65.21% de alguna manera mantenían a otros.

En cuanto a las evaluaciones hechas por los médicos a sus pacientes se reportaron 2 trastornos antisociales, 2 pasivo-dependientes, 1 paranoide y 1 con personalidad tipo A (que correspondería a la de compulsivo en el DSM III R). En cuanto a "rasgos", se reportaron 6 obsesivos compulsivos, 3 antisociales, 2 esquizoides, 2 narcistas, 1 pasivo agresivo, 1 histriónico y 1 limítrofe.

En base a lo anterior, se reportaron, según los adscritos a cargo del paciente, 6 pacientes con trastorno de personalidad constituyendo el 14.28% de la

muestra, mientras que 11 se reportaron con algún "rasgo" de personalidad, constituyendo el 26.19%. No se reportó alguno con más de un trastorno. También por lo anterior podemos decir que hubo 0.14 trastornos de personalidad por paciente, mientras que en 25 pacientes no se reportó la presencia de algún rasgo o trastorno de la personalidad, constituyendo el 59.52% de la muestra.

En cuanto a los diagnósticos obtenidos mediante la aplicación del SCID II, tenemos que se encontraron 7 pacientes con trastorno por evitación con un 29.16% del total de los trastornos encontrados con éste instrumento; 5 compulsivos constituyendo el 20.83% del total de trastornos; 3 con dependencia con un 12.5% del total de trastornos; 2 paranoides, 2 limítrofes y 2 histriónicos, cada uno con un 8.3% del total; y 1 antisocial, 1 narcista y 1 masoquista, cada uno con un 4.6% del total. (ver tabla 1).

Con estos datos podemos decir que se encontraron 17 pacientes con un trastorno de la personalidad, constituyendo un 40.47% del total de 45 sujetos entrevistados. Se encontró 0.57 trastornos de personalidad por sujeto entrevistado.

Como se comentó en metodología, también se incluyeron los sujetos con ciertos "rasgos" de la personalidad, incluyendose aquellos que presentaban varios 2 ó 3, pero que no alcanzaban el punto de corte. De estos rasgos, se observaron 14 dependientes, 13 limítrofes, 10 compulsivos, 10 masoquistas, 9 paranoides, 7 con evitación, 5 antisociales, 4 histriónicos, 3 narcistas, 3 esquizoides, 2 pasivo-agresivos y 1 esquizotípico. El 88.09% presentaron por lo menos 1 de estos rasgos, encontrándose 1.92 "rasgos" de personalidad por paciente.

Al correlacionar los trastornos de personalidad comentados por adscritos con los resultados del SCID II, se encontró que el 33% se corroboraban como trastornos; otro 33% se encontraba como rasgo, y el 33% restante no se detectaba.

T A B L A I

DIAGNOSTICO DEL SCID

<u>Diagnóstico:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Evitación	7 (29.16%)
Dependencia	3 (12.5%)
Obsesivo compulsivo	5 (20.83%)
Self defeating	1 (4.16%)
Paranoide	2 (8.3%)
Histriónico	2 (8.3%)
Narcisista	1 (4.16%)
Limítrofe	2 (8.3%)
Antisocial	1 (4.16%)

En cuanto a los diagnósticos del eje I encontramos 15 con depresión mayor; 5 con trastorno distímico, con agoragovia, con crisis de pánico y con reacción de ajuste mixta; 4 con SOC mixto; 3 con trastorno obsesivo-compulsivo; 2 con trastorno de ansiedad generalizada y sin diagnóstico; y 1 con SOC de personalidad, SOC ansioso, problemas conyugales, síndrome de dependencia al OH, RM, trastornos por somatización y trastorno del sueño. (ver tabla 2).

Posteriormente se correlacionaron los trastornos de la personalidad con los diagnósticos del eje I recién mencionados, y se observó que existían trastornos del eje II en un porcentaje que a continuación se describe: 60% de los distímicos, 50% de los que tenían TAG, 40% de los que tenían crisis de ansiedad, depresión mayor y reacción de ajuste mixta, y 33% en los que tenían trastorno obsesivo compulsivo. El SOC por ansiedad y el trastorno de sueño presentaron un porcentaje de 100% pero no se prestó mucha importancia por tratarse de tan sólo 1 individuo en cada caso.

Así mismo se hizo una correlación inversa, tomando en cuenta los trastornos de personalidad se observó en que porcentaje presentaban los diversos padecimientos del eje I. Sin embargo, por las bajas frecuencias de los trastornos del eje II no se encontraron porcentajes que pudieran orientarnos en algún sentido.

También se tomó el promedio de la escala SCL90, que mide psicopatología general, por trastorno de personalidad, encontrando los siguientes resultados: el dependiente obtuvo un puntaje de 217.66; el masoquista 190; el de evitación 176.71; el paranoide 167; el limítrofe 149.5; el narcista y sociopático 135; el obsesivo 134.2 y el histriónico 119. (ver tabla 3).

El promedio general de SCL90 para los 17 sujetos que tuvieron trastornos

T A B L A I I

DIAGNOSTICOS EN EL EJE I

<u>Diagnóstico:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Depresión mayor	15
Distimia	5
Agorafobia	5
Crisis ansiedad	5
SOC de personalidad	1
Reacción ajuste mixta	5
TAG	2
SOC mixto	4
TOC	3
Sin diagnóstico	2
Trastorno del sueño	1
SOC ansioso	1
Problemas conyugales	1
Sintomatología dependencia al OH	1
RM	1
Trastorno somatización	1

T A B L A V

COMPARACION ENTRE GRUPO CONTROL Y GRUPO CON
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

VARIABLE	GPO CONTROL	GPO CON TRASTORNO	SIGNIFICANCIA
EDAD	33.1 AÑOS	32.3 AÑOS	N.S.
SIN PAREJA	40%	52.94%	N.S.
SEXO MASCULINO	40%	41.1%	N.S.
INDEPENDENCIA ECONOMICA	56%	58.82%	N.S.
ABUSO DE OH	12%	23.5%	N.S.
ABUSO OTRAS DROGAS	18.51%	35.29%	N.S.
CUADRO EJE I RECURRENTE	16%	41.17%	N.S.
SCL 90	118	165	p .01

T A B L A I I I

CORRELACION ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
Y EL PROMEDIO DE SCL 90.

T R A S T O R N O	P R O M E D I O S C L 9 0
DEPENDENCIA	217.66
MASOQUISTA	190
EVITACION	176
PARANOIDE	167
LIMITROFE	149.5
NARCISISTA	135.0
ANTISOCIAL	135.0
COMPULSIVO	134.2
HISTRIONICO	119

de personalidad fue de 165.5, mientras que los que no tenían alguno fue de 118.20, resultando significativamente diferentes [$F(1,40) = 11.51; p < .01$].

Agrupándolo en clusters, el máximo puntaje fue para los cluster A, ansioso-temeroso con 170.73; el cluster B excéntricos, con sólo 2 pacientes paranoides 167; el cluster C los dramáticos, obtuvieron 134.5.

Al intentar correlacionar antecedentes personales patológicos y no patológicos y heredo familiares, no se encontró ninguna correlación que comentar por existir en muy pocas ocasiones antecedentes de este tipo.

Al comparar a los pacientes que tuvieron trastornos de personalidad con los que no lo tuvieron en las diferentes variables tomadas en consideración por medio de chi cuadrada no se encontraron diferencias significativas en el sexo, estado civil, edad, escolaridad, ocupación, independencia económica, abuso de OH y otras drogas, antecedentes heredofamiliares, antecedentes perinatales, alteraciones del desarrollo psicomotriz, problemas escolares, número de episodio del trastorno del eje I, así como su tiempo de evolución, obteniéndose la única diferencia significativa en la escala del SCL 90 como ya se mencionó anteriormente. (ver tabla 5).

Al hacer el análisis por clusters, en todos se obtuvieron diferencias significativas al comparar la calificación del SCL 90 de los puntajes altos en relación con los puntajes bajos. Para el cluster A, se obtuvo una $X = 6.8571$ y una $p < .05$; para el cluster B, una $X = 7.1121$ y una $p < .05$; y para el cluster C una $X = 5.3455$ y una $p < 0.1$. En las demás variables solamente se obtuvieron significancias en el cluster C en las variables de antecedentes heredofamiliares de suicidio y epilepsia, con $X = 2.819$ y una $p < 0.05$ para el primero, y una $X = 5.4449$ y una $p < 0.025$ para el segundo.

Al realizar el análisis trastorno por trastorno, muchos de éstos entrar en el análisis estadístico debido al bajo número con suficiente puntaje

para hacer una correlación, entre estos tenemos el pasivo-agresivo, el masoquista, el esquizotípico, el esquizoide y el narcisista. El resto de padecimientos entraron en análisis estadístico, pero no se encontraron diferencias significativas en el SC1 90 entre los que tenían el trastorno y los que no lo tenían en el trastorno compulsivo, el narcisista, el limítrofe y el antisocial, debido muy probablemente a que la muestra era muy pequeña. En cambio, en el trastorno por evitación se obtuvo una $X = 9.7125$ con una $p < .01$; el de dependencia una $X = 7.5444$ con una $p < .01$; y el paranoide con una $X = 10.1818$ y una $p < .01$.

Del resto de variables, no se obtuvieron diferencias significativas con excepción de la edad en tres trastornos. En el paranoide se obtuvo una $X = 4.7138$ con una $p < .1$; en el histriónico una $X = 6.60$ y una $p < .05$; y en el limítrofe una $X = 8.3125$ con una $p < .025$. En todos estos casos, los que tenían el trastorno tenían edades menores en relación con los que no tenían el trastorno.

Finalmente, para determinar la confiabilidad del instrumento utilizado, el SCID II, se hizo un análisis alfa de Cronbach de todas las respuestas de cada uno de los cuestionarios aplicados, lo cual arrojó la confiabilidad interna de cada uno de los trastornos de personalidad incluidos. El valor para cada trastorno se muestra en la tabla 4.

Como se observa en la tabla 5, encontramos diferencias entre los pacientes con trastorno de personalidad, habiendo entre el grupo con trastornos más solteros ó divorciados, mayor abuso de OH así como de otras drogas, mayor recurrencia en el diagnóstico del eje I y una calificación de SCL 90, alcanzándose significancia sólo en esta última. No hubo gran diferencia entre la edad y el sexo de ambos grupos. Contrariamente a lo esperado hubo ligeramente mayor independencia económica entre los trastornos de personalidad.

T A B L A I V

C O N S I S T E N C I A I N T E R N A D E L S C I D I I .

TRASTORNO DE PERSONALIDAD	VALORES DEL ALFA DE CRONBACH
A) EVITACION	0.8403
B) DEPENDENCIA	0.8261
C) COMPULSIVO	0.7889
D) PASIVO AGRESIVO	0.5240
E) PARANOIDE	0.8585
F) ESQUIZOTIPICO	0.6464
G) ESQUIZOIDE	0.6660
H) HISTRIONICO	0.8023
I) NARCISISTA	0.8091
J) LIMITROFE	0.7727
K) ANISOCIAL	0.7642
L) MASOQUISTA	0.6074

DISCUSION.

Primeramente, mencionaremos que las características generales encontradas en nuestra población estudiada, unicamente podría decirnos, de alguna manera, el perfil del paciente que acude al IMP. Como era de esperarse, la gran mayoría eran del D.F. y eran católicos. Posiblemente, no hubieramos esperado tanto equilibrio en las ocupaciones y escolaridades encontradas si tomamos en cuenta que es una dependencia del gobierno, siendo importante mencionar que el 31% de la población tenía algún grado de educación superior, y que el 20% eran profesionistas.

Es difícil poder evaluar de manera definitiva la impresión diagnóstica del eje II por parte de los adscritos, pues generalmente el diagnóstico de algún trastorno de personalidad se establece de manera paulatina conforme se conoce al paciente, por lo que difícilmente en las primeras entrevistas se consigna en los expedientes el trastorno de personalidad. Por lo anterior, y debido a que la revisión de expedientes se hizo inicialmente la corroboración diagnóstica no es un análisis representativo, debiendo en un futuro, pedir directamente a los adscritos su impresión respecto al diagnóstico del eje II.

El presente estudio presentó principalmente trastorno por evitación con un 30% del total, quedando unicamente otros 10 pacientes con trastorno para distribuirse entre los demás, por lo que las frecuencias encontradas en general fueron muy bajas para poder hacer mayores elucubraciones. Respecto a la frecuencia de los trastornos, que se observa en la tabla 1, podemos decir que no hay estudios, hasta donde sabemos que nos permitan compararla con la frecuencia alcanzada en la población en general. Sin embargo, un estudio de Skodol(40), también encontró una frecuencia grande de trastornos por evitación como en este, así como un número importante de trastornos por dependencia y compulsivos, asemejándose también a lo encontrado en éste estudio; sin embargo, una característica también importante del trabajo de Hyler es la alta frecuencia de trastorno limítrofe, mencionando inclusive que este trastorno es sobrediagnosticado con el SCID II, y en

nuestro trabajo no fué tan frecuente como trastorno, pero si lo fué como rasgo.

En cuanto al número de diagnósticos por paciente, también se ha dicho que el SCID II muestra muchos diagnósticos por paciente, pero mucho menos que otros instrumentos como el PDQ R (41), observandose en el estudio de Hyler la presencia de 3.4 diagnósticos por paciente, mientras que en el nuestro se observaron 0.57 trastornos por paciente. Sin embargo, es importante mencionar que el estudio de Hyler incluye pacientes internados en una clínica con trastornos del carácter y el nuestro son pacientes que acuden a un servicio de consulta externa psiquiátrica en general. En nuestro estudio observamos la presencia de 1.92 "rasgos" de personalidad por paciente, constituyendo el 88.09% de la población. Si tomamos en cuenta que todos los hombres tienen ciertos rasgos de personalidad, nos podríamos cuestionar la utilidad del instrumento en el sentido de no lograr captar los "rasgos" de 2 sujetos. Sin embargo, 1 de ellos presentaba algunos 2 en varias personalidades pero no lo suficiente para ser catalogado como "rasgo". El otro si podemos decir que contestó casi todo el cuestionario de manera negativa por lo que no se pudo encontrar más rasgos. Por lo anterior, sugerimos, que si un sujeto contesta la mayoría del cuestionario negativamente se debe de preguntar propositivamente algunos de los incisos en que el entrevistador piense que se encuentra, siendo aquí importante mencionar que uno de los pacientes que fué calificado como uno de los adscritos como pasivo-dependiente respondió a todas las preguntas orientadoras en este sentido de manera negativa, por lo que no se averiguó este trastorno en el sujeto.

Factores demográficos.- Zimmerman (23), encontró que había más trastornos de personalidad en la población masculina en la población que estudió; nuestro trabajo no observó diferencia alguna entre el predominio de algún sexo cuando se comparó con los sujetos que no presentaban trastornos de personalidad. Así mismo, en el análisis del sexo por cada trastorno por separado y por clusters, no se encontró alguna diferencia significativa, como se ha reportado anteriormente (23), lo cual

ya fué mencionado en su respectivo apartado. Sin embargo, la muestra fué muy pequeña para cada trastorno, lo que dificultaba un análisis estadístico.

En nuestra muestra, como se observa en la tabla , los pacientes con trastornos de personalidad se encontraban con mayor frecuencia sin pareja, lo que ha sido observado en los estudios de Zimmerman (23,42); sin embargo, no se alcanzó alguna diferencia significativa al comparar los grupos. Una variable que nos pareció sorprendente fué el observar que los pacientes con trastorno de personalidad tenían igual independencia económica en porcentaje. Tampoco encontramos diferencias en la edad de nuestros pacientes con alteraciones de la personalidad en comparación con los que no lo presentaban; sin embargo, al hacer el análisis de esta variable por cada trastorno, se obseró que los pacientes histriónicos y limítrofes eran significativamente más jóvenes. Tomando en cuenta que en nuestra población incluimos a los pacientes que acudían por primera vez a consulta psiquiátrica general podemos decir que estos pacientes acuden con mayor anterioridad por algún determinado trastorno que pudiera ser del eje I, y en nuestro caso, con más frecuencia algún trastorno depresivo.

Antecedentes heredofamiliares y personales.- Un estudio realizado por Reich (43), muestra que los pacientes con trastorno de personalidad tienen con más frecuencia antecedentes de depresión y alcoholismo entre sus familiares(45). Dichos hallazgos no fueron ratificados en nuestro estudio, encontrandose unicamente incremento en la presencia de suicidio y epilepsia en los familiares de los pacientes pertenecientes al cluster de los dramáticos, así como suicidio en los familiares de pacientes paranoides. Hasta donde sabemos, es el primer reporte de la presencia de estos antecedentes heredofamiliares. Así mismo, el mayor riesgo de alcoholismo (46) no fué encontrado en nuestro estudio.

Comorbilidad psiquiátrica.- Los mayores hallazgos de cuadros depresivos en correlación con los trastornos de personalidad (44) fué también ratificado en nuestro estudio, ocupando el máximo porcentaje nel eje I; igualmente verificado fué el se-

gundo trastorno del eje I, trastornos por ansiedad. Sin embargo, aquí sería importante mencionar que esta variable no estaba perfectamente controlada pues dependía de la frecuencia de los trastornos del eje I que se presentaran en la consulta, encontrándose que los trastornos depresivos fué la principal causa para que los pacientes acudieran a consulta. Así mismo, será interesante valorar posteriormente a los mismos pacientes y con el mismo instrumento para determinar la influencia que tiene el problema depresivo en la presentación de algún trastorno de la personalidad, resultando interesante mencionar que la ausencia de trastorno de personalidad se ha perfilado como predictor de depresión endógena (46), además de que se ha reportado que los pacientes deprimidos afectan significativamente el diagnóstico dimensional (47). Además, se ha reportado que la evolución de un cuadro depresivo es peor cuando existe un diagnóstico múltiple de personalidad (48).

Como ya se mencionó anteriormente, existen varias correlaciones entre ciertos trastornos de la personalidad y otros del eje I, pero no comentaremos más en este sentido debido a que no se encontraron diferencias significativas al respecto.

Sin duda alguna, el hallazgo más contundente y consistente de este trabajo fué la alta correlación que existió entre los pacientes con trastornos de personalidad y la psicopatología general, la primera valorada con el SCID II, y la segunda mediante el SCL 90, encontrándose diferencias significativas cuando se comparó como trastornos de personalidad en total, así como cuando se hizo por los 3 diferentes clusters. Al comparar trastorno por trastorno, sólo se vió la diferencia significativa con 3 de ellos, pero es muy probable que la falta de significancia con los demás se debiera a que las muestras eran muy pequeñas.

Este hallazgo se encuentra en estrecha correlación con otros, como el de Shea (17), quien observó en los pacientes con trastornos de personalidad un menor funcionamiento social. Así mismo, será interesante el revalorar posteriormente el SCL 90 en los mismos pacientes para poder observar la influencia que puede tener el trastorno de personalidad ó el problema en el eje I en la calificación de

ésta escala, así como separar los diferentes aspectos del SCL 90 para determinar si existe alguna correlación con algunos aspectos en especial.

Valoración de los trastornos de personalidad.- Este aspecto continúa siendo objeto de múltiples disputas entre diferentes corrientes y fruto de múltiples investigaciones con el propósito de lograr objetivizar y homogeneizar, dentro de ciertos límites, a los trastornos de personalidad. Se ha criticado la baja intercorrelación de los diferentes instrumentos, atribuyéndose a diversos aspectos - como las diferentes poblaciones en que son desarrollados, la variabilidad de los métodos y las diferencias teóricas para su creación (49). En la mayoría de los instrumentos se encuentran diagnósticos mixtos ó múltiples (50), lo que ha sido tanto criticado, como justificado, por lo que se ha intentado el encontrar mejores correlaciones al tomar en cuenta los trastornos de personalidad por clusters que comparten muchas características (51). Por lo anterior, algunos autores como Widiger - han criticado fuertemente el abordaje categórico de los estos trastornos(52), sugiriendo la necesidad de realizar con más frecuencia estudios empíricos que valoren la personalidad desde un punto de vista dimensional, mencionando que la solución se encuentra en un enfoque tridimensional de estos trastornos. En el mismo sentido, pero con diferente manera de abordaje, Livesley (53), ha clasificado el comportamiento en 79 dimensiones conductuales, mostrando en un estudio que se puede transformar las características prototípicas en dimensionales con un aceptable nivel de acuerdo entre evaluadores. En su estudio mostró una validez en su contenido satisfactoria. En contra de lo anterior, Fabrega (54), ha mencionado que la comorbilidad entre diversos trastornos de la personalidad es muy frecuente, y hace mayor énfasis en otras variables, como las demográficas, incitando una investigación psiquiátrica de tipo social.

Queda mucho que investigar en este sentido y posteriores investigaciones irán dando la pauta acerca de la mejor manera de abordar éste difícil pero muy interesante campo de la psiquiatría.

Además, es importante perfeccionar los criterios diagnósticos por la continúa movilización de pacientes de un trastorno de personalidad a otro cuando se publica una nueva edición del DSM ó cuando se toman diferentes patrones como la regla diagnóstica, habiendo observado Morey (55), que al pasar del DSM III al DSM III R, sólomente la personalidad limítrofe conservó sus características principales, mientras que la personalidad esquizoide podría incrementarse hasta en 8 veces su diagnóstico. Además, en momentos se crean nuevos trastornos de personalidad ó en otros se destituyen, siendo un ejemplo el trastorno masoquista que ahora esta incluido en el apéndice del DSM III R pues probablemente en un futuro pudiese incluirse ya en el capítulo de los trastornos de personalidad. Por lo anterior, Kass (51), ha intentado diferenciar más claramente este trastorno de las reacciones normales producidas en las víctimas de abuso.

SCID II.- Por último, sería importante mencionar que el instrumento que se ha utilizado en el presente trabajo para la valoración de la personalidad, el SCID II, tiene la ventaja de estar directamente correlacionado con los trastornos del eje II del DSM III R, lo que finalmente contribuye a que su valoración se encuentre en directa correlación con los hallazgos de todo clínico que se base en su práctica cotidiana en el DSM III R. Además, tiene la gran ventaja de que al tener una primera parte autoaplicable, disminuye en gran medida el tiempo necesario para evaluar la personalidad en la segunda parte, la parte de la entrevista semi-estructurada, pues permite obviar el trastorno contestado completamente con respuestas negativas en un inicio. Sin embargo, éste estudio carece de la necesaria valoración por 2 entrevistadores para evitar el sesgo que pudiera tener un sólo entrevistador, lo que pudiera ser posteriormente corregido. Hay poca literatura respecto a la validación de éste instrumento, debiendo mencionar aquí a Skodol (40), quien en su artículo intenta hacerlo con un grupo de pacientes hospitalizados que presentaban conducta mal adaptativa, menciona que los trastornos con psicopatología distintiva que se manifiesta en mayor medida con la conducta, como el esqui-

típico y el antisocial son más fácilmente diagnosticables, en comparación con los que requieren mayor inferencia en el entrevistador como el narcisista y el masoquista. Los trastornos por evitación y obsesivos están asociados con un incremento de falsos positivos. Todas estas observaciones están de acuerdo con los resultados presentados en éste trabajo. Sin embargo, ante la necesidad de contar con un instrumento validado en español, en un futuro, y trabajando con los datos que ya se tienen se podría validar este cuestionario de autoaplicación. Aquí es importante recalcar los altos valores obtenidos en la consistencia interna del SCID en la elaboración de éste trabajo y que se encuentran en la tabla 4.

CONCLUSIONES.

Resumiendo los hallazgos de este trabajo, podemos decir que se comprueba la hipótesis que los trastornos de personalidad presentan un mayor grado de psicopatología en comparación con los que no lo presentan, lo cual fué evidentemente significativo al comparar todas las variables de los trastornos del eje II, tanto los trastornos de personalidad en total, como su separación en clusters y en trastornos de manera individual.

Se ratifica la comorbilidad de los trastornos de personalidad con los del eje I, principalmente con los trastornos depresivos y de ansiedad. Sin embargo, es muy probable que existan más correlaciones con otros trastornos, lo que se conocerá conforme se incrementen los estudios en este campo.

Hay variables demográficas que se muestran consistentemente diferentes en los trastornos de personalidad, como la edad, sexo y estado civil.

Hasta donde sabemos, el nuestro es el primer reporte de la correlación entre los trastornos de personalidad y el antec. fam. de suicidio y epilepsia, encontrándose el primero también en el paranoide por separado. El suicidio nos parece que con lógica pudiera estar correlacionado, pero posiblemente el antecedente de epilepsia pudiera ser tan sólo un hallazgo fortuito, aunque en la actualidad se está investigando con mayor importancia los factores biológicos que se encuentran en los

trastornos de personalidad.

En los últimos años ha existido un importante desarrollo de los instrumentos de medición de los trastornos de personalidad, quedando obsoleta la tradicional medición de este aspecto con el MMPI, si lo analizamos desde un punto de vista categórico; sin embargo, los aspectos psicodinámicos que se pueden valorar en algunas pruebas proyectivas no están incluidas dentro de estos nuevos instrumentos.

Aún existe una inquietante duda del futuro que tomará la valoración de la personalidad, pues aunque la mayor parte de las escalas mencionadas diagnostican de manera categórica, existe una fuerte tendencia para cambiar este enfoque a uno de tipo multidimensional, pensando nosotros, que esta dicotomía, lejos de tener que ser una competencia en la que exista una que prevalezca, es una manera de complementar la visión que se puede tener de un paciente.

Por más objetivización que quiera existir en la psiquiatría, las dificultades que plantean las nuevas escalas, puntualizan la importancia que tiene el juicio clínico en la valoración de los trastornos de la personalidad.

La consistencia interna que muestra el SCID II en éste estudio es muy buena si tomamos en cuenta lo encontrado en la bibliografía respecto a los instrumentos de medición de personalidad en general.

BIBLIOGRAFIA.

- 1- Kaplan Harold I., MD; Sadock Benjamin J., MD
Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. Fifth Edition; 1989.
- 2- The American Psychiatric Association
DSM III R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised); 1987.
- 3- Postel Jacques/Quétel Claude.
Historia de la Psiquiatría.
Fondo de Cultura Económica, 1987.
- 4- Freedman Alfred M., MD; Kaplan Harold I., MD; Sadock Benjamin J., MD.
Compendio de Psiquiatría.
Salvat Editores, 1973.
- 5- Organización Mundial de la Salud.
ICD-10. International Clasification of Mental Disorders.
1989.
- 6- Widiger Thomas A., PhD; Frances Allen, MD.
The DSM-III Personality Disorders.
Arch Gen Psychiatry; 42; Junio 1985; pp 615-623.
- 7- Widiger Thomas A. and Kelso Kevin.
Psychodiagnosis of Axis II.
Clinical Psychology Review. Vol. 3 pp 491-510.
- 8- American Psychiatric Association.
Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.
1986.
- 9- Kennberg, O.F.
Trastornos graves de la personalidad.
Manual Moderno, 1987.
- 10- Standage Kevin M.B.
Structured Interviews and the Diagnosis of Personality Disorders.
Can JOURNAL of Psychiatry Vol. 34, December 1987, pp 906-912.
- 11- Walton HJ, Presly AS.
Use of Category System in the diagnosis of abnormal personality.
Br. J. Psychiatry 1973; 122: 269-276.
- 12- Presly AS, Walton HJ.
Dimensions of abnormal personality.
Br. J. Psychiatry 1973: 122: 269-276.
- 13- Cloninger CR.
A systematic method for clinical description and clasification of personality variants.
Arch. Gen Psychiatry 44: 573-588 (1987).

- 14- Zammarini MC, Frankenberg FR, Chauncey D, Gunderson JC.
The diagnostic interview for personality disorders: Interater and test-retest.
reliability.
Compr. Psychiatry 1987; 68: 467-480.
- 15- Widiger TA, Trull TJ, Hurt SW, et al.
A multidimensional Scaling of the DSM III Personality disorders.
Arch. Gen Psychiatry 1987; 44: 557-563.
- 16- Mavissakalian and Mry Sue Mamann
DSM III Personality Disorders in Agoraphobia.
Comprehensive Psychiatry Vol. 27, No.5 (September/October),1986: 471-479.
- 17- Shea M.T., PhD., Pilkonis PA,PhD, Beckman E,PhD, Collins JF,ScD, Ilkin I,PhD,
Sotsky SM, MD and Cocherty JP, MD.
Personality Disorders and Treatment Outcome in the NIMH Treatment of Depression
collaborative Research Program.
Am J. Psych. 147: 6, June 1990.
- 18- Reich J.,MD., MPH, Noyes R. Jr.,MD, Hirschfeld R, MD, Coryell W, MD, Gorman T,MS.
State and Personality in Depressed and Panic Patients.
American J. Psych. 144:2, February 1987. 181-187.
- 19- Reich JH, MD, MPH.
DSM III Personality Disorders and the Outcome of Treated Panic Disorder.
Am J. Psych. 145:9, September 1988; 1149-1152.
- 20- Tyrer P, Casey P, Gall J.
Relationship between neurosis and personality disorder.
Br. J. Psychiatry 1983; 142: 404-408.
- 21- Klein DN, Taylor EB, Hrdin K, Dickstein S.
Double depression and episodic major depression: demographic, clinical familial,
personality and socioenvironmental characteristics and short-term outcome.
Am J. Psych. 145:10, October 1988; 1226-1231.
- 22- Faravelli C, Amboneti A., Pallanti S, et al.
Depressive relapses and incomplete recovery from index episodes.
Am J. Psych. 1986; 143: 888-891.
- 23- Zimmerman M, Corye W, MD.
DSM III Personality Disorder Diagnoses in a Nonpatient Sample.
Arch Gen Psych.. Vol 46, August 1989, pp 683-689.
- 24- Kroll J. and Ogata S.
The Relationship of Borderline Personality Disorder to the Affective Disorders.
Psychiatric Developments 1987; 2: 105-128.
- 25- Ryer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J.
Comorbidity of borderline personality disorder.
Arch. Gen Psych. 45:4, April 1988, 348-352.
- 26- Gardner DL,MD, and Cowdry RW MD.
Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder: A Review.
Psychopharmacology Bulletin, Vol. 25 No. 4 pp 515-523, 1989.

- 27- Mc Glashan TH.
Borderline Personality Disorder and Unipolar Affective Disorder. Long-term effects of Comorbidity.
The Journal of Nervous and Mental Disease 175:8, August 1987, 467-473.
- 28- Soloff PH, Nathan RS, Schulz PM.
Characterizing depression in borderline patients.
The Journal of Clinical Psychiatry 48:4, April 1987, 155-157.
- 29- Klass ET, Dinardo PA; Barlow DH.
DSM III R Personality Diagnoses in Anxiety Disorder Patients.
Comprehensive Psychiatry, Vol. 30, NO.3, May/June 1989, 251-258.
- 30- Mavissakalian Matig and Hamann MS
DSM III Personality Disorder in Agoraphobia II. Changes with treatment.
Comprehensive Psychiatry, Vol.28 No 4 (July/August) 1987; 356-361.
- 31- Hecht H von Zerssen D, Kreig C, Wittchen PJ HU.
Anxiety and depressions: comorbidity, psychopathology and social functioning.
Comprehensive Psychiatry 30:3, May-June 1989, 251-258.
- 32- Yates WR, Sieleni B, Reich J, Brass C.
Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder.
The Journal of Clinical Psychiatry, 50:2, Feb 1989, 57-59.
- 33- Plutehik R, van Paag HM, Conte HR, Picard S.
Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure.
Comprehensive Psychiatry 30:4 July/August 1989, 296-302.
- 34- Reich F.
Sex distribution of DSM III personality disorder in psychiatric outpatients.
Am J. Psych 144:4, April 1987, 485-488.
- 35- Sprock J., PhD, Blashfield RK, PhD, Smith B, BA.
Gender Wighting of DSM III R personality Disorder Criteria.
Am J. Psych 147:5, May 1990, 586-590.
- 36- Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal C.
A structured interview for the DSM III personality disorders. A preliminary report.
Arch Gen Psych, 42:6, June 1985, 591-596.
- 37- Haler RJ, Sodolske K, Katz M, Buchsbaum S.
The Study of personality with Positron Emission Tomography.
Personality Dimensions and Arousal. (Plenum Publishing Corporation, 1987)
Chapter 14, 251-267.
- 38- Zimmerman M, Pfohl B., Stangl D, Corenthal C.
Assessment of DSM III personality disorders: the importance of interviewing an informant.
Journal of Clinical Psychiatry, 47:5, May 1986, 261-263.
- 39- Zimmerman M, Pfohl B, Corywell W., Tangl D, Corenthal C.
Diagnosing personality disorder in depressed patients. A comparison of patient and informant interviews.
Arch Gen Psych 45:8, August 1988, 733-737.

- 40- Skodol AE, MD, Rosnick L, MD, Kellman D, MD, Odham JM, MD Hler SE, MD.
Validating Structured DSM III R Personality Disorder. Assessment with Longitudinal Data.
Am J. Psych. 145:10, October 1988, 1297-1299.
- 41- Hyler SE, MD, Skodol AE, MD, Kellman D, MD, Oldham JM, MD, Rosnick L, MD.
Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison with Two Structured Interviews.
Am J. Psych 147:8, August 1990, 1043-1048.
- 42- Zimmerman M, MD.
The validity of four definitions of endogenous depression II. Clinical, demographic, familial, and psychosocial correlates.
Arch Gen Psych 43:3, March 1986, 234-244.
- 43- Reich James, MD, MPH.
DSM III Personality Disorders and Family History of Mental Illness.
The Journal of Nervous and Mental Disease 1988; 176;1:45-49.
- 44- Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, Cooper DM.
The relationship between syndrome and personality disorder in DSM III. Experience with 2462 patients.
Am J. Psych 1985; 142: 207-212.
- 45- Zimmerman M, Coryell W, Pfuhl B, Stangl D.
The American validation study of the Newcastel Diagnostic Scale II. Relationship with clinical, demographic, familial and psychosocial features.
Br. J. Psych. 1987, Apr. 150P 526-32.
- 46- Zimmerman M, Pfuhl B, Stangl D, Coryell W.
The validity of DSM III axis IV (severity of psychosocial stressors).
Am J. Psych. 1985, Dec, 142 (12). P 1437-41.
- 47- O'Boyle M. Self D.
A comparison of two interviews for DSM III R personality disorders.
Psychiatry Res. 1990 Apr. 32 (1). P 85-92.
- 48- Pfuhl B, Coryell W, Zimmerman M, Stangl D.
Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients.
J. Clin Psychiatry. 1987 Dec 48 (12). P 468-72.
- 49- Nazikian H., Rudd RP, Edwards J, Jackson HJ.
Personality disorder assessment for psychiatric inpatients.
Aust NZ J Psychiatry. 1990 Mar 24 (1) P 37-46.
- 50- Zimmerman M, Coryell W.
DSM III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity.
Arch Gen Psychiatry. 1989 Aug 46(8). P682-9.
- 51- Kass F, Spitzer RL, Williams JB, Widiger T.
Self-defeating personality disorder and DSM III R: development of the diagnostic criteria.
Am J. Psych. 1989 Aug. 146 (8). P 1022-6.

- 52- Widiger TA, Trull TJ, Hurt SW, Carkin J, Frances A.
A multidimensional scaling of the DSM III personality disorder.
Arch GEN Psych 1987, Jun. 44 (6). P 557-63.
- 53- Livesley WJ.
A systematic approach to the delineation of personality disorders.
Am J. Psychiatry. 1987 Jun 144 (6). P 772-7.
- 54- Fabrega H. Jr, Pilkonis P, Mezzich J, Ahn Cw, Shea S.
Explaining diagnostic complexity in a intake setting.
Compr Psychiatry. 1990 Jan-Feb. 31 (1). P 5-14.
- 55- Morey LC, PhD.
Personality Disorders in DSM III and DSM III R: Convergence, coverage
and Internal Consistency.
Am. J. Psych. 145:5, May 1988.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCID 3/1/87.

INSTRUCCIONES:

Nombre
Tel:

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted generalmente, es decir, cómo es que usted se ha sentido o comportado usualmente durante los últimos años. Para responder, encierre en un círculo "SI" o "NO". Si usted no entiende la pregunta, déjela en blanco.

- | | | |
|--|-------|----|
| 1. ¿Se siente usted más fácilmente herido(a) en sus sentimientos, en comparación con la mayoría de las personas, si alguien lo(a) critica o desaprueba algo que usted dice o hace? | NO SI | 16 |
| 2. ¿Siente que no hay alguien, fuera de su familia inmediata, realmente cercana... gente en la que usted pueda confiar o hablar acerca de sus problemas personales? | NO SI | 17 |
| 3. ¿Evita usted verse involucrado(a) con las personas, a menos que tenga la certidumbre de que realmente les agrada? | NO SI | 18 |
| 4. ¿Trata usted de evitar situaciones que requieran muchos contactos con otras personas? | NO SI | 19 |
| 5. En situaciones sociales ¿Se mantiene usted frecuentemente callado(a) debido a que tiene miedo de decir algo equivocado o ser incapaz de responder una pregunta? | NO SI | 20 |
| 6. Cuando está enfrente de otras personas, ¿Tiene usted frecuentemente miedo de verse nervioso(a), de llorar o de sonrojarse? | NO SI | 21 |
| 7. ¿Hay muchas cosas que le parezcan a usted peligrosas y que no le parezcan peligrosas a la mayoría de la gente? | NO SI | 22 |
| 8. ¿Necesita usted muchos más consejos que la mayoría de las personas antes de poder tomar decisiones cotidianas? | NO SI | 23 |
| 9. ¿Ha permitido que otras personas tomen decisiones importantes por usted, como dónde vivir y qué trabajo tomar? | NO SI | 24 |
| 10. ¿Manifiesta usted frecuentemente estar de acuerdo con la gente, aun cuando usted piensa que están equivocados? | NO SI | 25 |
| 11. ¿Le es difícil hacer cosas si tiene que realizarlas totalmente por usted mismo(a)? | NO SI | 26 |
| 12. ¿Frecuentemente se ofrece usted para realizar cosas que no le son placenteras pero que deben hacerse y ésto lo hace con el propósito de recibir la aprobación de la gente? | NO SI | 27 |
| 13. ¿Le molesta a usted ocupar el tiempo en usted mismo(a)? | NO SI | 28 |
| 14. Mucha gente se siente mal cuando una relación cercana termina. ¿Piensa usted que se siente más derrotado cuando esto le pasa en comparación con la mayoría de la gente? | NO SI | 29 |
| 15. ¿Le preocupa mucho la idea de ser abandonado(a) o dejado(a) solo(a) sin alguien que cuidara de usted? | NO SI | 30 |

16.	¿Le sucede frecuentemente que gaste mucho tiempo al tratar de hacer las cosas a la perfección y finalmente tenga problemas para terminar el trabajo?	NO SI	31
17.	¿Se ve usted frecuentemente envuelto(a) en detalles de algunas cosas de tal manera que llegue a perder la visión de la meta principal?	NO SI	32
18.	¿Es usted más obstinado(a) que la mayoría de las personas acerca de insistir que otros hagan las cosas EXACTAMENTE de la manera que usted quiere que las hagan?	NO SI	33
19.	¿Frecuentemente hace cosas por usted mismo(a) debido a que sabe que nadie más las haría exactamente bien?	NO SI	34
20.	¿Es usted tan devoto(a) a su trabajo de manera que difícilmente tenga tiempo libre para sus amigos o simplemente para hacer cosas que son divertidas?	NO SI	35
21.	¿Frecuentemente tiene problemas en lograr que las cosas sean hechas debido a que no pueda decidir qué hacer primero o determinar la manera de resolver algún problema?	NO SI	36
22.	¿Le preocupa mucho la idea de que pudo haber hecho algo moralmente indebido?	NO SI	37
23.	¿Se siente usted enojado(a) con otra persona porque ésta hizo algo moralmente indebido?	NO SI	38
24.	¿Es difícil para usted hacerles saber a las personas cuanto se preocupa por ellas?	NO SI	39
25.	¿Es usted una persona que raramente da regalos o hace favores a otras personas?	NO SI	40
26.	¿Tiene usted problemas para tirar las cosas debido a que piensa que pueden serle útiles algún día?	NO SI	41
27.	¿Frecuentemente usted pospone hacer las cosas hasta el último minuto y entonces se encuentra con que éstas no podrán ser hechas a tiempo?	NO SI	42
28.	Algunas personas se irritan o se molestan cuando alguien les pide que hagan cosas que realmente no quieren hacer. ¿Es usted de esta forma?	NO SI	43
29.	Algunas personas trabajan despacio deliberadamente o hacen un mal trabajo cuando se les pide que hagan algo que realmente no quieren hacer. ¿Es usted de esta forma?	NO SI	44
30.	¿La gente frecuentemente le hace a usted demandas irrazonables?	NO SI	45
31.	¿Está usted predispuesto(a) a olvidar hacer cosas que supuestamente debería hacer, si es que realmente no quiere hacerlas?	NO SI	46
32.	¿Piensa usted frecuentemente que está haciendo un mejor trabajo en comparación con el crédito que otros le dan?	NO SI	47

33. ¿Le incomoda que la gente le haga sugerencias de como podría hacer mejor las cosas?	NO	SI	48
34. ¿Se ha quejado constantemente la gente de que usted las ha demorado por no hacer la parte de su trabajo?	NO	SI	49
35. ¿Frecuentemente acaba usted trabajando sometido a gente que no hace tan bien el trabajo como usted lo podría hacer?	NO	SI	50
36. ¿Ha escogido a amigos o amantes quienes le hayan sacado ventaja o maltratado?	NO	SI	51
37. ¿Se ha visto usted frecuentemente envuelto en situaciones conflictivas de trabajo o en la escuela, en las que termine contrariado o herido?	NO	SI	52
38. ¿Rechaza usted con frecuencia la ayuda de otras personas?	NO	SI	53
39. ¿Encuentra usted que la ayuda que la gente le ofrece no es usualmente la que usted necesita?	NO	SI	54
40. Algunas personas se deprimen cuando tienen éxito, o sienten que ellas no sirven para el éxito, o hacen cosas para estropear el éxito. ¿Es usted de esta forma?	NO	SI	55
41. ¿Frecuentemente se ha sorprendido o desconcertado al encontrarse que algo que usted ha dicho o hecho a alguien les ha puesto muy enojados?	NO	SI	56
42. ¿Rechaza usted frecuentemente la oportunidad de hacer algo que realmente le divertiría?	NO	SI	57
43. Cuando hace algo que debería ser divertido ¿Le sucede frecuentemente que no se divierta usted?	NO	SI	58
44. ¿Frecuentemente usted no hace lo que tiene que hacer de manera adecuada para obtener el éxito u obtener la que usted desea?	NO	SI	59
45. ¿Frecuentemente usted se siente derrotado debido a que no logra hacer algo que usted necesita hacer?	NO	SI	60
46. Algunas personas encuentran gente que es amable pero para ellos aburrida, en cambio encuentran gente que no es amable y para ellos es más interesante. ¿Es usted de este tipo?	NO	SI	61
47. ¿Está usted haciendo casi siempre lo que es bueno para otras personas más que lo que es bueno para usted?	NO	SI	62
48. ¿Se queja la gente de que usted haga cosas para ellos aun cuando ellos no quieren que usted las haga?	NO	SI	63
49. ¿Se mantiene usted frecuentemente a la expectativa para impedir que la gente tome ventaja de usted?	NO	SI	64
50. ¿Algunas veces se encuentra usted preocupado(a) de que amigos o compañeros de trabajo no sean realmente leales o confiables?	NO	SI	65

51. ¿Frecuentemente usted observa o atribuye amenazas ocultas en lo que la gente dice o hace?	NO	SI	16
52. ¿Le toma un largo tiempo perdonar a alguien si le ha insultado o herido?	NO	SI	17
53. ¿Se ha dado cuenta que para usted es mejor no permitir que otras personas conozcan mucho acerca de usted?	NO	SI	18
54. ¿Se ve usted frecuentemente enojado debido a que alguien le ha insultado o menospreciado de alguna manera?	NO	SI	19
55. ¿Es usted una persona muy celosa?	NO	SI	20
56. ¿Ha sospechado usted constantemente que su esposá(o) o pareja le fue infiel?	NO	SI	21
57. Cuando usted ve gente hablando entre ellos, ¿Se pregunta si estarán hablando de usted?	NO	SI	22
58. ¿Ha notado que un evento u objeto común parezcan ser una señal especial para usted?	NO	SI	23
59. ¿Frecuentemente se siente nervioso(a) cuando está con un grupo de personas que no son familiares para usted?	NO	SI	24
60. ¿Ha tenido usted experiencias con lo sobrenatural?	NO	SI	25
61. ¿Y acerca de la astrología, visión del futuro, OVNIS, experiencias extrasensoriales o un "sexto sentido"?	NO	SI	26
62. ¿Ha confundido usted frecuentemente objetos o sombras con personas, o ruidos por voces?	NO	SI	27
63. ¿Ha tenido usted constantemente la sensación de que alguna persona o fuerza está alrededor de usted, aun cuando no pueda ver a nadie?	NO	SI	28
64. Cuando mira usted a otra persona o a usted mismo(a) en el espejo, ¿Ha visto que le cambie la cara justo ante sus ojos?	NO	SI	29
65. ¿Podría usted ser feliz sin relaciones cercanas, sin una familia o sin amigos?	NO	SI	30
66. ¿Haría usted mejor las cosas solo que con amigos?	NO	SI	31
67. Algunas personas parecen nunca tener sentimientos fuertes, como estar muy enojado o muy feliz. ¿Es usted de esta manera?	NO	SI	32
68. ¿Podría usted vivir contento(a) sin verse constantemente envuelto en vida sexual con otra persona?	NO	SI	33
69. Algunas personas no se preocupan si son o no elogiadas por algo que han hecho bien, ¿Es usted de esta forma?	NO	SI	34
70. ¿Está usted frecuentemente pendiente de lo que dicen los demás para sentirse aprobado, elogiado o confiado?	NO	SI	35

71. ¿Coquetea usted mucho?	NO SI	36
72. ¿Le molesta a usted más que a la mayoría de la gente si usted no se ve atractivo(a)?	NO SI	37
73. Algunas personas expresan sus emociones muy fuertemente. Por ejemplo, pueden abrazar gente que ellos no conocen muy bien o tienen berrinches temperamentales cuando las cosas van mal. ¿Es usted de esta forma?	NO SI	38
74. ¿Le gusta ser el centro de atención?	NO SI	39
75. ¿Está usted frecuentemente muy interesado en algo o alguien y entonces repentinamente pierde interés?	NO SI	40
76. ¿Se irrita o enoja fácilmente y se calma con la misma rapidez?	NO SI	41
77. ¿Está usted usualmente más preocupado con sus propias necesidades que con las necesidades de los demás?	NO SI	42
78. ¿Le han dicho a usted constantemente que sólo se preocupa por usted mismo?	NO SI	43
79. Algunas personas pueden tolerar lo necesario hasta que ellos sepan que eventualmente obtendrán lo que quieren. A otras personas les cuesta trabajo esperar para obtener lo que quieren. ¿Es usted de este tipo de personas que no pueden esperar?	NO SI	44
80. Cuando usted es criticado(a), ¿frecuentemente se siente muy enojado, avergonzado o rebajado, inclusive horas o días después?	NO SI	45
81. ¿Varias veces ha tenido usted que usar a otras personas para obtener lo que quiere?	NO SI	46
82. ¿Ha estado usted en situaciones donde tuviera que pasar sobre alguien con el propósito de obtener lo que necesitaba?	NO SI	47
83. ¿Siente usted que es una persona con talentos especiales o habilidades que otros no han reconocido?	NO SI	48
84. ¿Es frecuente que otras personas le digan que tiene usted una alta opinión de sí mismo?	NO SI	49
85. ¿Diría usted que los problemas que usted enfrenta son tan especiales que pocas personas pudieran llegar a entenderlos?	NO SI	50
86. ¿Tiene usted frecuentemente ensueños durante el día acerca de conseguir grandes cosas, como ser exitoso(a), poderoso(a), brillante, atractivo(a) o grandemente amado(a)?	NO SI	51
87. ¿Piensa usted frecuentemente que las reglas no deberían aplicarse a usted?	NO SI	52
88. ¿Es muy importante para usted que la gente le ponga atención o le admire de alguna manera?	NO SI	53

89.	¿Le han dicho otras personas que usted no es compasivo o comprensivo con los problemas de ellos?	NO	SI	54
90.	¿Siente usted frecuentemente envidia de otras personas?	NO	SI	55
91.	¿Sus sentimientos hacia las personas algunas veces cambian tanto que usted alguna vez ame y admire grandemente a alguien y repentinamente odie o se sienta terriblemente contrariado(a) por la misma persona en otra ocasión?	NO	SI	56
92.	¿Ha hecho frecuentemente cosas que podrían haberlo envuelto en problemas como: comprar cosas que no podría pagar?	NO	SI	57
93.	... tener sexo con alguien a quien apenas si conoce?	NO	SI	58
94.	... beber mucho o tomar drogas?	NO	SI	59
95.	... manejar imprudentemente?	NO	SI	60
96.	... comer desafortadamente?	NO	SI	61
97.	... robar en alguna tienda?	NO	SI	62
98.	¿Tiene usted frecuentemente subidas y bajadas en su ánimo, algunos períodos de depresión, irritabilidad o ansiedad?	NO	SI	63
99.	¿Tiene usted frecuentemente berrinches de mal genio o se siente tan enojado que pierda el control?	NO	SI	64
100.	¿Le pasa que algunas veces le pegue a la gente cuando está muy enojado?	NO	SI	65
101.	¿Ha intentado usted en alguna ocasión herirse, matarse o ha amenazado con hacerlo?	NO	SI	66
102.	¿Ha tratado usted algunas veces de herirse teniendo un accidente?	NO	SI	67
103.	¿Es usted tan diferente con gente diversa o en diferentes situaciones de tal manera que algunas veces no sepa quién es realmente usted?	NO	SI	68
104.	¿Está usted frecuentemente confundido acerca de ... cuáles son sus metas a largo plazo o qué planes tiene en su carrera?	NO	SI	69
105.	... qué tipos de amigos o amantes quiere?	NO	SI	70
106.	... cuáles son sus valores?	NO	SI	71
107.	¿Se siente usted frecuentemente aburrido o con un vacío interno?	NO	SI	16
108.	¿Se siente fuera de control si usted piensa que alguien importante lo(a) va a dejar?	NO	SI	17

Las siguientes preguntas son acerca de cosas que usted pudo haber hecho antes de que cumpliera 15 años.

109. ¿Se iba usted frecuentemente de "pinta"?	NO SI	18
110. ¿Se salía usted constantemente de su casa y permanecía afuera durante la noche?	NO SI	19
111. ¿Comenzaba usted las peleas?	NO SI	20
112. ¿Utilizó usted algunas armas en las peleas?	NO SI	21
113. ¿Algunas veces forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO SI	22
114. ¿Hirió algunas veces a cualquier animal a propósito?	NO SI	23
115. ¿Hirió usted alguna vez a otras personas a propósito? (diferente a una pelea)	NO SI	24
116. ¿Dañaba usted deliberadamente cosas que no fuesen suyas?	NO SI	25
117. ¿Ha usted prendido fuego deliberadamente?	NO SI	26
118. ¿Miente usted con frecuencia?	NO SI	27
119. ¿Algunas veces roba usted cosas?	NO SI	28
120. ¿En algunas ocasiones ha robado o asaltado a alguien?	NO SI	29

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-III-R PERSONALITY DISORDERS

SCID - II

Robert L. Spitzer, M.D., Janet B. W. Williams, D.S.W.,
and Miriam Gibbon, M.S.W.

Study: _____	Study No.:	_____	20 1-2
Subject: _____	I.D. No.:	_____	03-06
Rater: _____	Rater No.:	_____	07-10
	Rater is:	Interviewer 1 Observer 2	11-13
	Date of interview:	_____	14
		Mo. Day Year	15-20
	Evaluation:	Initial 1 Reevaluation 2	21
Sources of information (check all that apply):	_____ Subject		22
	_____ Family/friends/associates		23
	_____ Health professional/chart/referral note		24
	_____ DSM-III-R Personality Questionnaire		25
_____ Consultation with: _____			26

Form No. 92
79-80*

Edited and checked by: _____ Date: _____

* Key punch: Duplicate on all cards.

The development of the SCID has been supported in part by NIMH Contract #278-83-0007(DB) and NIMH Grant #1 R01 MH40511-01.

For citation: Spitzer, Robert L., Williams, Janet B. W., and Gibbon, Miriam, "Structured Clinical Interview for DSM-III-R - Personality Disorders (SCID-II, 4/1/87)"
Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
722 West 168th Street
New York, New York 10032

SCID- II SUMMARY SCORE SHEET

Overall quality and completeness of information: 1 = poor, 2 = fair, 3 = good, 4 = excellent

27

Duration of interview (minutes) _____

28-30

	Personality Disorder	Diagnostic Index				Current Severity (past year)			
		Inad- equately inform.	Ab- sent	Sub- thresh- old	Thresh- old	Mild	Moder- ate	Se- vere	
01	Avoidant	?	1	2	3 ----->	1	2	3	31
02	Dependent	?	1	2	3 ----->	1	2	3	32
03	Obsessive- Compulsive	?	1	2	3 ----->	1	2	3	33
04	Passive Aggressive	?	1	2	3 ----->	1	2	3	34
05	Self-Defeating	?	1	2	3 ----->	1	2	3	35
06	Paranoid	?	1	2	3 ----->	1	2	3	36
07	Schizotypal	?	1	2	3 ----->	1	2	3	37
08	Schizoid	?	1	2	3 ----->	1	2	3	38
09	Histrionic	?	1	2	3 ----->	1	2	3	39
10	Narcissistic	?	1	2	3 ----->	1	2	3	40
11	Borderline	?	1	2	3 ----->	1	2	3	41
12	Antisocial	?	1	2	3 ----->	1	2	3	42
13	NOS	?	1	2	3 ----->	1	2	3	43

31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

PRINCIPAL AXIS II DIAGNOSIS (i.e., the Personality Disorder that is-- or should be--the main focus of clinical attention).

Enter code number from left of diagnosis above: _____

Note: Enter 99 if no Axis II disorder.

57-58

INSTRUCTIONS (FOR SCID-II USED IN CONJUNCTION WITH PERSONALITY QUESTIONNAIRE):

IN MOST INSTANCES, SCID-II IS PRECEDED BY A SCID-I INTERVIEW AND THE DSM-III-R PERSONALITY QUESTIONNAIRE. THE SCID-I INTERVIEW SHOULD HAVE PROVIDED ENOUGH INFORMATION TO SUGGEST THE PRESENCE OF A PERSONALITY DISTURBANCE, IF ONE EXISTS.

THE DSM-III-R PERSONALITY QUESTIONNAIRE ALLOWS THE INTERVIEWER TO SKIP ALL OF THE ITEMS THAT THE SUBJECT HAS NOT AFFIRMED AS CHARACTERISTIC OF HIS OR HER BEHAVIOR OR FEELINGS OVER THE PAST SEVERAL YEARS. (SOME OF THESE ITEMS MAY BE ASKED ABOUT IF THE INTERVIEWER HAS REASON TO BELIEVE THAT THEY ARE FALSE NEGATIVES.) THE SCID-II INTERVIEW WILL THEN FOCUS ON CLARIFYING THOSE ITEMS THAT THE SUBJECT HAS AFFIRMED.

THE "Yes" RESPONSES TO THE PERSONALITY QUESTIONNAIRE SHOULD ALL BE NOTED ON THE CORRESPONDING QUESTION OF THE SCID-II BY CIRCLING THE APPROPRIATE QUESTION NUMBER ON THE LEFT SIDE OF THE PAGE. THIS WILL ENABLE THE INTERVIEWER TO FOCUS ON THE QUESTIONS TO WHICH THE SUBJECT HAS RESPONDED POSITIVELY (AND THEIR CORRESPONDING ITEMS). THE INTERVIEWER SHOULD ALSO ASK ABOUT THE NEGATIVE ITEMS WITHIN A DIAGNOSIS IF EITHER: (1) THERE IS A CLINICAL BASIS TO SUSPECT THAT THE ITEM IS TRUE, OR (2) THE TRUE POSITIVES (I.E., ITEMS WHICH HAVE BEEN CODED "3" AFTER SATISFACTORY RESPONSES TO PROBE QUESTIONS) ARE WITHIN ONE ITEM OF THE NUMBER NECESSARY TO MAKE THE DIAGNOSIS. FOR EXAMPLE, IF THREE ITEMS FOR AVOIDANT PERSONALITY ARE CODED "3," THE REMAINING ITEMS, EVEN THOUGH THEY WERE DENIED ON THE QUESTIONNAIRE, SHOULD BE PROBED.

NOTE: ALL "Yes" ANSWERS MUST BE PROBED EVEN IF THE NUMBER ANSWERED "Yes" IS WELL BELOW THRESHOLD, IN ORDER TO ALLOW SUBTHRESHOLD PERSONALITY TRAITS TO BE SCORED.

TO CLARIFY THE POSITIVE RESPONSES TO THE PERSONALITY QUESTIONNAIRE, START BY ASKING THE INDICATED SCID-II QUESTION AND ANY FOLLOW-UP QUESTIONS AS NEEDED. IN ADDITION TO THE QUESTIONS ON THE SCID-II, USE QUESTIONS LIKE:

What is that like?

Give me the most extreme example.

Does that happen in a lot of different situations?

Have you always been that way?

Do you think you are more this way than most people?

Do you regard this as a problem for you?

REMEMBER THAT WHAT YOU ARE RATING IS THE ITEM, NOT THE QUESTION. FREQUENTLY THE SUBJECT WILL SAY YES TO A QUESTION BUT YOUR CLINICAL JUDGMENT WILL BE THAT THE ITEM SHOULD BE CODED "1" OR "2." A RATING OF "3" SHOULD BE GIVEN ONLY IF THE SUBJECT HAS PROVIDED A CONVINCING ELABORATION OR EXAMPLE OR THERE IS CLEAR EVIDENCE FROM BEHAVIOR DURING THE INTERVIEW OR FROM OTHER SOURCES THAT THE ITEM IS TRUE.

Now I am going to ask you some questions about the kind of person you are, that is, how you generally have felt or behaved.

IF A CIRCUMSCRIBED OR EPISODIC AXIS I DISORDER HAS BEEN PRESENT: I know that there have been times when you have been (AXIS I SXS). I am not talking about those times and you should try to think of how you usually are when you are not (AXIS I SXS). Do you have any questions about this?

How would you describe yourself as a person (before AXIS I SXS)?

IF CAN'T ANSWER, MOVE ON.

How do you think other people would describe you as a person (before AXIS I SXS)?

Who have been the important people in your life? (If mentions only family: What about friends?)

How have you gotten along with them?

Do you think that the usual way that you react to things or behave with people has caused you problems with anyone? (at home? at school? at work?) (In what way?)

What kinds of things have you done that other people might have found annoying?

How do you spend your free time?

If you could change your personality in some ways, how would you want to be different?

IF QUESTIONNAIRE HAS BEEN COMPLETED:

Now I want to go over the questions you said "yes" to on the questionnaire.

IF QUESTIONNAIRE HAS NOT BEEN COMPLETED:

Now I want to ask you some more specific questions.

PERSONALITY DISORDERS

AVOIDANT PERSONALITY DISORDER

AVOIDANT PERSONALITY DISORDER
CRITERIA

A pervasive pattern of social discomfort, fear of negative evaluation, and timidity, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 4 of the following:

- | | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|---|---|----|
| 1. | You've said that your feelings are more easily hurt than most people's if someone criticizes you or disapproves of something you say or do. Most people feel "bad" when they're criticized--do you feel it upsets you more than most people? | (1) is easily hurt by criticism or disapproval (Also in Dependent) | ? | 1 | 2 | 3 | 59 |
| 2. | You've said that there is no one you are really close to outside of your immediate family--who would you say you are closest to? | (2) has no close friends or confidants (or only one) other than first-degree relatives (Also in Schizoid and Schizotypal) | ? | 1 | 2 | 3 | 60 |
| 3. | You've said that you avoid getting involved with people unless you are certain they will like you--can you describe some examples? (If you don't know whether someone likes you, do you make the first move?) | (3) is unwilling to get involved with people unless certain of being liked | ? | 1 | 2 | 3 | 61 |
| 4. | You've said that you avoid situations that involve a lot of contact with other people--what kinds of situations do you avoid? (Have you ever refused a promotion because it would involve dealing with more people than you would be comfortable with?) | (4) avoids social or occupational activities that involve significant interpersonal contact, e.g., refuses a promotion that will increase social demands | ? | 1 | 2 | 3 | 62 |

?=inadequate information 1=absent or false 2=subthreshold 3=threshold or true

- | | | | | |
|----|---|---|----------------|----|
| 5. | <p>You've said that you're often quiet in social situations because you're afraid of saying the wrong thing--give me some examples.
(What are you afraid will happen?)
(Do other people consider you a very quiet person?)</p> | <p>(5) is reticent in social situations because of a fear of saying something inappropriate or foolish, or of being unable to answer a question</p> | <p>? 1 2 3</p> | 63 |
| 6. | <p>You've said that you've often been afraid that you might look nervous, or cry or blush in front of other people--tell me more about that.
(Do you avoid situations where you might visibly show your emotions to keep from being embarrassed?)</p> | <p>(6) fears being embarrassed by blushing, crying, or showing signs of anxiety in front of other people</p> | <p>? 1 2 3</p> | 64 |
| 7. | <p>You've said that a lot of things seem dangerous to you that do not seem dangerous to most people--what kinds of things?
(Do you find that you end up avoiding certain situations because you think they might be too strenuous or too much trouble?)</p> | <p>(7) exaggerates the potential difficulties, physical dangers, or risks involved in doing something ordinary but outside of his or her usual routine, e.g., may cancel social plans at the last minute because she anticipates being exhausted by the effort of getting there</p> | <p>? 1 2 3</p> | 65 |
| | | <p>AT LEAST FOUR SXs ARE CODED "3"</p> | <p>1 3</p> | 66 |

AVOIDANT
P.D.

DEPENDENT PERSONALITY DISORDER

DEPENDENT PERSONALITY DISORDER
CRITERIA

A pervasive pattern of dependent and submissive behavior, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 5 of the following:

- | | | | | |
|-----|--|--|----------------|-----------|
| 8. | <p>You've said that you need a lot more advice than most people before you can make everyday decisions--can you give me an example of the kinds of decisions you would seek advice about?
(Would you find it difficult to get through the day without advice from others?)
(What happens when no one is available for you to consult?)</p> | <p>(1) is unable to make everyday decisions without an excessive amount of advice or reassurance from others</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>67</p> |
| 9. | <p>You've said that you have allowed other people to make very important decisions for you--give me examples of some specific decisions you've let other people make for you.
(Has this happened with MOST of your important life decisions?)</p> | <p>(2) allows others to make most of his or her important decisions, e.g., where to live, what job to take</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>68</p> |
| 10. | <p>You've said that you often agree with people even when you think they are wrong--give me some examples of when you've done that.
(Does that happen with most people you know most of the time?)
(What are you afraid will happen if you disagree?)</p> | <p>(3) agrees with people even when he or she believes they are wrong, because of fear of being rejected</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>69</p> |

<p>1. You've said you find it hard to do things all by yourself--give me some examples. (Is this true for most things?) (Do you find that you have trouble taking the initiative?) (Can you do these things if you have someone else to depend on?)</p>	<p>(4) has difficulty initiating projects or doing things on his or her own</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>70</p>
<p>2. You've said that you often will offer to do unpleasant things so that other people will like you--give me some examples of some of the unpleasant things you have done. (Have you ended up doing things you would consider demeaning to yourself?)</p>	<p>(5) volunteers to do things that are unpleasant or demeaning in order to get other people to like him or her</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>71</p>
<p>3. You've said that you mind spending time by yourself--what do you do to avoid being by yourself?</p>	<p>(6) feels uncomfortable or helpless when alone, or goes to great lengths to avoid being alone</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>72</p>
<p>4. You've said that you feel more upset than most people when close relationships end--what happens to you? (Does this happen most of the time?)</p>	<p>(7) feels devastated or helpless when close relationships end</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>73</p>
<p>5. You've said that you worry a lot about being abandoned or left alone--how often do you have these feelings?</p>	<p>(8) is frequently preoccupied with fears of being abandoned</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>74</p>

SEE AVOIDANT #1 (p. 1)

(9) is easily hurt by criticism or disapproval
(Also in Avoidant)

? 1 2 3 75

AT LEAST FIVE SXs ARE CODED "3"

1 3 76

DEPEN-
DENT
P. D.

21 duplicate b
1-2 3-14 15

OBSESSIVE-COMPULSIVE
PERSONALITY DISORDER

OBSESSIVE-COMPULSIVE PERSON-
ALITY DISORDER CRITERIA

A pervasive pattern of perfectionism and inflexibility, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 5 of the following:

- | | | | | | | | |
|-----|--|--|---|---|---|---|----|
| 16. | You've said that you often don't finish jobs because you spend so much time trying to get things exactly right--give me some examples.
(Would you consider yourself a perfectionist?) | (1) perfectionism that interferes with task completion, e.g., inability to complete a project because own overly strict standards are not met | ? | 1 | 2 | 3 | 16 |
| 17. | You've said that you often get so caught up with the details of something that you can lose sight of the goal--give me some examples of this.
(When you go away on a trip, do you spend so much time making lists and looking at schedules and maps that you end up not enjoying it?) | (2) preoccupation with details, rules, lists, order, organization, or schedules to the extent that the major point of the activity is lost | ? | 1 | 2 | 3 | 17 |
| 18. | You've said that you tend to be stubborn about insisting that other people do things exactly the way you want--give me some examples of situations where things must be done your way.
(If they do an OK job but don't do it your way, does that bother you?) | (3) unreasonable insistence that others submit to exactly his or her way of doing things, OR unreasonable reluctance to allow others to do things because of the conviction that they will not do them correctly | ? | 1 | 2 | 3 | 18 |
| 19. | You've said that you often do things yourself because you know that no one else will do them exactly right--give me some examples. | | | | | | |

?=inadequate information

1=absent or false

2=subthreshold

3=threshold or true

- | | | | | |
|-----|--|--|---------|----|
| 20. | <p>You've said that you are so devoted to your work that you have hardly any time left for friends, family, or just having fun--have friends or family members complained that you are spending too much time at work?</p> <p>([EXCLUDE ECONOMIC NECESSITY]: Are you spending all of your time working because otherwise you wouldn't have enough money to get by?)</p> | (4) excessive devotion to work and productivity to the exclusion of leisure activities and friendships (not accounted for by obvious economic necessity) | ? 1 2 3 | 19 |
| 21. | <p>You've said that you often have trouble getting things done because you can't decide what to do first--give me some examples of when that happens.</p> <p>(Do you often not get things done on time because you get caught up in deciding how to start?)</p> <p>([EXCLUSION]: Is it because you cannot make a decision without the advice and guidance of others?)</p> | (5) indecisiveness: decision-making is either avoided, postponed, or protracted, e.g., the person cannot get assignments done on time because of ruminating about priorities (DO NOT INCLUDE IF INDECISIVENESS IS DUE TO EXCESSIVE NEED FOR ADVICE OR REASSURANCE FROM OTHERS) | ? 1 2 3 | 20 |
| 22. | <p>You've said that you worry a lot about whether you might have done something morally wrong--what kinds of things do you worry about?</p> <p>(Do you find yourself worried about relatively minor things you may have done wrong?)</p> <p>(Do you consider yourself more moral than most people?)</p> <p>You've said that you get angry at other people for doing something morally wrong--what kinds of things?</p> <p>(Do you often get angry at other people for breaking the rules?)</p> | (6) overconscientiousness, scrupulousness, and inflexibility about matters of morality, ethics, or values (not accounted for by cultural or religious identification) | ? 1 2 3 | 21 |

24.	You've said that it's hard for you to let people know how much you care about them--tell me more about that. (Do people consider you to be a "cold" person?) (Do you feel very uncomfortable embracing other people?)	(7) restricted expression of affection	?	1	2	3	22
25.	You've said that you rarely give presents or do favors for other people. On what occasions do you give gifts?	(8) lack of generosity in giving time, money, or gifts, when no personal gain is likely to result	?	1	2	3	23
26.	You've said that you have trouble throwing things out because they might come in handy some day--give me an example of things that you're unable to throw out. (Are these things of sentimental value, or are they really not very important at all?)	(9) inability to discard worn out or worthless objects even when they have no sentimental value	?	1	2	3	24

AT LEAST FIVE SXS ARE CODED "3"

1 3 25

OBSES- SIVE COMPUL- SIVE P.D.

**PASSIVE AGGRESSIVE
PERSONALITY DISORDER**

**PASSIVE AGGRESSIVE PERSONALITY
DISORDER CRITERIA**

A pervasive pattern of passive resistance to demands for adequate social and occupational performance, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 5 of the following:

You've said that you often put off doing things until the last minute--can you give me some examples of this?

(Do you often end up NOT getting things done on time?)

(1) procrastinates, i.e., puts off things that need to be done so that deadlines are not met ? 1 2 3 26

You've said that you are the kind of person who gets irritable or sulky if someone asks you to do something you don't want to do--give me some examples of this.

(Are people often sorry they asked you to do something because of the way you respond or the expression on your face?)

(2) becomes sulky, irritable, or argumentative when asked to do something he or she does not want to do ? 1 2 3 27

You've said that you are the kind of person who works very slowly or who does a bad job when asked to do something that you really don't want to do--give me some examples of this.

(3) seems to work deliberately slowly or do a bad job on tasks that he or she really does not want to do ? 1 2 3 28

You've said that people often make unreasonable demands on you--tell me more about this.

(4) protests, without justification, that others make unreasonable demands on him or her ? 1 2 3 29

- | | | | |
|--|--|----------------|-----------|
| <p>You've said that you tend to forget to do things you are supposed to do if you really don't want to do them--give me some examples of this.</p> | <p>(5) avoids obligations by claiming to have "forgotten"</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>30</p> |
| <p>You've said that you often think you're doing a better job than others give you credit for--tell me more about this.
 ([EXCLUDE PARANOID IDEATION]: Do you feel that others are deliberately and consistently depriving you of the credit that is due you?)</p> | <p>(6) believes that he or she is doing a much better job than others think he or she is doing</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>31</p> |
| <p>You've said that it annoys you when people make suggestions about how you could be doing things better even if they are helpful suggestions. Give me some examples.</p> | <p>(7) resents useful suggestions from others as to how he or she could be more productive</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>32</p> |
| <p>You've said that people have complained that you were holding them up by not doing your share of a job--give me some specific examples of this.</p> | <p>(8) obstructs the efforts of others by failing to do his or her share of the work</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>33</p> |
| <p>You've said that you often end up working under people who aren't doing as good a job as you do--give me some examples.
 (How do you generally feel about people in authority?)</p> | <p>(9) unreasonably criticizes or scorns people in positions of authority</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>34</p> |

<p>AT LEAST FIVE SXs ARE CODED "3"</p>	<p>1 3</p>	<p>35</p>
--	------------	-----------

<p>PASSIVE AGGRES- SIVE P. D.</p>
--

**SELF-DEFEATING PERSONALITY
DISORDER**

**SELF-DEFEATING PERSONALITY
DISORDER CRITERIA**

A pervasive pattern of self-defeating behavior, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts. The individual may often avoid or undermine pleasurable experiences, be drawn to situations or relationships in which he or she will suffer, and prevent others from helping him or her, as indicated by at least five of the following:

NOTE: RATING OF "2" OR "3" REQUIRES EXAMPLES OF BEHAVIOR THAT DID NOT OCCUR ONLY WHEN DEPRESSED OR IN RESPONSE TO, OR IN ORDER TO AVOID, PHYSICAL, SEXUAL, OR PSYCHOLOGICAL ABUSE.

You've said that you have chosen friends or lovers who have mistreated or taken advantage of you--tell me about some of these relationships. (Have most of your relationships been like that?)

(1) chooses persons and situations that lead to his or her disappointment, failure, or mistreatment, even when better options are clearly available to him or her ? 1 2

36

You've said that you have often gotten into bad situations at work or at school where you wound up getting hurt--describe these situations.

You've said that you often refuse help from other people--give me examples of the kinds of help that you've refused.

(2) rejects or renders ineffective the attempts of others to help him or her ? 1 2

37

You've said that the help that people offer you is usually not what you really need. Do you therefore end up declining other people's offers of help? Give me some examples.

40.	You've said that when you are successful, you feel depressed and like you don't deserve it, or that you do something to spoil the success-- give me some examples of this.	(3) following positive personal events (e.g., new achievement), responds with depression, guilt, or a behavior that brings about pain (e.g., an accident)	?	1	2	3	38
41.	You've said that you're often surprised to find out that something you've said or done to someone makes them very angry--tell me more about this. (How did you feel when they got angry?)	(4) incites angry or rejecting responses from others and then feels hurt, defeated, or humiliated (e.g., makes fun of spouse in public, provoking an angry retort, then feels devastated)	?	1	2	3	39
42.	You've said that you often turn down the chance to do something that you really enjoy--give me some examples of enjoyable opportunities that you've turned down. (Does this happen often?)	(5) turns down opportunities for pleasure and is reluctant to acknowledge enjoying himself or herself (despite having adequate social skills and the capacity for pleasure)	?	1	2	3	40
43.	You've said that when you do something that should be fun, you often do not enjoy yourself--give me examples of this. (Does this happen fairly often?)						
44.	You've said that you often don't do what you need to do to get ahead or get what you want--give me some examples of this. (Does this happen even with really important tasks?)	(6) fails to accomplish tasks crucial to his or her personal objectives despite demonstrated ability to do so (e.g., helps fellow students write papers, but is unable to write his or her own)	?	1	2	3	41
45.	You've said that you often lose out because you don't get something done that you need to do--give me some examples of that.						

=inadequate information

1=absent or false

2=subthreshold

3=threshold or true

<p>3. You've said that you find people who are nice to you boring but the people who are not nice to you more interesting--give me some examples. (Do you find yourself less attracted to partners who are consistently supportive and caring?)</p>	<p>(7) is bored with or uninterested in people who consistently treat him or her well, e.g., is unattracted to caring sexual partners</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>42</p>
---	---	----------------	-----------

<p>You've said that you almost always do what is good for other people rather than what is good for you--give me some examples of that.</p>	<p>(8) engages in excessive self-sacrifice that is unsolicited and discouraged by the intended recipients of the sacrifice</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>43</p>
---	--	----------------	-----------

You've said that other people complain that you do things for them even when they don't want you to--give me some examples of that.

<p>"AT LEAST 5 "A" SXs ARE CODED "3"</p>	<p>1 3</p>	<p>44</p>
--	------------	-----------

SELF-DEFEATING P.D.

PARANOID PERSONALITY DISORDER

PARANOID PERSONALITY DISORDER
CRITERIA

A pervasive and unwarranted tendency, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, to interpret the actions of people as deliberately demeaning or threatening, as indicated by at least 4 of the following:

- | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|----|
| 49. | You've said that you often have to keep an eye out to stop people from taking advantage of you--can you give me some examples of the ways that people have taken advantage of you in the past?
(When you are in a new situation, do you find that you have to be on guard?) | (1) expects, without sufficient basis, to be exploited or harmed by others | ? | 1 | 2 | 3 | 45 |
| 50. | You've said that you sometimes get concerned that friends and co-workers are not really loyal or trustworthy--describe situations where you've gotten that feeling.
(Do you feel this way very often?) | (2) questions, without justification, the loyalty or trustworthiness of friends or associates | ? | 1 | 2 | 3 | 46 |
| 51. | You've said that you often pick up hidden threats or put downs from what people say or do--describe some specific instances. | (3) reads hidden demeaning or threatening meanings into benign remarks or events, e.g., suspects that neighbor put out trash early to annoy him | ? | 1 | 2 | 3 | 47 |
| 52. | You've said that it takes you a long time to forgive someone if they have insulted or hurt you--describe some instances of this.
(Are you the kind of person who carries a grudge?) | (4) bears grudges or is unforgiving of insults or injuries | ? | 1 | 2 | 3 | 48 |

53.	You've said that you find that it is best not to let other people know too much about you--how come?	(5) is reluctant to confide in others, because of unwarranted fear that the information will be used against him or her	?	1	2	3	49
54.	You've said that you often get angry because someone has slighted you or insulted you in some way--describe some of these situations. (Would you consider yourself to be fairly "thin-skinned"?)	(6) is easily slighted and quick to react with anger or to counterattack	?	1	2	3	50
55.	You've said that you are a very jealous person--tell me more about that.	(7) questions, without justification, fidelity of spouse or sexual partner	?	1	2	3	51
56.	You've said that you've suspected that your spouse or partner has been unfaithful--tell me about that. (What clues did you have?) (What did you do about it?) (Were you right?)						

AT LEAST FOUR SXs ARE CODED "3"

1

3

52

PARANOID P. D.

SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER
CRITERIA

A pervasive pattern of deficits in interpersonal relatedness, and peculiarities of ideation, appearance and behavior, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 5 of the following:

7.	You've said that when you see people talking, you often wonder if they are talking about you--tell me more about this.	(1) ideas of reference (do not include delusions of reference)	?	1	2	3	53
58.	You've said that you've felt that common events or objects have seemed to be a special sign for you--tell me more about this.						
9.	You've said that you often feel anxious in a group of more than two or three people you don't know--would you say that you are much more nervous than most other people would be?	(2) excessive social anxiety, e.g., extreme discomfort in social situations involving unfamiliar people	?	1	2	3	54
	You've said that you have had experiences with the supernatural--tell me about them.	(3) odd beliefs or magical thinking, influencing behavior and inconsistent with subcultural norms, e.g., superstitiousness, belief in clairvoyance, telepathy, or "6th sense," "others can feel my feelings" (in children and adolescents, bizarre fantasies or preoccupations)	?	1	2	3	55
	You've said that you've had some experiences with astrology, seeing the future, UFO's, ESP, or a "sixth sense"--tell me about them.						

You've said that you often mistake objects or shadows for people, or noises for voices--give me some examples.

(4) unusual perceptual experiences, e.g., illusions, sensing the presence of a force or person not actually present (e.g., "I felt as if my dead mother were in the room with me")

? 1 2 3

56

You've said that you have had the sense that some person or force is around you, even though you cannot see anyone--tell me more about that.

(Have you had any other unusual experiences?)

You've said that you've had the experience of looking at a person or yourself in the mirror and seeing the face change right before your eyes--tell me more about that.

(Have you had any other unusual experiences?)

OBSERVED DURING INTERVIEW

(5) odd, eccentric, or peculiar behavior or appearance, e.g., is unkempt, has unusual mannerisms, talks to self

? 1 2 3

57

SEE AVOIDANT # 2 (p. 1)

(6) no close friends or confidants (or only one) outside of first-degree relatives (Also in Schizoid and Avoidant)

? 1 2 3

58

OBSERVED DURING INTERVIEW

(7) odd speech (without loosening of associations or incoherence), e.g., speech that is impoverished, digressive, vague, or inappropriately abstract

? 1 2 3

59

OBSERVED DURING INTERVIEW

(8) inappropriate or constricted affect, e.g., silly, aloof, rarely makes reciprocal gestures or facial expressions, such as smiles or nods

? 1 2 3

60

ANY OF FIRST FIVE PARANOID
ITEMS

(9) suspiciousness or paranoid ideation	?	1	2	3	61

AT LEAST FIVE SKS ARE
CODED "3"

	1	3	62
--	---	---	----

SCHIZ- OTYPAL P.D.

?=inadequate information 1=absent or false 2=subthreshold 3=threshold or true

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER CRITERIA

A pervasive pattern of indifference to social relationships, and restricted range of emotional experience and expression, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 4 of the following:

<p>You've said that you could be happy if you had no close relationships, like with family or friends--tell me more about that.</p>	<p>(1) neither desires nor enjoys close relationships, including being part of a family</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>63</p>
<p>You've said that you would rather do things alone than with other people--is this almost all the time? (What kinds of things do you prefer doing with other people?)</p>	<p>(2) almost always chooses solitary activities</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>64</p>
<p>You've said that you never seem to have really strong feelings, like being very angry or very happy--have you always felt this way?</p>	<p>(3) rarely, if ever, claims or appears to experience strong emotions, such as anger and joy</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>65</p>
<p>You've said that you could be content without ever being sexually involved with another person--have you always felt this way?</p>	<p>(4) indicates little if any desire to have sexual experiences with another person (taking into account age)</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>66</p>
<p>You've said that you don't care whether or not you are praised for something you've done well--tell me more about that. SEE ALSO AVOIDANT # 1 (p. 1)</p>	<p>(5) is indifferent to the praise and criticism of others (Response is relevant to Narcissistic and Avoidant)</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>67</p>
<p>SEE AVOIDANT # 2 (p. 1)</p>	<p>(6) has no close friends or confidants (or only one) other than first-degree</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>68</p>

relatives (Also in Schizotypal and Avoidant)

OBSERVED DURING INTERVIEW

(7) displays constricted affect, e.g., is aloof, cold, rarely makes reciprocal gestures or facial expressions, such as smiles or nods

? 1 2 3 69

AT LEAST FIVE SXS ARE CODED "3"

1 3 70

SCHI-ZOID P. D.

22 duplicate b
1-2 3-14 15

HISTRIONIC PERSONALITY
DISORDER

HISTRIONIC PERSONALITY
DISORDER CRITERIA

A pervasive pattern of excessive emotionality and attention-seeking, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 4 of the following:

<p>You've said that you often turn to others for reassurance, approval, or praise--give me some examples. (Do you find that you often do things just in order to get praise or approval?)</p>	<p>(1) constantly seeks or demands reassurance, approval, or praise</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>16</p>
<p>You've said that you flirt a lot--have friends complained to you about this? (ALSO CONSIDER INTERVIEW BEHAVIOR)</p>	<p>(2) is inappropriately sexually seductive in appearance or behavior</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>17</p>
<p>You've said that it bothers you more than most people if you don't look attractive--do you feel you spend more time than most people on your appearance?</p>	<p>(3) is overly concerned with physical attractiveness</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>18</p>
<p>You've said that you express your emotions very strongly, for example, hugging people you don't know very well or having temper tantrums when things go badly--give me some examples. (Do you almost always cry on sentimental occasions?)</p>	<p>(4) expresses emotion with inappropriate exaggeration, e.g., embraces casual acquaintances with excessive ardor, uncontrollable sobbing on minor sentimental occasions, has temper tantrums</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>19</p>
<p>You've said that you like to be the center of attention--how do you feel when you're not?</p>	<p>(5) is uncomfortable in situations in which he or she is not the center of attention</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>20</p>

?-inadequate information

1-absent or false

2-subthreshold

3-threshold or true

75. You've said that you often get very excited about something or someone and then quickly lose interest--give me some examples of this. (6) displays rapidly shifting and shallow expression of emotions ? 1 2 3 21

76. You've said that you blow up easily and then cool down just as fast--give me some examples of this.

77. You've said that you are usually more concerned with your own needs than with the needs of others--can you give me some examples of that. (7) is self-centered, actions being directed toward obtaining immediate satisfaction; has no tolerance for the frustration of delayed gratification ? 1 2 3 22

78. You've said that you've been told that you care only about yourself--tell me about times when people have said that about you.

79. You've said that you're the kind of person who can't wait to get what you want if you really want it--give me an example of this.

OBSERVED DURING INTERVIEW (8) has a style of speech that is excessively impressionistic and lacking in detail, e.g., when asked to describe mother, can be no more specific than, "She was a beautiful person" ? 1 2 3 23

AT LEAST FOUR SXS ARE CODED "3" 1 3 24

HIS-TRIO-NIC P. D.

NARCISSISTIC PERSONALITY
DISORDER

NARCISSISTIC PERSONALITY
DISORDER CRITERIA

A pervasive pattern of grandiosity (in fantasy or behavior), lack of empathy, and hypersensitivity to the evaluation of others, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 5 of the following:

- | | | | | | | | |
|-----|--|--|---|---|---|---|----|
| 80. | You've said that when you're criticized, you often feel very angry, ashamed, or put down, even hours or days later--give me some examples of this. | (1) reacts to criticism with feelings of rage, shame, or humiliation (even if not expressed) | ? | 1 | 2 | 3 | 25 |
| 81. | You've said that you've sometimes had to use other people to get what you want--tell me about some instances of that.
(Does that often happen?) | (2) is interpersonally exploitative: takes advantage of others to achieve his or her own ends | ? | 1 | 2 | 3 | 26 |
| 82. | You've said that you've been in situations where you had to step on someone in order to get what you needed--tell me about some of those situations.
(Does that often happen?) | | | | | | |
| 83. | You've said that you feel that you are a person with special talents or abilities that other people haven't recognized--tell me more about that.
(Do you feel that you are a "special" person in some way?) | (3) has a grandiose sense of self-importance, e.g., exaggerates achievements and talents, expects to be noticed as "special" without appropriate achievement | ? | 1 | 2 | 3 | 27 |
| 84. | You've said that people have told you that you have too high an opinion of yourself--give me some examples of this. | | | | | | |

- | | | | | |
|-----|---|---|----------------|-----------|
| 5. | <p>You've said that you feel that the problems you face are so special that few other people could ever understand them--tell me more about that.</p> | <p>(4) believes that his or her problems are unique and can be understood only by other special people</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>28</p> |
| 7. | <p>You've said that you often daydream about achieving great things, such as being very successful, powerful, brilliant, attractive, or greatly loved--tell me more about this.
(Do you spend a lot of time thinking about these things?)</p> | <p>(5) is preoccupied with fantasies of unlimited success, power, brilliance, beauty, or ideal love</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>29</p> |
| 87. | <p>You've said that you think that rules shouldn't apply to you--give me some examples.
(Do you often feel like you deserve special treatment?)</p> | <p>(6) has a sense of entitlement: unreasonable expectation of specially favorable treatment, e.g., assumes that he or she does not have to wait in line when others must do so</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>30</p> |
| 9. | <p>You've said that it is very important to you that people pay attention to you or admire you in some way--tell me more about this.</p> | <p>(7) requires constant attention and admiration, e.g., keeps fishing for compliments</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>31</p> |
| 10. | <p>You've said that people have said that you are not sympathetic or understanding about their problems--give me some examples.</p> | <p>(8) lack of empathy: inability to recognize and experience how others feel, e.g., annoyance and surprise when a friend who is seriously ill cancels a date</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>32</p> |
| 90. | <p>You've said that you are often envious of other people--what about these other people makes you envious?
(Would you say you are preoccupied with these feelings?)
(Do you envy most people who are more successful than you?)</p> | <p>(9) is preoccupied with feelings of envy</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>33</p> |

AT LEAST FIVE SXs ARE
CODED "3"

1 3 34

NARCIS- SISTIC P. D.

BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER

BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER CRITERIA

A pervasive pattern of instability of mood, interpersonal relationships, and self-image, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by at least 5 of the following:

01. You've said that your feelings toward people change a lot so you sometimes love or greatly admire someone at one time and then hate or feel terribly disappointed by the same person at another time--give me some examples of this.
(Does this seem to happen in most of your important relationships?)

(1) a pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of overidealization and devaluation ? 1 2 3 35

You've said that you've done things impulsively that could have gotten you into trouble like...

(2) impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging, e.g., spending, sex, substance use, shoplifting, reckless driving, binge eating [DO NOT INCLUDE SUICIDAL OR SELF-MUTILATING BEHAVIOR COVERED IN (5).] ? 1 2 3 36

92. ...spending too much money,
...sex,
...drinking too much or taking drugs,
...reckless driving,
...eating binges, or
...shoplifting.

Tell me more about these things that you've done.
(How many times?)
(Did you actually get into trouble?)

You've said that you often have ups and downs in your mood, periods of depression, irritability, or anxiety--tell me about them.

(How long does a particular mood last before it goes away?)

(3) affective instability: marked shifts from baseline mood to depression, irritability, or anxiety, usually lasting a few hours and only rarely more than a few days

? 1 2 3 37

You've said that you often have temper outbursts or get so angry that you lose control--give me some examples of this.

(Does this happen frequently?)

(4) inappropriate, intense anger or lack of control of anger, e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights

? 1 2 3 38

You've said that you hit people when you are angry--describe some instances of this.

(Does this happen frequently?)

You've said that you have tried to hurt or kill yourself or threatened to do so--tell me about those times.

(Have you ever cut or scratched yourself or things like that?)

(5) recurrent suicidal threats, gestures, or behavior, or self-mutilating behavior

? 1 2 3 39

You've said that you have deliberately tried to hurt yourself by having an accident--tell me about that incident.

103.	You've said that you are different with different people or in different situations so that you sometimes don't know who you really are--give me some examples of this. (Do you feel this way most of the time?)	(6) marked and persistent identity disturbance manifested by uncertainty about at least two of the following: self-image, sexual orientation, long-term goals or career choice, type of friends desired, preferred values	?	1	2	3	40
104.	You've said that you're often confused about your long-term goals or career plans--tell me more about that.						
105.	You've said that you're often confused about what kind of friends or lovers you want--tell me more about that. (Do you also feel confused about whether you're gay or straight?)						
106.	You've said that you often feel confused about what your values are--tell me more about that.						
107.	You've said that you often feel bored or empty inside--tell me more about this.	(7) chronic feelings of emptiness or boredom	?	1	2	3	41
108.	You've said that you get out-of-control if you think someone important is going to leave you--what kinds of things would you do?	(8) frantic efforts to avoid real or imagined abandonment [DO NOT INCLUDE SUICIDAL OR SELF-MUTILATING BEHAVIOR COVERED IN (5).]	?	1	2	3	42
		AT LEAST FIVE SXs ARE CODED "3"		1		3	43

BORDER-
LINE
P. D.

ANTISOCIAL PERSONALITY
DISORDERANTISOCIAL PERSONALITY
DISORDER CRITERIA

	A. Current age at least 18.	?	1	3	44
	B. Evidence of Conduct Disorder with onset before age 15, as indicated by a history of 3 or more of the following:				
09.	You've said that you often skipped school before you were 15. How often?	(1) was often truant	?	1 2 3	45
10.	You've said that you ran away from home and stayed out overnight before you were fifteen--was that more than once? (With whom were you living at the time?)	(2) ran away from home overnight at least twice while living in parental or parental surrogate home (or once without returning)	?	1 2 3	46
11.	You've said that before you were 15 you would start fist fights--how often?	(3) often initiated physical fights	?	1 2 3	47
12.	You've said that before you were 15 you used a weapon in a fight. How often? (What kind of weapon?)	(4) Used a weapon in more than one fight	?	1 2 3	48
13.	You've said that before you were 15 you forced someone to have sex with you. Who was that?	(5) forced someone into sexual activity with him or her	?	1 2 3	49
14.	You've said that before you were 15 you had sometimes hurt animals on purpose. What's the worst thing you ever did?	(6) was physically cruel to animals	?	1 2 3	50

=inadequate information

1=absent or false

2=subthreshold

3=threshold or true

- | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|----|
| 115. | You've said that before you were 15 you had hurt another person on purpose. Was that always in a fight? (What's the worst thing you did?) | (7) was physically cruel to other people | ? | 1 | 2 | 1 | 51 |
| 116. | You've said that before you were 15 you would deliberately destroy things that weren't yours. What did you do? | (8) deliberately destroyed others' property (other than firesetting) | ? | 1 | 2 | 1 | 52 |
| 117. | You've said that before you were 15 you set fires. Tell me about that. | (9) deliberately engaged in firesetting | ? | 1 | 2 | 1 | 53 |
| 118. | You've said that before you were 15, you lied a lot--why? | (10) often lied (other than to avoid physical or sexual abuse) | ? | 1 | 2 | 1 | 54 |
| 119. | You've said that before you were 15 you sometimes stole things. What kinds of things? How often? (Did you ever forge anyone's signature?) | (11) has stolen without confrontation of a victim on more than one occasion (including forgery) | ? | 1 | 2 | 1 | 55 |
| 120. | You've said that before you were 15 you robbed someone (face to face). Tell me about that. | (12) has stolen with confrontation of a victim (e.g., mugging, purse-snatching, extortion, armed robbery) | ? | 1 | 2 | 1 | 56 |

AT LEAST THREE SXS ARE CODED "3"

1 1 57

IF FEWER THAN THREE OF THE ABOVE ITEMS ARE CODED "3," STOP INTERVIEW.
IF AT LEAST THREE ARE CODED "3," CONTINUE.

END OF SCID-II

GO TO SCORE-SHEET

NOTE: THE REMAINING ITEMS DO NOT APPEAR ON THE PERSONALITY QUESTIONNAIRE.

Now I am going to ask you questions about yourself since you were 15.

C. A pattern of irresponsible and antisocial behavior since the age of 15, as indicated by at least 4 of the following:

(1) is unable to sustain consistent work behavior, as indicated by any of the following (including similar behavior in academic settings if the person is a student):

? 1 2 3

58

How much of the time in the last five years were you not working?

(a) significant unemployment for six months or more in five years when expected to work and work was available

IF MORE THAN SIX MONTHS: Why?

When you were working, were you often absent?

(b) repeated absences from work, unexplained by illness in self or family

IF YES: Why?

Did you ever walk off a job without having another one to go to?

(c) abandonment of several jobs without realistic plans for others

IF YES: How many times did this happen?

Have you done things that are against the law--even if you weren't caught--like stealing, selling drugs, fencing, pimping, prostitution, or committing a felony?

(2) fails to conform to social norms with respect to lawful behavior, as indicated by repeatedly performing antisocial acts that are grounds for arrest (whether arrested or not) e.g., destroying property, harassing others, stealing, pursuing an illegal occupation

? 1 2 3

59

Have you ever been arrested?

(Since you were 15) have you been in any fights that came to swapping blows?
(How often?)

(3) is irritable and aggressive, as indicated by repeated physical fights or assaults (not required by one's job or to defend someone or oneself), including spouse- or child-beating

? 1 2 3

60

Have you ever hit or thrown things at your (SPOUSE/PARTNER)?
(How often?)

Have you ever hit a child, yours or someone else's, so hard that he or she had bruises or had to stay in bed or see a doctor?

Have you ever owed people money and not paid them back?
(How often?)

(4) repeatedly fails to honor financial obligations, as indicated by defaulting on debts or failing to provide child support or support for other dependents on a regular basis

? 1 2 3

61

What about not paying child support, or not giving money to children who depended on you?

Other than being on a vacation, have you ever traveled around without knowing where you were going to stay or work?

(5) fails to plan ahead, or is impulsive, as indicated by one or both of the following:

? 1 2 3

62

(a) traveling from place to place without a prearranged job or clear goal for the period of travel or clear idea about when the travel will terminate

Was there ever a time when you had no regular place to live?
(For how long?)

(b) lack of a fixed address for a month or more

Have you done a lot of lying since you were 15?

(6) has no regard for the truth, as indicated by repeated lying, use of aliases, "conning" others for personal profit or pleasure

? 1 2 3

63

Have you ever used an alias or pretended you were someone else?

Did you ever drive a car when you were drunk?

(7) is reckless regarding his or her own or others' personal safety, as indicated by driving while intoxicated, recurrent speeding

? 1 2 3

64

How often have you gotten a ticket for speeding?

HAS BEEN A PARENT OR GUARDIAN:

(8) if a parent or guardian, lacks ability to function as a responsible parent, as indicated by one or more of the following:

? 1 2 3

65

Has anyone ever said that you weren't taking proper care of a child of yours (or a child you were responsible for)...

...like not giving enough food or...

(a) malnutrition of child

...keeping the child clean enough or...

(b) child's illness resulting from lack of minimal hygiene,

...getting medical care when the child was sick or...

(c) failure to obtain medical care for a seriously ill child,

...leaving the child with neighbors because you weren't able to take care of the child at your home or...

(d) child's dependence on neighbors or nonresident relatives for food or shelter,

...not arranging for anyone to take care of the child when you were away or...

(e) failure to arrange for a caretaker for young child when parent is away from home,

...running out of money to take care of the child because you spent the money on yourself?

(f) repeated squandering, on personal items, of money required for household necessities

Have any of these things ever happened?

What's the longest period of time you were sexually involved with one person without having sex with anyone else?

(9) has never sustained a totally monogamous relationship for more than one year

? 1 2 3

66

Do you feel you had a right to (steal, hit, de-face/OTHER ANTISOCIAL ACT)?

(10) lacks remorse (feels justified in having hurt, mistreated, or stolen from another)

7 1 2 3 67

AT LEAST FOUR SIXS ARE CODED "3"

1 3 68

ANTI-SOCIAL P.D.

PERSONALITY DISORDER NOS CRITERIA

This is a residual category for disorders of personality functioning that are not classifiable as a specific Personality Disorder. An example is features of more than one specific Personality Disorder that do not meet the full criteria for any one, yet cause significant impairment in social or occupational functioning, or subjective distress.

1 3 69

PERSONALITY DIS. NOS

Iniciales
Paciente _____

No. ID Paciente >
(No. Código Modificación) >
>
13 - - 16 >

Fecha de este informe: _____ Mes >
_____ día / año >
_____ Día >
_____ Año >

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Sombree uno de los espacios de la derecha que mejor describa el problema que le molestó o distrajo durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Sombree solamente un espacio para cada problema y no deje vacío ningún punto.

0 = Nunca 1 = Muy Pocas Veces 2 = Algunas Veces 3 = Bastantes Veces 4 = Casi Siempre

C. N QUE FRECUENCIA TIENE LAS SENSACIONES DE:

Dolor de cabeza	23	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Nerviosismo o inestabilidad interior	24	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Muchos pensamientos, ideas o palabras	25	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Debilidad o mareos	26	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pérdida del interés o placer sexual	27	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Actitud crítica hacia los demás	28	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Sensación de que alguien puede controlar sus pensamientos	29	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Culpa que a otros se les debe culpar por sus problemas	30	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Problemas para recordar las cosas	31	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Preocupación por su descuido o actitud indiferente	32	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Frecuentemente molesto o irritable	33	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Dolor en el corazón o en el tórax	34	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Siente miedo en los espacios abiertos o en las calles	35	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

(Continúa al dorso)

0 = Nunca

1 = Muy Pocas Veces

2 = Algunas Veces

3 = Bastantes Veces

4 = Casi Siempre

CON QUE FRECUENCIA TIENE LAS SENSACIONES DE:

Sentimientos de falta de energía o lentitud	50	0	1	2	3	4
Pensamientos de acabar con su vida	57	0	1	2	3	4
Oye voces que los demás no oyen	50	0	1	2	3	4
Tembor	53	0	1	2	3	4
Sentimiento de que la mayoría de la gente no es de confianza	50	0	1	2	3	4
Poco apetito	51	0	1	2	3	4
Llora fácilmente	53	0	1	2	3	4
Le hace difícil el trato con el sexo opuesto	53	0	1	2	3	4
Se siente atrapado	51	0	1	2	3	4
Se asusta de repente sin razón	53	0	1	2	3	4
Explosiones temperamentales incontrolables	53	0	1	2	3	4
Tiene miedo a salir solo de casa	57	0	1	2	3	4
Sentimiento de culpabilidad	53	0	1	2	3	4
Dolor en la parte inferior de la espalda	53	0	1	2	3	4
Se siente limitado para hacer las cosas	50	0	1	2	3	4
Se siente solo	51	0	1	2	3	4
Tristeza	53	0	1	2	3	4
Le preocupa demasiado por las cosas	53	0	1	2	3	4
No tiene interés	53	0	1	2	3	4
Siente miedo	53	0	1	2	3	4
Se siente herido en sus sentimientos	53	0	1	2	3	4
Cree que los demás están enterados de sus pensamientos privados	57	0	1	2	3	4
Cree que los demás no lo entienden o que no es simpático	53	0	1	2	3	4
Cree que la gente no es amigable	53	0	1	2	3	4
Hace las cosas muy despacio para asegurarse de que están bien hechas	50	0	1	2	3	4
Siente que el corazón le golpea o está acelerado	51	0	1	2	3	4
Nauseas o malestar en el estómago	53	0	1	2	3	4
Se siente inferior a los demás	53	0	1	2	3	4

(Continúa en Parte

Iniciales
Paciente _____

No. ID Paciente >
(No. Código Médico) >

13 - - - - 76 >

Fecha de este informe:

mes / día / año

Mes >

Día >

17 - - - - 77 >

Año >

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Sombree uno de los espacios de la derecha que mejor describa el problema que le molestó o distrajo durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Sombree solamente un espacio para cada problema y no deje vacío ningún punto.

0 = Nunca 1 = Muy Pocas Veces 2 = Algunas Veces 3 = Bastantes Veces 4 = Casi Siempre

CON QUE FRECUENCIA TIENE LAS SENSACIONES DE:

Calor muscular	73	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Sentimiento de que está siendo observado o que los demás hablan	74	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Problemas para quedarse dormido	75	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Tiene que comprobar lo que hace, una o dos veces	76	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Dificultad para tomar decisiones	77	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Siente miedo a viajar en autobuses, metro o trenes	78	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Sensación de ahogo	79	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ataques de calor o frío	80	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Evita ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan	81	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Se le queda la mente en blanco	82	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Entumecimiento u hormigeo en partes del cuerpo	83	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Siente un nudo en la garganta	84	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Se siente desesperado frente al futuro	85	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

(Continúa al dorso)

0 = Nunca 1 = Muy Pocas Veces 2 = Algunas Veces 3 = Bastantes Veces 4 = Casi Siempre

CON QUE FRECUENCIA TIENE LAS SENSACIONES DE:

Dificultad para concentrarse	36	0	1	2	3	4
Sentir debilidad en partes de su cuerpo	37	0	1	2	3	4
Sentirse tenso o excitado	38	0	1	2	3	4
Pesadez en brazos o piernas	39	0	1	2	3	4
Pensamientos de muerte o agonía	40	0	1	2	3	4
Comer en exceso	41	0	1	2	3	4
Sentirse incomodo cuando la gente la mira o la habla	42	0	1	2	3	4
Tener pensamientos que no son los suyos propios	43	0	1	2	3	4
Tener necesidad urgente de golpear, dañar o herir a alguien	44	0	1	2	3	4
Despertarse pronto por la mañana	45	0	1	2	3	4
Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar	46	0	1	2	3	4
Sueño inquieto o alterado	47	0	1	2	3	4
Tener necesidad de romper o destrozr cosas	48	0	1	2	3	4
Tener ideas o creencias que otros no comparten	49	0	1	2	3	4
Sentirse muy tímido delante de otras personas	50	0	1	2	3	4
Sentirse incómodo en las multitudes, tal como al ir de compras o en el cine	51	0	1	2	3	4
Sentir que todo cuesta un esfuerzo	52	0	1	2	3	4
Períodos de terror o panico	53	0	1	2	3	4
Sentirse incómodo al comer o beber en público	54	0	1	2	3	4
Involucrarse en frecuentes discusiones	55	0	1	2	3	4
Sentirse nervioso cuando se queda solo	56	0	1	2	3	4
Que otros no le reconozcan méritos apropiados por sus logros	57	0	1	2	3	4
Sentirse solo aún cuando está con otra gente	58	0	1	2	3	4
Sentirse tan intranquilo que no podría quedarse quieto	59	0	1	2	3	4
Sentimientos de inutilidad	60	0	1	2	3	4
Sentir que las cosas conocidas son extrañas o irreales	61	0	1	2	3	4
Gritar, o tirar cosas	62	0	1	2	3	4
Sentir miedo a que pueda desmayarse en público.	63	0	1	2	3	4

Protocolo No. 4412

Iniciales Paciente _____

Fecha de este informe / / No. ID Paciente - -

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Sombree uno de los espacios de la derecha que mejor describa con qué frecuencia le molestó y distrajo un problema durante la semana pasada, incluido el día de hoy. Sombree solamente un espacio para cada problema y no deje vacío ningún punto.

0 = Nunca 1 = Muy Pocas Veces 2 = Algunas Veces 3 = Bastantes Veces 4 = Casi Siempre

CON QUE FRECUENCIA TIENE LAS SENSACIONES DE:

Creer que los demás se aprovecharán de Vd. si les deja	7a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Tener pensamientos sobre el sexo que le molestan mucho	7b	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Creer que debe ser castigado por sus pecados	7c	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Sentirse obligado a que las cosas estén hechas	7d	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Tener la idea de que algo grave le pasa en su cuerpo	7e	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Sentirse nunca cerca de otra persona	7f	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Culpabilidad	7g	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
La sensación de que algo malo está pasando en su mente	7h	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Nombre: _____ Edo. Civil: _____

Lugar nacimiento: _____ Lugar de residencia y tiempo: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____ Religión: _____

Número de integrantes familiares: _____

Lugar que ocupa: _____

Ausencia de algún miembro SÍ / NO / Tiempo: _____

Número de dependientes del entrevistado: _____

Depende de _____

AHF: _____

AP: perinatales: _____ desarrollo psicomotriz: _____

enuresis: _____ sonambulismo: _____

terrores nocturnos: _____ problemas en la escuela: _____

TCE: _____

OH y drogas: _____

EJE I.

PA: _____

Número de episodio: _____ Tiempo de evolución del actual episodio: _____

Hamilton: _____

SCL-90: _____

Adscrito: _____

Evaluación: _____

Dx.: _____

Rasgos: _____