

198
2ef.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

" ADAPTACION DE LA ENTREVISTA
ESTRUCTURADA SCID II PARA LA POBLACION
QUE SOLICITA ATENCION PSICOLOGICA "

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARTHA ORTIZ RAMIREZ

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. MA. LUISA RODRIGUEZ HURTADO

MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	10
ANTECEDENTES	14
CAPITULO I CONFIABILIDAD Y VALIDEZ	20
CAPÍTULO II ALGUNAS CONSIDERACIONES DEL DSM-III-R	31
CAPÍTULO III ORGANIZACIÓN LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD	42
CAPITULO IV ORGANIZACIÓN NEURÓTICA DE LA PERSONALIDAD	51
CAPITULO V ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD	60
CAPITULO VI ENTREVISTA ESTRUCTURAL	62
CAPITULO VII METODOLOGÍA	84
JUSTIFICACIÓN	84
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	86
HIPÓTESIS	87
VARIABLES	88
SUJETOS	90
Muestra:	90
Grupo de expertos y/o jueces	90
INSTRUMENTOS	92
PROCEDIMIENTO	105
RESULTADOS	111
DISCUSIÓN	131
CONCLUSIONES	135
SUGERENCIAS	137
BIBLIOGRAFÍA	139
ANEXOS	
SCID II ESPAÑOL	
SCID II INGLÉS	

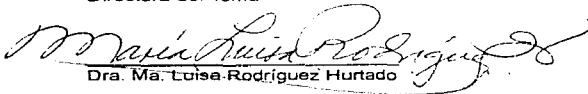
JURADO ASIGNADO

Presidente	Profra. Emilia Lucio Gómez
Vocal	Prof. Raúl Tenorio Ramírez
Secretario	Profra. Fayne Esquivel Ancona
Suplente	Profra. Amada Ampudia Rueda
Suplente	Profra. Ma. Luisa Rodríguez Hurtado

Sitio donde se desarrolló el tema:

Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia
y la Adolescencia, A.C.
Presa de la Angostura No. 37 Col. Irrigación, México, D.F.

Directora del Tema


Dra. Ma. Luisa Rodríguez Hurtado


Sustentante

Martha Ortiz Ramírez

AGRADECIMIENTOS

A mis padres con amor, por el apoyo y confianza que permitió impulsará mi desarrollo profesioal.

A mi querido hijo Rodrigo que sin reproches ha tolerado mis ausencias.

A mis hermanos que siempre han estado presentes en lo bueno y en lo adverso.

A mi prima Marisela que con su ejemplo, cariño y orientación alimentó mi inquietud en el campo de la Psicología así como en la vida.

A mis amigos y compañeros por creer en mí.

RECONOCIMIENTOS

A mi Directora de Tesis Dra. Ma. Luisa Rodríguez H. Con quien tengo una enorme deuda de gratitud por sus sugerencias y en ocasiones correcciones necesarias con respecto y admiración.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez por la revisión y aportaciones a esta tesis.

Al Lic. Raul Tenorio Ramirez por su tiempo y orientación que sin ellos no hubiera resuelto en forma exitosa el desarrollo estadístico de esta tesis.

A la Mtra. Fayne Esquivel Ancona mi revisora de tesis, por sus valiosos comentarios.

A la Mtra. Amada Ampudia Rueda por sus alentadores comentarios y sugerencias.

RECONOCIMIENTOS

Al Grupo Nueva York de la Asociación Psicoanalítica Mexicana que aprobó mi integración en la investigación.

A la Asociación Psicoanalítica Mexicana que permitió mi participación en tan importante investigación.

A la Sra. Alejandra Moreno G. por la ayuda y dedicación prestada a lo largo de estos dos últimos años en la elaboración de esta tesis.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su financiamiento al Grupo de Investigación "Psicoterapia Psicodinámica para Pacientes Fronterizos" Proyecto 4280-H.

**A la Asociación Mexicana de Psicoterapia
Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia A.
C., por su apoyo incondicional.**

RESUMEN

El SCID II, pretende identificar los rasgos que usualmente se encontrarían a través de la Entrevista Estructural propuesta por O. Kernberg, para determinar el tipo de estructura mental con la que funcionan los pacientes a saber: *orgánica, psicótica, neurótica o limitrofe*.

El SCID II, por lo tanto es un instrumento que pretende hacer un diagnóstico diferencial de estructura mental puesto que son imprecisos los síntomas, debido a que pertenecen indistintamente a cualquiera de las estructuras mentales arriba mencionados.

Este trabajo además, surge de la necesidad de manejar un instrumento confiable dentro del proyecto de investigación de la ¹Asociación Psicoanalítica Mexicana, "Psicoterapia Psicodinámica para Pacientes Fronterizos; un Modelo de Investigación", en el cual participo como evaluadora de sujetos interesados en formar parte como pacientes en el proyecto.

Los resultados de intervención terapéutica en pacientes limitrofe se analizan después de un año en tratamiento tanto con el SCID II como con el MMPI y el 16 PF, los cuales se utilizan para comparar los resultados con pruebas ya estandarizadas

¹Financiado por Conacyt

en población mexicana. De antemano todos los pacientes se evaluaron con el Wechsler para adultos y se utilizaron dos pruebas que están estandarizadas en la población mexicana que pudieran apoyar a los resultados obtenidos a través del SCID II, a saber: el Inventario Multifásico de la Personalidad, el de 16 Factores de la Personalidad Cattell, Weschler versión adultos (WAIS).

Los 60 sujetos, participantes como pacientes en la investigación mencionada, fueron valorados, sus repuestas analizadas, codificadas, y los resultados fueron manejados estadísticamente. Sobre el MMPI y el SCID II, se utilizó la correlación de Spearman con el objeto de observar si los resultados del SCID II son confiables.

Se describe la importancia de los conocimientos clínicos y de un entrenamiento previo para la aplicación del SCID II, se discute la trascendencia de que el paciente sea capaz de identificar sus síntomas en el momento de la aplicación.

Las conclusiones permitirán que el SCID II sea incluido o no dentro de la batería diagnóstica de cualquier paciente que solicite tratamiento psicológico.

Distingue once trastornos de personalidad entre los que se encuentra el trastorno límite de la personalidad, basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, que se encuentran descritos en el EJE II de dicho manual. Para ello fue necesario traducir y modificar el lenguaje del instrumento SCID II, en aquellas preguntas que no sean comprensibles para los sujetos a los que se

les aplique, de acuerdo a las normas internacionales establecidas para dicha traducción en, Translation/Back Translation Protocol E.H.O. CAR Projeet de Trotter Robert T., Price Laurie J, del Departamento de Antropología de la Universidad del norte de Arizona.

El análisis estadístico se elaboró en función de matrices con el objeto de comparar los grupos de frecuencias observadas con las esperadas.

El resultado de este análisis mostró que el SCID II diferencia claramente cada trastorno, que sólo el 30% de los entrevistados corresponden a una estructura neurótica, y el 70% al trastorno de organización límite de la personalidad. La codificación de algunos reactivos aparecen en forma simultánea presentes y ausentes entre el 45% y el 50%, de ahí surgieron algunas reflexiones que podrían convertirse en posteriores preguntas de investigación, por ejemplo:

Será que los reactivos en sí mismo no son suficientemente válidos, o es que la población estudiada se encuentra dividida en dos grupos. Aún y cuando se puede considerar un sesgo, debido a que, era referida por observar conductas que exhibieran el trastorno límite.

Como conclusiones se obtuvo que el SCID II, es un instrumento que permite una entrevista clínica diferenciando desde un inicio trastornos de la personalidad. Y por lo

tanto una guía base para indagar y confirmar síntomas o signos de trastornos de la personalidad, así como la estructura psíquica que pueda presentar el paciente.

Para ello requiere de un evaluador con conocimientos clínicos y un entrenamiento previo para su aplicación. Así mismo si el paciente se encuentra seccionado, es posible que no reconozca algunos de sus síntomas, por lo que es recomendable que el entrevistador utilice otras herramientas de evaluación, antes de establecer el diagnóstico definitivo, como la entrevista estructural o pruebas psicológicas.

INTRODUCCIÓN

Un tratamiento para que resulte eficaz debe estar dirigido no solamente a la desaparición de los síntomas, sino a la etiología del padecimiento. Por esta razón es indispensable llegar a un diagnóstico claro y definido.

En 1993, se inicia un convenio de colaboración con el Hospital Cornell de Nueva York, división, 21 Bloomingdale, con la Asociación Psicoanalítica Mexicana (A.P.M.), para investigar sobre el tratamiento de pacientes limítrofes utilizando la psicoterapia expresiva propuesta por el Dr. Otto Kernberg, director entonces del Hospital Cornell. En ese mismo año el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), aprueba el proyecto de investigación a la A.P.M., con número 4280-H

Como requisito indispensable para la obtención de la muestra de los sujetos fue el de ser claramente diagnosticados como de personalidad límite. El instrumento utilizado por Cornell era el SCID II pero no había sido validado en población mexicana. Por este motivo fue indispensable probarlo y adaptarlo en nuestra población, y es lo que se describe en el presente trabajo.

El SCID II es un instrumento de revisión diagnóstica que permite evaluar los síntomas de doce trastornos que aparecen en la clasificación internacional del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, del eje II

Un antecedente del uso del SCID en México se encuentra en el Instituto Mexicano de Psiquiatría cuando estudió la crisis de angustia.²

Se consideró necesario utilizar dos instrumentos diagnósticos de personalidad ya validados en México, que apuntalaran y se vieran como puntos de comparación en los resultados del SCID II, aún cuando estos instrumentos no dieran específicamente la organización limítrofe, aunque se pudiera considerar que por esta razón los resultados no son comparables el principio que guía el uso de estos instrumentos, es el de la posibilidad de observar los cambios, en comportamiento, con instrumentos ya validados en población mexicana, por lo tanto se utiliza el MMPI, el de 16 Factores de la Personalidad de Cattell, asimismo se aplica el WAIS, ya que el proyecto contempla a sujetos al menos de inteligencia promedio.

A pesar que el SCID II tendría que llevar el antecedente del SCID P O SCID NP, que se refiere a pacientes psiquiátricos hospitalizados y no hospitalizados respectivamente, el equipo de investigación decide sustituirlos por la Entrevista Estructural propuesta por el Dr. Kernberg, a nivel clínico considerando que los pacientes entraron al proyecto de investigación en su totalidad en forma voluntaria para solicitar tratamiento.

² ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica.- Ma. del Carmen Lara Muñoz, Héctor Ortega Soto.-Salud Mental

Es importante mencionar, que de la muestra contemplada por el proyecto misma que fuera valorada a través de la Entrevista Estructural el SCID II, WAIS, MMPI y 16 P.F., solo entraron a tratamiento a aquellos pacientes que resultan claramente diagnosticados como pacientes limítrofes, por lo cual los resultados en este trabajo serán presentados en distintos niveles; en primer lugar la validación del SCID II en los 60 pacientes que hayan o no hayan entrado al tratamiento y; en segundo lugar a aquellos fueron aceptados y presentan en la revaloración cambios provocados por el tratamiento con el fin de detectarlos por los mismos instrumentos.

Mergargee menciona que el diagnóstico formal es la vinculación a una denominación nosológica y el pronóstico incluye la recuperación espontánea, la adaptación a una terapia, la reincidencia, la respuesta a la terapia o a las indicaciones de una clase de tratamiento en lugar de otro.

A diferencia de Schmid y Fonda, señalan que el diagnóstico psiquiátrico infiere que el diagnóstico formal no es digno de confianza debido a la inconfiable evaluación de otras dimensiones de la conducta.

Asimismo menciona Megargee que hay casos de diagnóstico difícil, como el de la Organización Límitrofe de la Personalidad y que entre menos se conoce de la naturaleza de cierta enfermedad o cuanto menos interés tiene el diagnosticador en su identificación, tantos más errores de diagnósticos se cometerán.

La opinión de Mergargee, es que los constructos teóricos se definen implícitamente por la red de leyes hipotéticas, que se refiere en este caso a los criterios del DSM-III-R.

Cuando afirmamos que un paciente pertenece al trastorno de personalidad "X", por lo menos sostenemos que exhibe varios indicadores con probabilidad de ubicarlo en tal trastorno.

Una muestra limitada puede demostrar que los pacientes con diagnóstico limítrofe de la personalidad tienden a responder en determinada forma por las mismas características de su patología.

ANTECEDENTES

A) El Dr. Otto F. Kernberg y cols., mencionan que durante los años 50's, los psicoterapeutas y psicoanalistas comenzaron a describir un grupo de pacientes que conscientemente podían vivenciar material del proceso primario, pero carecía de capacidad de introspección, insight y elaboración. A menudo tenían intensos cambios de estado de ánimo, así como también una notable tendencia a percibir a sus personas significativas como "totalmente buenas o totalmente malas". Negando la conceptualización tradicional de las etapas libidinales, estos pacientes tenían fuertes tendencias orales y simultáneamente, intensos impulsos agresivos relacionados con todos los niveles del desarrollo psicosexual, especialmente en sus tendencias edípicas. En resumen según Kernberg, estos pacientes desafiaban todos los intentos para situar el origen de sus dificultades en un punto del desarrollo libidinal.

Debido a que estos pacientes eran desconcertantes desde el punto de vista de los modelos psicoanalíticos prevalecientes, la conceptualización inicial del término límite era muy amplia, casi sinónimo de "el paciente difícil", aunque presumiblemente y, en forma general, su prueba de realidad era buena, podían desarrollar repentinas y severas regresiones transferenciales que contradecían su apariencia "neurótica". Dinámicamente, se apreciaba una condensación de conflictos edípicos y preedípicos cuya psicogénesis se pensó que residía en la subfase de

aproximación de la etapa de separación-individuación. El término límite sigue usándose con laxitud y vaguedad. Esta denominación captó la atención por su relación con lenguaje común de los psicoterapeutas, pero carece de precisión diagnóstica y es por lo tanto de poco valor para propósitos de investigación.

B) En cuanto a la Entrevista Clínica Estructurada SCID (Structured Clinical Interview), desde 1983, se empezó a trabajar como instrumento diagnóstico del DSM-III-R, misma que se diseñó fundamentada en los ejes I y II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R, que incluyen la clasificación completa de los trastornos mentales y demás códigos.

En 1985, al Departamento de Investigación Biométrica se le proporcionó apoyo económico por dos años, para hacer pruebas de campo y determinar su confiabilidad en diferentes grupos clínicos y no clínicos

Se crearon diferentes entrevistas para diferentes usos que más adelante se describen, pero como esta tesis se enfoca en el SCID II, cabe mencionar que sus preguntas fueron diseñadas con base a los trastornos contemplados en el eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R.

Por otro lado, menciona que los trastornos enumerados en el eje II, empiezan en la niñez o la adolescencia y persisten de forma estable (sin periodos de remisión o exacerbación) hasta la vida adulta.

La separación entre el eje I y II asegura que en la evaluación de los adultos merece una especial consideración la posible presencia de los trastornos de la personalidad, que pueden pasar inadvertidos cuando presta una mayor atención a los trastornos del eje I, por lo general, los mas floridos. La distinción entre el eje I y el eje II al evaluar niños pone de manifiesto la necesidad de considerar los trastornos que afectan al desarrollo cognitivo, social y psicomotor.

La versión inicial de SCID del Eje I (esta entrevista fue diseñada con referencia al eje I del DSM-III-R) se basó en datos de 506 pares de entrevistas realizadas en seis sitios diferentes en un estudio de confiabilidad, usando el método de aplicación reaplicación³. Un prueba muy estricta del SCID se hizo con sujetos seleccionados al azar donde los entrevistadores no tuvieron acceso a los expedientes clínicos ni contacto con el equipo terapéutico.

Se encontró que el diagnóstico del SCID del Eje I varió mucho, pero estas variaciones estuvieron entre las reportadas con otros instrumentos psiquiátricos,

³Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): Multi-site teste-retest reliability. In preparation

tales como el Inventario para la Entrevista Diagnóstica (DIS) de Salud Mental (NIMH) y el Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS).

El SCID II se basó en 226 sujetos con la misma técnica aplicación–reaplicación. Para su uso, también elaboraron otro documento que se llama “Guía del Usuario”, y menciona que existen dificultades obvias para usar los procedimientos diagnósticos clínicos ordinarios como un estándar. Debido a eso, las entrevistas estructuradas se han diseñado especialmente para mejorar las limitaciones inherentes de una entrevista clínica desestructurada.

El SCID sufrió modificaciones hasta 1987, fue cuando se terminó el estudio y se determinó que, sirve para diferentes usos:

En Investigación.

- 1) Puede ser utilizado para la selección de una población determinada sobre un estudio en particular;
- 2) La exclusión de sujetos con ciertos trastornos de personalidad y ;
- 3) Para elaborar el diagnóstico de una población bajo estudio

En clínica.

- 1) Para confirmar y documentar los diagnósticos del DSM-III-R, si es que presenta síntomas o trastornos de una patología específica y;
- 2) Si se aplica la totalidad del instrumento como procedimiento para tomar la historia clínica.

A la fecha se han desarrollado varios tipos de SCID, los cuales se describen a continuación:

SCID PD para trastornos psicóticos no afectivos;

SCID UP-R para el estudio detallado de trastornos de ansiedad;

SCID NP-R para el trastorno por estrés pos traumático, desarrollado para veteranos de guerra;

SCID II para evaluar 11 trastornos del eje II del DSM-III-R, así como el trastorno de personalidad autodestructiva (incluida en apéndice A del DSM-III-R se encuentra en investigación).

En general el SCID, está constituido por 8 módulos que son:

1. TRASTORNOS PSICÓTICOS

2. TRASTORNOS DE ESTADO DE ÁNIMO
3. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS
4. TRASTORNOS POR ANSIEDAD
5. TRASTORNOS SOMATOFORMES
6. TRASTORNOS ADAPTATIVOS
7. TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN
8. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (SCID II).

El SCID mide los trastornos principales del eje I, y eje II, del DSM-III-R, y para ello existen dos ediciones estándar.- 1) El SCID-P (para pacientes) está diseñado para usarse con sujetos identificados como pacientes psiquiátricos y; 2) SCID-NP (para no pacientes), se usa para estudios de sujetos que no son psiquiátricos identificados.

La diferencia en ambas ediciones es la sección de REVISIÓN GENERAL. El SCID NP no interroga la queja principal y se usan diferentes preguntas para indagar la historia patológica.

En relación al SCID II, sirve para evaluar 11 trastornos de la personalidad, puede ser usado para hacer diagnóstico del Eje II del DSM-III-R, empieza con una breve REVISIÓN GENERAL, enfocada a la conducta y las relaciones interpersonales del sujeto y sobre su capacidad reflexiva.

CAPÍTULO I.

CONFIABILIDAD

Repetir un estudio de investigación con el fin de verificar su confiabilidad se conoce como "réplica".

Una prueba o medida psicológica, como un cuestionario de actitudes, también se considera confiable si tiende a producir las mismas puntuaciones en la misma población en momentos diferentes.

Cualquier medida, debe cuestionarse con respecto a su exactitud en términos de producir los mismos resultados en diferentes ocasiones. Un instrumento de medición confiable es el que logra justamente eso.

Cronbach (1960) ha analizado dos aspectos: *consistencia interna* y *estabilidad*, la primera se refiere a la confiabilidad interna y la estabilidad a la confiabilidad externa.

ANÁLISIS DE REACTIVOS

Los reactivos se consideran adecuados en un cuestionario si discriminan bien entre los individuos. Hay dos métodos comunes para verificar el poder discriminatorio de los reactivos.

1. Para cada reactivo en la prueba o cuestionario se calcula la correlación entre las puntuación de cada persona en el reactivo y su puntuación en la prueba como un todo. Este sistema sólo funciona cuando los individuos pueden responder a cada reactivo a lo largo de una escala, tal como "1" a "5", como en un cuestionario de actitudes tipo Likert. No se puede utilizar cuando las respuestas son "sí o no"
2. Mirando las puntuaciones globales de los individuos en la prueba, se identifican el 10% más alto y el 10% más bajo. Este 10% no es fijo y podría ser 15% o 20% si se desea. Después se totalizan las puntuaciones de estos dos grupos de personas para cada reactivo en la prueba. Si estos dos grupos extremos tuvieran puntuaciones muy diferentes entonces el reactivo es sumamente discriminativo. Si no, es débil para discriminar entre los dos grupos y se puede descartar.

Ambos sistemas se pueden acusar de cierta circularidad puesto que las puntuaciones utilizadas para decidir si un reactivo es de poco poder discriminativo incluyen la respuesta a ese reactivo. Esto es, la prueba de confiabilidad utiliza las puntuaciones de la prueba hasta ahora no confiable.

Es por ello que se consideró que el SCID II, puede ser aplicado como prueba diagnóstica en la población que solicita atención psicológica que en particular se estudiará en la investigación de pacientes limitrofes, porque cuenta con una escala del "1" al "3", y un signo de interrogación para aquellas repuestas que no queden

claras ya sea por su contenido o porque el paciente no responde la pregunta dentro del tema o experiencia que investiga la pregunta

VALIDEZ

Se consideró buscar el significado de **VALIDEZ**, en un principio y se encontró que existen diferentes acepciones como las siguientes:

1. En latín **VALIDEZ = EFICAZ**.
2. Calidad de válido o valedero impugnar la validez de un acto; periodo de tiempo en el que un documento está en vigencia (Larousse Ilustrado 1990).
3. El grado de precisión con que está dotada una prueba o test o un instrumento semejante de medida; coeficiente de correlación entre los resultados obtenido en su aplicación y los obtenidos con otros criterios de juicio en lo que se refiere a la capacidad que el test deberá medir. (Diccionario de Psicología A. L. Merani).
4. La validez de un test es la correlación del test con un criterio (Guilleksen 1950).
5. Se puede definir la validez de un test como la precisión con que mide el objeto de medida o el grado de infalibilidad que se consigue en la medición (Lingquist 1942).

6. La validación de un test es una estimación de la correlación que existe en las puntuaciones crudas del test y las verdaderas (es decir, perfectamente confiables), puntuaciones de criterio (Cureton 1951).
7. Se refiere a la validez cuando expresamos hasta dónde el instrumento de medida es útil para determinado propósito (Edgeston 1949).
8. La interpretación más plena y confiable de un test, señala un grado mayor de validez (Cronbach 1960).
9. Un efecto o prueba es válido si demuestra o mide lo que el experimentador piensa o dice (Hugh Coolican, 1994).

Por último Mergargee (1985), menciona que en la mente de algunos autores sugieren que su deseo es que la validez es casi lo mismo que el valor del test, por lo tanto la confiabilidad, la conveniencia en usarla la propiedad de normas e incluso la disponibilidad de formas alternativas se convierten en aspectos de validez, lo que elimina el concepto de Guilleksen y Cureton (1985). Y elabora la interpretación de 5 autores como se explica a continuación:

AUTOR	CONCEPTO
GUILLEKSEN (1985)	<i>Correlación con un criterio</i>
CURETON (1985)	<i>Estimación de un coeficiente de correlación corregido</i>
LINQUIST (1942)	<i>Evita términos estadísticos y da mayor importancia al esmero de que utiliza el test</i>
EDGERTON (1931)	<i>Traduce la validez como utilidad</i>
CROBACH	<i>Se relaciona con las muchas posibilidades de interpretación de las puntuaciones del test.</i>

Anastasi (1974), estudia la validez aparente y la validez fundada en hechos, además la de contenido, y otros tipos de validez empírica. Guilleksen, ha investigado la validez intrínseca y Moiser analizó la validez aparente frente a la validez supuesta, la validez de definición la apariencia de validez y la validez hipotética.

Por lo tanto cuando se define las categorías con las que se identifica una variable estamos desarrollando una escala o instrumento de medición. Estas escalas, o instrumentos de medición deben poseer como características esenciales: validez y confiabilidad, entendiendo que: validez significa que el instrumento mide lo que se quiere medir.

TIPOS DE VALIDEZ

Según el Comité de Estándares de Pruebas (APA 1954), hay 4 tipos de validez:

Predictiva.- Manifiesta la correlación que existe entre las medidas de los tests y la medidas subsiguientes.

Status.- Significa la acción recíproca que existe entre el test y los criterios externos concurrentes.

Contenido.- Se refiere al caso en que la conducta específica requerida por el test es el objeto de la enseñanza de alguna otra actividad similar, como sucede con el test de aprovechamiento académico.

Congruencia.- Establece que cuando el investigador señala el atributo psicológico medido por un test al mostrar la correspondencia que hay entre las puntuaciones de un test y otras indicaciones del estado o atributo. Este tipo de validez se utiliza en tests que tratan de medir al constructo que surge de una teoría; la validación consisten en la demostración de que las puntuaciones varían (de persona a persona o de ocasión a ocasión) como lo indica la teoría. En la validez de congruencia, el significado que se asigna a las puntuaciones de los test es apoyado al demostrar que las puntuaciones corresponden a las deducciones de la teoría de la cual se derivó el significado. Este proceso de validación es muy parecido al que interviene cuando se evalúa la teoría misma.

Ecológica.- Se ha discutido que ningún experimento de laboratorio puede ser verdaderamente válido puesto que el investigador nunca puede estar estudiando de manera natural la conducta que ocurre en el contexto de la vida diaria. Se dice que un estudio se convierte en ecológicamente válido mientras muestre tales circunstancias naturales y evite la artificialidad de algunos escenarios de investigación psicológica.

Por lo tanto se considera que la validación a la que corresponde el SCID II, después de esta revisión podremos ubicar que es la de congruencia, porque el entrevistador señala el atributo del trastorno que está evaluado, y la correspondencia que hay entre el criterio obtenido y los criterios del eje II del DSM-III-R.

Así mismo la validez de predicción se puede utilizar como un procedimiento de rutina dirigido a mejorar nuestra propia comprensión de los pacientes y con ello, muestra capacidad de ayudarles.

Por otro lado la validación predictiva en la práctica clínica es indicador elemental y puede ser útil para:

Establecer el hábito de hacer predicciones clínicas, consiste en mejorar la comprensión propia.

OBSERVACIÓN → CONJETURA → COMPROBACIÓN → OBSERVACIÓN

1. Las predicciones clínicas que son puramente conjeturas a ciegas no tienen valor alguno. Tiene que haber razones para la predicción, y estas razones tienen que afirmarse y registrarse explícitamente. Las predicciones intuitivas que quizá resulten concretas, pero que no se pueden explicar, no añaden nada a la comprensión.
2. Las predicciones clínicas expresada en términos tan vagos y cualitativos que más tarde resulta imposible que alguien sepa si eran acertadas o equivocadas, no valen nada. Estas predicciones quizá evitan la molestia de equivocarse, pero también cierran el paso a la posibilidad de aprender.
3. Para que sean útiles, las predicciones clínicas no necesitan darse a conocer. En verdad, por lo general hay razones muy válidas, tanto profesionales como científicas, por las que no se les da a conocer al paciente. Solamente debe registrárselas en una forma que permita su comprobación posterior.
4. Las predicciones clínicas no tienen valor alguno cuando después no se comprueban con el resultado.
5. Si suponemos que se ha hecho predicciones clínicas y que se han comprobado, el mayor valor de enseñanza de las mismas se deriva de un examen cuidadoso de errores. Las predicciones correctas quizá se basen en razones sin relación. Pero

las predicciones incorrectas no sólo son más fáciles, sino a que a menudo son también más provechosas. Dan mucha mayor oportunidad de comprobación y revisión pronta.

Mergargee (1985), añade que, al hacer el intento de asentar predicciones clínicas, una de las determinantes de importancia capital es la "idea de sí mismo", que tiene el paciente. Clínicamente, las indicaciones predictivas más importantes pueden nacer del intento por comprender su mundo "privado".

Siguiendo el modelo de Mergargee (1985), en la validez de congruencia, el significado que se asigna a las puntuaciones de los tests, es apoyado al demostrar que las puntuaciones corresponden a las deducciones de la teoría de la cual se significó el resultado.

1. Validez para *quien*. - a) El SCID II, está diseñado para adultos, que sean capaces de identificar sus síntomas. b) los examinadores solo podrán ser psicólogos clínicos, psiquiatras médico o pasantes de estas mismas disciplinas. c) los jueces, en este caso variarían de acuerdo a su formación como clínicos de la salud mental y experiencia en este campo profesional.

2. Validez para **cuando**.- Aunque el SCID II, identifica los síntomas presentes en la mayoría de los casos el paciente describe los que se presentaron en su pasado y por lo tanto se puede deducir trastornos de su personalidad a futuro.
3. Validez para **cual**.- Las variables que esencialmente interviene son conceptuales porque no intervienen hechos sino sólo hipótesis, el paciente presenta síntomas que corresponden al trastorno de personalidad X.
4. Validez **para qué**.- Con el SCID II, en principio se identificará el o los trastornos de personalidad que el paciente tiene, y con base a esta información se podrán tomar diferentes decisiones.
5. **Cómo** se establece la validez del SCID II; deberá coincidir el criterio obtenido por cada sujeto con el diagnóstico clínico hecho por expertos en supervisión y/o sesiones videograbadas.

CAPÍTULO II

ALGUNAS CONSIDERACIONES DEL DSM-III-R

Se juzgó conveniente revisar el DSM-III-R y no el DSM-IV, porque el SCID II se creó con base al primero y la investigación inició hace dos años, es por ello que las consideraciones aquí descritas corresponden al DSM-III-R, así mismo, cabe mencionar que entre ambos glosarios no se encontraron diferencias significativas.

Poco después de la publicación del DSM-III, fue ampliamente aceptado en Estados Unidos como lenguaje común entre los profesionales de la salud mental y los investigadores para comunicar diferentes particularidades sobre los trastorno mentales. El DSM-III-R, menciona que en los años subsiguientes a su publicación ha tenido una considerable repercusión a nivel internacional.

El primer Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (SAP), data de 1952, DSM-I, el cual era un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas.

El DSM-II, se basó en la clasificación explicitada de la sección de trastornos de la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), para la que se había consultado la SAP, y entró en vigor 1968.

En 1974 la SAP, a través de su Consejo para la investigación y el desarrollo, designó un comité de intervención sobre nomenclatura y estadística, para que empezara a trabajar sobre la elaboración del DSM-II y en entrara en vigor en 1979.

Aunque los representantes de la SAP habían trabajado con la Organización Mundial de la Salud, en la elaboración de la ICD-9, existía una cierta preocupación de que la clasificación del glosario no parecía suficientemente precisa para su plena utilidad en clínica e investigación. Por lo que el Comité de intervención se dedicó a preparar una nueva clasificación y un glosario que reflejara, en la medida de lo posible, el estado actual de los conocimientos sobre los trastornos mentales, procurando simultáneamente su compatibilidad con la ICD-9. Los sucesivos borradores del DSM-III fueron preparados por catorce comités asesores, compuestos por profesionales especializados en cada área. Además, un grupo de consultores proporcionó asesoramiento e información sobre varios temas especiales.

Como el ICD-9 resultó insatisfactoria para las organizaciones que representaban a las diferentes sub-especialidades de la medicina (sin incluir a la SAP), se tomó la decisión de modificar la ICD-9 para su uso en los Estados Unidos.

En mayo de 1983, el Consejo de Administración de la SAP, aprobó la formación del grupo de trabajo para la revisión del DSM-III. Los miembros de este grupo fueron seleccionados para asegurar una amplia representación de las perspectivas clínicas

principales áreas del DSM-III, como trastornos de la infancia y de la adolescencia, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos por ansiedad, trastornos de la personalidad, y evaluación multiaxial. Desde el principio, el grupo de trabajo funcionó como lo hizo el comité de intervención del DSM-III, como miembros contribuyeron con su compromiso a que el DSM-III-R alcanzó los mismos objetivos que habían guiado al DSM-III:

1. Utilidad clínica para tomar decisiones terapéuticas en los distintos contextos;
2. Fiabilidad de las categorías diagnósticas;
3. Aceptación por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones teóricas;
4. Utilidad en la formación de profesionales de la salud;
5. Mantenimiento de la compatibilidad con los códigos del ICD-9CM;
6. Evitación de nueva terminología y de conceptos que rompan con la tradición, excepto en aquellos casos que sean claramente necesario;
7. Llegar a un consenso sobre el significado de los términos diagnósticos utilizados de forma inconsistente y evitar los términos que habían perdido su utilidad;
8. Consistencia con los datos obtenidos a partir de estudios sobre la validez de las categoría diagnósticas;
9. Destacar la conveniencia de la descripción de la muestra en la investigación clínica;
10. Durante la elaboración del DSM-III-R, responder a las críticas efectuadas por clínicos e investigadores.

Los comités de asesores tuvieron la difícil tarea de equilibrar las potenciales ventajas y desventajas de cada propuesta, a menudo, esto implicaba buscar respuestas bien argumentadas a las siguientes preguntas:

1. ¿La propuesta estuvo apoyada por los datos obtenidos a partir de estudios empíricos?
2. ¿Existió un consenso entre los expertos de que la revisión aumentó significativamente la utilidad (validez) de la categoría para tomar decisiones terapéuticas y clínicas?
3. Las desventajas de los investigadores al tener que cambiar de criterios en los estudios en curso ¿Compensó las presumibles ventajas del cambio?
4. La revisión que se propone ¿Fue consistente con el enfoque general de la clasificación? Por ejemplo, restringiendo el uso de jerarquías diagnósticas a un número limitado de situaciones.
5. ¿Interfirió la propuesta con la compatibilidad entre los códigos DSM-III-R y el ICD-9-CM?
6. La propuesta ¿fue definible operacionalmente en criterios diagnósticos específicos con la expectativa de que haya grado aceptable de fiabilidad diagnóstica?
7. La propuesta ¿implicó una teoría subyacente para explicar el trastorno, que no está apoyada por los datos empíricos?

8. ¿La propuesta fue prematura para ser considerada en el DSM-III-R y fue más apropiada dentro de dentro la panorámica del DSM-IV; por ejemplo, la propuesta de una nueva clase diagnóstica de trastornos asociada al estrés psicosocial?

Si la propuesta implicó la supresión de una categoría de la clasificación DSM-III (por ejemplo la homosexualidad ego-istónica), o la inclusión de un nuevo diagnóstico a la clasificación (por ejemplo, trastorno disfórico del final de la fase) se hacían dos consideraciones adicionales:

1. ¿La categoría propuesta reunió los requisitos de la definición de trastorno mental del DSM-III?
2. Hasta qué punto fue necesaria para la investigación o la clínica esta categoría?

Al intentar evaluar las propuestas de revisión de la clasificación y de los criterios, o para añadir nuevas categorías, se daba importancia especial a la presencia de apoyo empírico resultado de una investigación metodológicamente correcta aunque, en la mayoría de los casos, saltaban los datos de este tipo. Por lo tanto, la importancia primaria se desplazó hacia otra clase de consideraciones, como la experiencia clínica la valoración de si la propuesta era probable que aumentara la fiabilidad y la validez diagnóstica o, en el caso de nuevos diagnósticos, el grado en que los datos de investigación eran capaces de evitar su empleo abusivo.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL DSM-III-R

Trastorno mental.- En el DSM-III-R, cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conducta clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distress) o deterioro en una o más áreas principales de actividad (incapacidad o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte. El trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica. La conducta socialmente desviada, sea política religiosa o sexual, o los conflictos del sujeto con la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado.

Un error bastante común es creer que la clasificación de los trastornos mentales sirve para clasificar a los individuos, cuando en realidad lo que clasifica son los trastornos que aquéllos padecen. Otro error conceptual frecuente es de creer que todos los individuos diagnosticados del mismo trastorno mental son iguales en todos los sentidos. Aunque todos los individuos afectados por el mismo trastorno mental presenten por lo menos los mismo síntomas que lo definen, pueden muy bien diferir en otros aspectos importantes que afectan a la estrategia terapéutica y la evolución.

APROXIMACIÓN DESCRIPTIVA.

El DSM-III-R puede ser considerado como "descriptivo" puesto que las definiciones de los trastornos se limitan a describir las características clínicas, ya sea orgánica, psicológicas o la interrelación de ambas. Estas características consisten en signos o síntomas conductuales fácilmente identificables, como desorientación alteración del estado de ánimo o agitación psicomotora, que exigen un inferencia mínima por parte del observador. Sin embargo en algunos trastornos, sobre todo los de la personalidad, los criterios obligan a un nivel de inferencia mayor. Un ejemplo sería el de que los criterios para determinar el trastorno límite de la personalidad exige que existan "alteraciones de la identidad, manifestadas por incertidumbre sobre diversos temas relacionados con la identidad, tales como la auto-imagen, la identidad sexual, los objetivos a largo plazo, la elección de carrera, las pautas de amistad, los valores y las lealtades".

Esta aproximación descriptiva se usa también en la división de los trastornos mentales en clases diagnósticas.

Todos los trastornos de etiología y proceso patofisiológico desconocidos son agrupados juntos, en base a la sintomatología clínica compartida. Por esta razón en el DSM-III y en DSM-III-R no existe el diagnóstico de "neurosis" que aparecía en el DSM-II.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El DSM-III y el DSM-III-R aportan criterios diagnósticos específicos como guía para hacer el diagnóstico, ya que éstos criterios aumentan la fiabilidad diagnóstica entre los evaluadores. Aunque hay muchas de las categorías, los criterios diagnósticos se basan eminentemente en juicios clínicos que todavía no se han validado con los datos procedentes del curso clínico, la evolución la historia familiar y la respuesta terapéutica.

JERARQUÍAS DIAGNÓSTICAS

En el DSM-III-R, de las jerarquías están gobernadas por dos principios:

1. Cuando un trastorno mental orgánico puede explicar los síntomas, su diagnóstico tiene prioridad sobre cualquier otro trastorno que pudiese producir los mismo síntomas (por ejemplo, el trastorno ansioso orgánico es prioritario respecto al diagnóstico de trastorno por crisis de angustia).
2. Cuando un trastorno más generalizado, como la esquizofrenia presenta síntomas asociados que definen un trastorno menos generalizado, como la distimia, sólo se hará el diagnóstico del trastorno más generalizado. Por ejemplo, debería diagnosticarse sólo esquizofrenia (y no esquizofrenia distimia) cuando los

síntomas que la definen aparecen en un proceso depresivo crónico leve (que frecuentemente es un síntoma asociado de la esquizofrenia).

SISTEMA DE EVALUACIÓN MULTIAIXIAL.

El DSM-III-R tiene un sistema multiaxial de evaluación para que se registre en cada uno de los cinco ejes, información que puede ser valiosa en la planificación del tratamiento y en la predicción de la respuesta individual. Los ejes I y II son para los trastornos mentales, el eje III, para trastornos y estados somáticos y los ejes IV y V, para la intensidad del estrés psicosocial y para la evaluación global del estado del sujeto. En conjunto, el sistema multiaxial permite una evaluación biopsicosocial.

DESCRIPCIÓN SISTEMÁTICA

Describe sistemáticamente cada trastorno, de acuerdo con los conocimientos actuales, en las siguientes áreas: síntomas esenciales, síntomas asociados, edad de comienzo, curso, deterioro, complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia en cada sexo, antecedente familiares y diagnóstico diferencial. Aunque, fácilmente comprensible a nivel descriptivo, el DSM-III-R no incluye ninguna información sobre las teorías etiológicas. La atención clínica y el tratamiento, tampoco incluye la clasificación de las alteraciones de las relaciones diádicas, familiares o interpersonales.

PRECAUCIONES EN EL USO DEL DSM-III-R

Hacer un diagnóstico con el DSM-III-R representa sólo un paso inicial en la evaluación para la formulación de un plan terapéutico, pero se requiere de información complementaria sobre la persona evaluada, el margen de los requerimientos para establecer un diagnóstico.

Su uso deberá ser para personas entrenadas en clínica especializada, las consideraciones clínicas y científicas en que se basan los criterios diagnósticos pueden ser inútiles cuándo se utilice fuera de contexto clínico o de investigación.

EL USO DEL DSM-III-R EN DIFERENTES CULTURAS

Se recomienda que cuando los criterios del DSM-III-R sean aplicados a otras culturas especialmente cuando se refiere a otra que no es occidental, deberán ser utilizados con cuidado para estar seguros de su validez cultural. Así mismo recomienda que el clínico no emplee en forma mecánica, insensible a las diferencias de lenguaje, valores normas culturales y expresiones idiomáticas de malestar.

También se refiere que cuando una experiencia o conducta es enteramente normativa para una cultura en particular, por ejemplo, experimentar alucinaciones auditivas en las primeras semanas de luto en distintos grupos de indios

norteamericanos, o estados de trance y posesión que ocurren en contextos rituales aprobados culturalmente en muchos países occidentales, no debería ser considerada patológica. Los síntomas de malestar específicos de cada cultura, como síntomas particulares asociados al malestar en los miembros de los diferentes grupos étnicos y culturales, pueden crear dificultades en el uso del DSM-III-R, porque la psicopatología puede ser exclusiva de una cultura determinada y porque sus categorías están basadas en investigaciones con poblaciones representativas del mundo occidental.

CAPÍTULO III

ORGANIZACIÓN LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD.

El término límiterofe era muy amplio, casi sinónimo de "paciente difícil" debido a que su prueba de realidad era buena, podían desarrollar repentinas y severas regresiones transferencias que contradicen su apariencia "neurótica", que dinámicamente, se apreciaba una condensación de conflictos edípicos y pre-edípicos cuya psicogénesis se pensó que residía en la subfase de la reaproximación de la etapa de separación individuación (Mahler, 1972). El término límiterofe sigue usándose con laxitud y vaguedad. Esta denominación captó la atención por su relación con el lenguaje común de los psicoterapeutas, pero carece de precisión diagnóstica y es por lo tanto de poco valor para propósitos de investigación.

Los esfuerzos para conseguir uniformidad en la caracterización de estos pacientes difíciles llevó a precisar la definición de lo límiterofe. Quizá la descripción mas justa se hizo al crearse el rubro "*Trastorno Límiterofe de la personalidad*" por la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) en 1980 y en la última revisión (DSM-III-R) en 1987. Esta definición está basada en sus rasgos descriptivos, circunscritos y fenomenológicos. Y sus criterios son (DSM-III-R):

Pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. La pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes Características:

1. Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la super-idealización y la desvalorización;
2. Impulsividad al menos en dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto. Por ejemplo, despilfarro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos en tiendas, conducción irresponsable, comidas copiosas (aquí no debe incluirse la conducta suicida o automutilante que se menciona en el apartado 5).
3. Inestabilidad afectiva: cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad, o la ansiedad que por lo general, duran pocas horas y, más raramente, algunos días;
4. Ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso; por ejemplo, manifestaciones frecuentes de violencia, ira constante, peleas físicas repetidas;
5. Amenazas, gestos o conductas suicidas repetidas, o conductas automutilantes;
6. Trastorno de la identidad acusado y persistente, manifestado por incertidumbres respecto al menos en dos de las siguientes características: autoimagen, orientación

sexual, objetivos a largo término o elección de carrera, tipo de amigos y valores que se desean

7. Esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginario (no debe incluirse la conducta suicida o automutilante).

Debido a que los criterios del DSM-III-R se sobrepone a otros trastornos severos de personalidad (particularmente el esquizotípico, histriónicos, antisocial y narcisistas), la designación ha tenido muy poca implicación o relación con la etiología, el tratamiento o el pronóstico (Kernberg, 1984).

Menos preciso pero con más relevancia para la etiología del trastorno y su mejor tratamiento, ha sido el concepto de *Organización Límitrofe de la Personalidad*, que es no solamente descriptivo sino estructural. Como ha sido aclarado por Kernberg, el diagnóstico de la organización límitrofe de la personalidad está basado en tres criterios estructurales: Difusión de Identidad, Nivel de Mecanismos de Defensa y Prueba de Realidad.

Esto es, los pacientes con O.L.P. presentan difusión de identidad con buena prueba de realidad (no psicóticos), pero con variables e intensas relaciones interpersonales, y mecanismos de defensa primitivos. Estos conceptos dinámicos en realidad son difíciles de medir y operacionalizar en una manera confiable, algunos de estos conceptos, en especial lo que refiere a la difusión de identidad, fueron usados

por los arquitectos, del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, 3ª edición, (DSM-III American Psychiatric Association, 1980), e incluidos en los criterios del grupo de Trastornos de Pacientes Límitrofe en el Axis II. Sin embargo, los constructos teóricos y la experiencia clínica, sugieren que el grupo de pacientes con Organización Límitrofe de la Personalidad es un grupo mas extenso que aquellos con cinco o mas criterios que los ocho criterios para el Paciente con Trastorno Límitrofe de Personalidad.

El concepto de Organización Límitrofe de Personalidad, es difícil de medir en forma confiable y selecciona un grupo de pacientes mas heterogéneo, se ha enfocado en el Trastorno de la Personalidad Límitrofe, tal y como esta definido por los ocho criterios en el DSM-III-R (A.P.A., 1987), Eje II., por lo tanto el concepto de Trastorno Límitrofe de la Personalidad, es mas limitado que el concepto de Organización Límitrofe de la Personalidad, lo que operacionalmente se pueden definir de la siguiente manera:

CONCEPTO	DIFERENCIA
ORGANIZACIÓN LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD	SE REFIERE A LA ESTRUCTURA PSÍQUICA.
TRASTORNO LÍMITROFE DE LA PERSONALIDAD	SE REFIERE A LA SITUACIÓN SINTOMÁTICA

DIFUSIÓN DE IDENTIDAD

Se define como falta de integración del concepto de sí mismo y de las personas significativas. Se aprecia en la experiencia subjetiva del paciente de: vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria, percepciones empobrecidas y contradictorias de los demás e incapacidad para comunicar su interioridad y sus interacciones significativas con los demás a un entrevistador quien como consecuencia experimenta dificultades para empatizar con ellos y su personas significativas.

NIVEL DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA

En contraste con la organización neurótica de la personalidad, donde el sistema defensivo del paciente se centra en la represión y otros mecanismo de defensa de alto nivel, los de la organización límite y psicótica manifiestas predominantemente defensas primitivas, centradas en el mecanismo de escisión. La escisión y otros mecanismo relacionados con éste (por ejemplo, idealización primitivas, identificación proyectiva, negación control omnipotente y devaluación) protegen al yo del conflicto mediante la disociación de experiencias contradictorias del sí mismo de las personas significativas.

La presencia de escisión con sus mecanismo defensivos primitivos relacionados pueden ser detectados en el análisis de la personalidad del paciente, al reflejarse en sus interacciones, tanto con sus personas significativas como con el entrevistador.

El mecanismo de *escisión* es la división del sí mismo y de los objetos externos en "todo buenos y todo malos" da lugar a revisiones completas y súbitas de todos los sentimientos y conceptualizaciones acerca del propio sí mismo o de la visión sobre una persona en particular.

Respecto a la *idealización primitiva*, exagera la tendencia a ver los objetos externos como buenos. Las cualidades de bondad de los otros se exageran de manera patológica al grado de excluir los defectos humanos comunes. El paciente no tolera ninguna imperfección en la persona idealizada. La contra parte de la idealización la devaluación completa de los otros o la percepción de los otros como persecutorios peligrosos.

Formas tempranas de proyección; *Identificación Projectiva*. En contraste con la proyección de alto nivel, caracterizada por atribuirle a otras personas un impulso que el paciente ha reprimido, la identificación proyectiva se caracteriza por: 1) la tendencia a seguir sintiendo el impulso que al mismo tiempo está siendo proyectado dentro de la otra persona; 2) temor a la otra persona que se ve caracterizada o bajo la influencia del impulso proyectado y 3) la necesidad de controlar a esa persona

provocándole cierta conducta que aparentemente válida la proyección. Por lo tanto, mientras la proyección se basa en una estructura yoica centrada en la represión como defensa, la identificación proyectiva se basa en una estructura centrada en la escisión o en la disociación primitiva (Kernberg, 1987).

La negación en los pacientes limitrofes se ejemplifica con la presencia de áreas de consciencia emocionalmente independientes. Estos pacientes se dan cuenta que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo u otras personas, en un momento u otro, son completamente opuestos a los que habían tenido otras veces, pero esto no tiene relevancia emocional y no puede influir en su estado mental usual.

Omnipotencia y Devaluación.- Ambas son derivadas de la escisión que activa estados yoicos de un sí mismo omnipotente, grandioso, altamente inflado que se relaciona con representaciones devaluadas despreciadas de los otros, incluyendo la proyección de aspectos devaluados del si mismo.

INTEGRIDAD DE LA PRUEBA DE REALIDAD

En las organizaciones neuróticas y limitrofes de la personalidad, la prueba de realidad está conservada y no lo está en la organización psicótica de la personalidad. La prueba de realidad se define por la capacidad para diferenciar el sí

mismo del no si mismo y las percepciones y estímulos originadas en el exterior de las provenientes del interior de la psique y para evaluar el afecto, la conducta y el contenido del pensamiento propio, en términos de las normas sociales ordinarias.

La pérdida de esta capacidad se debe diferenciar de las alteraciones en la experiencia subjetiva de realidad (el paciente está consciente de la realidad pero experimenta sentimientos extraños), que pueden estar presentes en cualquier paciente con dificultades psicológicas y de la alteración de la relación con la realidad (la conducta es inapropiada pero la realidad está perfectamente evaluada), que está presente en toda patología del carácter así como en los trastornos psicóticos más regresivos (Frosch, 1964)

La organización limitrofe de la personalidad se reconoce también por características estructurales secundarias tales como manifestaciones no específicas de debilidad del yo (falta de control de impulsos, falta de tolerancia a la ansiedad y falta de desarrollo de los canales para la sublimación); en la patología del superyo (sistema de valores infantiles o inmadura, demandas morales internas contradictorias o hasta rasgos antisociales); y en las relaciones objetales caóticas mecanismos de defensa primitivos. Aunque estas características estructurales secundarias se relacionan con la severidad del trastorno y afecta el pronóstico, no se relacionan con el diagnóstico, el cual depende del criterio de la disfunción de identidad, mecanismos de defensa y prueba de realidad.

De acuerdo con Otto Kernberg el trabajar directamente en la integración del yo para que el paciente alcance una identidad integrada le va a permitir que funcione de una manera distinta y por lo tanto su sintomatología disminuye.

Si observamos a los sujetos a quienes se les aplicó el SCID II, que presentaron trastorno límite de la personalidad junto con otros trastornos que son consecuencia de esta patología y se hacen presentes, una vez que los pacientes se les trate y pasen a ser pacientes con defensas primitivas a defensas superiores, los otros trastornos desaparecerán en forma paulatina.

CAPITULO IV

ORGANIZACIÓN NEURÓTICA DE LA PERSONALIDAD

La forma de la neurosis está determinada en gran parte por el tipo de medida defensiva que el paciente emplea para controlar la angustia, y relativamente pocos enfermos se limitan a un solo tipo de recursos. Muchos neuróticos muestran rasgos mixtos. Los síntomas del paciente representan su reacción de defensa ante una situación angustiante que no pueden manejar con otros medios.

El enfermo no reconoce la relación que existe entre sus conflictos emocionales y las situaciones perturbadoras, por una parte, y el funcionamiento anormal de su personalidad por la otra.

A diferencia del psicótico el neurótico su personalidad permanece organizada desde el punto de vista social. En la neurosis las experiencias interiores no afectan la conducta externa al grado, o en la forma anormal, que parece en la psicosis. En el individuo psicótico puede estar muy alterada la capacidad para distinguir entre las experiencias subjetivas y la realidad. En el individuo neurótico no existe una interferencia grave en la capacidad para evaluar la realidad; el yo permanece sano. Cualquier evasión de la realidad es parcial y no altera mayormente la personalidad. Según Freud: "La neurosis no niega la existencia de la realidad, simplemente trata de ignorarla la psicosis la niega y trata de sustituirla por otra cosa".

El ambiente del neurótico permanece sin alteraciones, aunque ciertos elementos pueden estar investidos de valores afectivos anormales. Asimismo la represión parece estar conservada; no obstante, el material reprimido reaparece, pero en una forma distorsionada que lo hace tolerable para el yo. Los cambios afectivos son ligeros, y la labilidad se conserva, cualquiera depresión está determinada por factores ambientales evidentes, y se acompaña de un mayor grado de insight y ausencia de retardo en el fluir del pensamiento.

El neurótico habitualmente conserva el interés en el mundo exterior y sigue percibiendo los cambios en el ambiente social; sus relaciones se adaptan más a las normas sociales; la regresión del psicótico puede ser extrema, pero éste no es un mecanismo en el neurótico, el cual, si su conciencia está clara, nunca regresa al nivel infantil en el que el individuo se ensucia con sus excreta.

Por otro lado el neurótico suele sentir intensamente su sufrimiento subjetivo y de manera consciente quiere mejorar, aunque se sabe que su deseo inconsciente más intenso es que ocurra, justamente, lo contrario.

En los llamados casos limítrofes pueden encontrarse tanto mecanismo neuróticos como mecanismos psicóticos.

Kubie sugiere que en los casos limítrofes el proceso neurótico evoluciona en forma de una cadena de distorsiones progresivas, en la cuales el enfermo se enreda y queda atrapado entre impulsos coercitivos conflictivos y objetivos inaccesibles. Cuando ese proceso avanza y a él se agregan síntomas también conflictivos e irreconciliables, el individuo se vuelve vulnerable a la desorganización yoica o a las psicosis. Así por ejemplo, un paciente puede verse atrapado en un conflicto entre impulsos coercitivos de ambición por triunfar y el deseo de que lo cuiden otros. Al no encontrar satisfacción en ninguna área y al intentar reprimir la rabia secundaria, el enfermo puede entonces ensimismarse, sentirse agobiado por la angustia y sucesivamente desarrollar fobias contradictorias que reemplazan a ambos deseos originales. Es en ese punto cuando tal vez inicie la regresión psicótica.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS

En la actualidad se clasifican los trastornos neuróticos en la forma siguiente:

1. Neurosis de angustia
2. Neurosis de tipo conversión
3. Neurosis de tipo disociativo
4. Neurosis fóbica
5. Neurosis obsesivo-compulsiva
6. Neurosis de despersonalización

7. Neurosis hipocondríaca

8. Neurosis de otro tipo

Estos tipos supuestos no son entidades patológicas con génesis, mecanismos o manifestaciones diferentes. Las neurosis deberían considerarse más bien como tipos variantes de reacción, provocados por múltiples factores causales que varían de un caso a otro. Mientras más cuidadosamente se examinan las reacciones del neurótico, más frecuentemente se encuentra que no existen líneas definidas entre los diversos tipos de neurosis. Por ejemplo, es raro encontrar una histeria "pura" o una neurosis obsesiva "pura". En muchos casos el neurótico mostrará, en grados variables, manifestaciones histéricas, obsesivas, de angustia e incluso psicósomáticas; por lo tanto puede ser difícil o arbitrario asignarle en forma definida la etiqueta de un tipo determinado de trastorno. La angustia franca, por ejemplo, aunque es el síntoma más aparente y característico en los estados de angustia, con frecuencia constituye un cuadro importante en otras formas de neurosis. así como no existe una división precisa entre las neurosis y la psicosis, tampoco la hay entre las psiconeurosis y muchos rasgos caracterológicos de las llamadas personas "normales", que de manera consistente usan el "proceso neurótico" para protegerse de la angustia. Con mucha mayor frecuencia de lo que se cree, los rasgos caracterológicos más aparentes son en realidad formaciones reactivas neuróticas que sirven como mecanismos de defensa.

Los síndromes neuróticos encajan en el patrón de personalidad del individuo, y se asocian a las técnicas que ha empleado durante toda su vida para manejar las situaciones.

CAUSAS

Los factores emocionales significativos tienen un papel predominante y tal vez en un sentido amplio, un papel exclusivo. En casi todos los casos el neurótico muestra, desde los primeros años de vida, riesgos de personalidad con raíz tan profunda en su modo de ser, que algunos psiquiatras los denominan rasgos constitucionales. Es probable, sin embargo, que estos rasgos no sean heredados, sino que se adquieren al comenzar la vida, durante los años impresionables, a través de la estrecha asociación, las transacciones y la dependencia respecto a diversos miembros de la familia. Casi todos los patrones neuróticos graves dependen básicamente de conflictos actitudes afectivas que surgieron durante la niñez, en consecuencia, para entender la neurosis de un paciente hay que hacer el intento de conectar los síntomas presentes con alguna situación infantil que no resolvió. Por lo tanto, habrá que estar de acuerdo con la afirmación de Freud acerca de que el análisis maneja más bien cicatrices que heridas sangrantes.

No es raro encontrar que la niñez del neurótico se caracterizó por trastornos como sonambulismo, gritos durante el sueño, enuresis, trastornos del habla, idiosincrasias

respecto a los alimentos, delirio asociado a ligeras elevaciones en la temperatura, destructividad, excitabilidad emocional, berrinches temperamentales, fobias, compulsiones, timidez, hábito de comerse las uñas y otros aspectos que se consideran como problemas de personalidad y de conducta. Estas manifestaciones deben considerarse como signos de que siempre hubo conflictos y factores situacionales que produjeron angustia y condujeron hacia la aparición de los síntomas o de los rasgos caracterológicos neuróticos. Sin embargo, no basta examinar los antecedentes infantiles en busca de cicatrices que las circunstancias especiales de los primeros años de la vida han dejado; también hay que estar alerta para percibir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido gran significado, y de tensiones o causas de estrés recurrentes y acumulativos propias de dificultades en las relaciones interpersonales y de la vida familiar, incluyendo los problemas matrimoniales o sexuales. Sólo cuando se hace un estudio cuidadoso y detallado de los procesos conscientes e inconscientes en la vida de cada paciente, es posible entender el papel que cada problema tiene para que se establezcan las distorsiones primarias en el proceso neurótico, los afectos secundarios de angustia, culpa y vergüenza, y las defensas terciarias que establecen negaciones en el estilo de vida o defensas sintomáticas.

También es importante considerar que los factores ambientales inmediatos no siempre son los factores etiológicos fundamentales; mas bien hay que considerarlos

como las causas precipitantes. En muchos casos se encontrará que una adaptación aparentemente tranquila, ha sido en realidad la cubierta para problemas tormentosos que durante mucho tiempo han existido bajo la superficie.

Esta es la razón por la que una reacción neurótica puede volverse manifiesta súbitamente, incluso a una edad madura o en las últimas etapas de la vida. Así el trabajador compulsivo que aparentemente tiene éxito en nuestra cultura occidental, puede llenarse de angustia y deprimirse ante la jubilación obligatoria, o ante la pérdida de las habilidades que se requieren para mantener su actuación acelerada.

Acerca de las causas inmediatas que hacen que se desarrolle la neurosis, puede decirse que con frecuencia se encuentran en la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar emociones de hostilidad o de rabia, o impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia, ya que en cuanto surgen estos factores, entran en conflicto con el orden y la paz de la personalidad del paciente. Estos factores y otros similares, que también suelen producir conflicto, crean angustia, que es la fuente más común y más importante de los trastornos neuróticos. La angustia, engendrada por un superyó demasiado severo y exigente, pero tal vez estimulada por una situación externa, moviliza las defensas de la personalidad.

Las neurosis se diagnostican con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, en parte por el hecho de que en las mujeres se requiere una represión más

rígida de las necesidades y los instintos biológicos básicos, de lo cual resulta que también se requiera en ellas, con mayor frecuencia que en los hombres, la presencia de defensas contra la angustia en forma de síntomas neuróticos. Sin embargo, la vida psicosexual, con su gran cantidad de tabúes y restricciones sociales, desde ningún punto de vista es el único factor, ya que cualquiera necesidad o deseo apremiante y fundamental cuya expresión tiene que construirse una barrera defensiva, o cuya satisfacción tiene que ser vicariamente, puede originar síntomas neuróticos. Los sentimientos de culpa, las situaciones sociales o las relaciones irritantes que forzan la capacidad para adaptarse, y el matrimonio con sus nuevas responsabilidades, son ejemplos de la gran cantidad de factores que pueden contribuir a una neurosis. En una mujer casada, la insatisfacción y la desilusión matrimonial crónicas pueden contribuir al desarrollo de una neurosis.

CRITERIOS PARA DIFERENCIAR LA PSICOSIS DE LAS NEUROSIS

	NEUROSIS	PSICOSIS
Síndromes de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> • aprensión • ataques de angustia • fobias • obsesiones • compulsiones • reacciones de conversión • fugas • estados confabulatorios amnésicos • redundancia 	<ul style="list-style-type: none"> • hiperactividad • impulsividad • retardo • suspicacia • extrañezas idiosincrásicas • aislamiento
Defensas psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> • represión • desplazamiento • aislamiento • formación reactiva • anulaci3n • sustituci3n • conversi3n 	<ul style="list-style-type: none"> • negaci3n • regresi3n • introyeci3n • proyecci3n • identificaci3n (patol3gica)
Afectos	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad de responder 	<ul style="list-style-type: none"> • júbilo • depresi3n • apatía • ambivalencia • afecto inapropiado
Funciones yoicas	<ul style="list-style-type: none"> • intactas pero constreñidas • orientadas hacia la realidad 	<ul style="list-style-type: none"> • alteradas • relaci3n distorsionada con la realidad • confusas • idiosincrásicas
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • relaciones objetales mantenidas • labilidad emocional • dramatizaci3n o constricci3n • Relaciones heterosexuales alteradas 	<ul style="list-style-type: none"> • relaciones objetales ambivalentes o gravemente alteradas • relaciones sexuales confusas

CAPITULO V

ORGANIZACIÓN PSICÓTICA DE LA PERSONALIDAD

La presencia o ausencia de difusión de identidad diferencia la patología del carácter límite del no límite en las entrevistas estructurales. La presencia o ausencia de prueba de realidad diferencia la organización límite de las estructuras psicóticas.

Los pacientes con enfermedad psicótica "funcional" en contraste con desarrollos psicóticos secundarios a un síndrome cerebral orgánico crónico o agudo. Este grupo incluye el espectro total de la enfermedad esquizofrénica, trastornos afectivos importantes y psicosis paranoides que no encajan en los otros dos síndromes psicóticos principales. Todos estos pacientes presentan pérdida de prueba de realidad. En un caso típico de enfermedad psicótica, la respuesta del paciente a la encuesta inicial puede ya indicar ausencia de prueba de realidad y, más aún, una incapacidad tal para responder en forma inteligible a las preguntas del entrevistador, que tiene que evaluarse el espectro total de la enfermedad psicótica y del síndrome cerebral orgánico agudo.

La falta de respuesta a la exploración, por lo general indica negativismo como parte de un síndrome catatónico o de enfermedad esquizofrénica en general o un retardo psicomotor grave en grados extremos de enfermedad depresiva.

En otros casos, sólo una exploración completa de la historia de la enfermedad actual obtenida de otras fuentes, proporcionaría información más definida. Los pacientes orgánicos cuyo grado de conciencia es suficiente para estar alertas a su entorno, son por lo general capaces de responder a preguntas simples que completarían la exploración del sensorio, como orientación del paciente, grado de conciencia, comprensión y juicio de la situación inmediata.

Si es evidente que el paciente muestra una perturbación grave en la conducta verbal o no verbal, y tiene pérdida de la realidad probablemente su estructura es psicótica, esto es, si es claro que la prueba de realidad se ha perdido respecto a cualquier aspecto de la conducta, afecto/emoción o contenido del pensamiento del paciente durante la entrevista, deberá diagnosticarse psicosis funcional.

CAPITULO VI

ENTREVISTA ESTRUCTURAL

En razón de que el grupo de expertos, elaborará el diagnóstico clínico, con base a la *entrevista estructural*, propuesta por el Dr. Otto Kernberg, por las características que la comprenden y su utilidad para diagnosticar a los pacientes fronterizos entre otros.

Lo anterior está fundado en las ventajas y desventajas, del entrevistador; entre menos tiempo para una evaluación completa del paciente, y mientras menos experiencia haya tenido en entrevistas estructurales, mayor es la ventaja de comenzar con una historia estándar y luego cambiar a la entrevista estructural. En contraste, en tanto mas tiempo disponible, más experiencia del entrevistador, y más se centre el diagnóstico diferencial en las fronteras entre estructura neurótica y limite y entre límite y psicótica, más útil será comenzar con una *entrevista estructural*, en el entendimiento de que la información histórica requerida en los casos individuales encajará naturalmente en las fases avanzadas de la entrevista estructural.

El entrevistador comienza por pedir al paciente un breve resumen de sus razones para venir a tratamiento, sus expectativas de éste y la naturaleza de sus síntomas predominantes, problemas o dificultades. En forma posterior Kernberg sugiere proseguir el interrogatorio inicial con una búsqueda sistemática explorando el ciclo

de "síntomas de anclaje" de la psicopatología clave indicados en el perímetro del círculo (fig. 1)

Terminada la exploración, el entrevistador se centra en los síntomas significativos que han surgido en el curso de la misma, explorándolos según aparezcan en la interacción del aquí y ahora de la entrevista, seguidos de clarificación confrontación e interpretación tentativa, con atención cuidadosa sobre las reacciones del paciente a estas intervenciones. La capacidad del paciente para empatizar con el interrogatorio del entrevistador, para clarificar más los temas que se refieren a su identidad del yo, relaciones objetales, prueba de realidad y configuraciones actuales de defensa-impulso, da una indicación de su capacidad para la introspección. El diagnóstico estructural depende en gran medida de cómo maneje el paciente las clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones.

Si, por ejemplo, la investigación inicial ha revelado alguna evidencia de difusión de identidad y defectos en la prueba de realidad, el entrevistador primero trata de ampliar la expresión de estas características en la interacción de la entrevista en el aquí y ahora. Luego, confronta al paciente, haciéndole notar las discrepancias en lo que ésta ha dicho u otras posibles incongruencias que indiquen la posible naturaleza defensiva de su conducta. Además el entrevistador tentativamente interpreta el posible significado de las discrepancias, lo que estimula más al paciente cómo ve

esta inconsistencias, cómo se siente sobre ellas y qué otra información pudiera clarificar lo que ha estado ocurriendo.

Las respuestas del paciente son de importancia primordial para diferenciar las estructuras neurótica, límite y psicótica. Dada su capacidad intacta para la prueba de realidad, los pacientes límite revelan una reorganización a menudo sorprendente y mejoría en el funcionamiento con estas clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones. Son capaces de empatizar con las "confusiones" del entrevistador, para clarificar y corregir sus propias percepciones y utilizar estas correcciones constructivamente en las fases subsecuentes de la entrevista. Además los pacientes límite demuestran alguna capacidad para introspección y el "insight" respecto a la base de las incongruencias. Como se señaló los pacientes con estructura psicótica carecen de esta habilidad de empatizar con los criterios sociales ordinarios de la realidad, y los intentos por clarificar pueden por lo tanto, revelar mayores distorsiones en la prueba de realidad. Los pacientes neuróticos, a diferencia de los casos límite surgen con un concepto integrado de ellos mismos, lo que, a su vez, tiende a aumentar la empatía del entrevistador con ciertos aspectos de sus conflictos y su realidad, y con sus conceptos integrados de los otros significantes. Esto último le da a la realidad interpersonal de estos pacientes y a su historia pasada una notoria presencia. En tanto que los pacientes límite quizá aumenten su conducta realista durante la entrevista, simultáneamente quedan claros el vacío, el caos, y la confusión en su situación vital y en sus relaciones objetales.

Con pacientes que son articulados y se comunican mal, deberá traerse información de fuentes diversas a la entrevista que contribuyan al proceso diagnóstico. Tal información puede propiciar inferencias sobre los síntomas de anclaje. Entonces podrá intentarse enfatizar en los síntomas del aquí y ahora y la clarificación, confrontación e interpretación. Esta investigación más detallada puede realizarse con algunos de los síntomas de anclaje presentados, hasta que el entrevistador se sienta a gusto con el diagnóstico estructural.

La entrevista diagnóstica estructural, combina entonces, un enfoque psicoanalítico sobre la interacción paciente-entrevistador con una técnica psicoanalítica para interpretar los puntos conflictivos y las operaciones defensivas de la interacción para establecer simultáneamente los síntomas de anclaje clásicos de la psicopatología descriptiva y la estructura subyacente de la personalidad.

Un rasgo importante del modelo propuesto para la entrevista estructural es su naturaleza cíclica. El concepto de los síntomas de anclaje como localizados en un círculo a lo largo de su perímetro hace posible para el entrevistador, al ir de un síntoma cardinal al siguiente, regresar, con el tiempo, al punto de partida y reiniciar un nuevo ciclo de interrogatorio, en profundo contraste como un modelo de interrogatorio, tipo "árbol de decisiones", que tiene un patrón fijo de progresión. "Retomar el ciclo" a lo largo de los síntomas de anclaje permite al entrevistador regresar tan a menudo como sea necesario a los mismos puntos en diversos

contextos, volviendo a comprobar descubrimientos preliminares en las etapas posteriores de la entrevista. Como se verá, no se pretende que los síntomas de anclaje se exploren sistemáticamente en forma invariable, uno por uno. Dependiendo de los primeros descubrimientos, se recomiendan diferentes enfoques para el ciclo del interrogatorio.

FASE INICIAL DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

El Dr. Kernberg considera iniciar la entrevista con algunas preguntas (directas o indirectas) presentadas en secuencia. Un ejemplo de ello podría ser *"Estoy interesada en oír que es lo que la trajo aquí, cuál es la naturaleza de sus dificultades o problemas, qué espera del tratamiento y en qué punto se encuentra Ud. a este respecto"* y/o *"He tenido la oportunidad de saber algo de sus dificultades, pero estoy muy interesado en conocer de usted directamente cómo ve todo esto"*, o *"me gustaría decirle que aunque tendré oportunidad de saber de sus dificultades por la persona que la refirió para consulta."*

Este inicio permite al paciente hablar de sus síntomas y de las principales razones para venir a tratamiento, así como extenderse sobre la naturaleza de otras dificultades. Permite al entrevistador evaluar indirectamente la conciencia del paciente sobre su enfermedad y la necesidad de tratamiento, y la naturaleza realista o no realista de sus expectativas sobre dicho tratamiento y reacciones a las recomendaciones de tratamiento ya sugeridas.

En respuesta a estas preguntas, los pacientes sin psicopatología psicótica u orgánica pueden hablar libremente sobre síntomas neuróticos y dificultades en los aspectos psicológicos de su vida social, que señalaría rasgos patológicos de carácter; así indirectamente, dan la primera señal de buena prueba de realidad. La

capacidad para recordar estas preguntas, para responder a ellas en una forma coherente, bien integrada, también indica un buen sensorio, buena memoria y probablemente, inteligencia normal o aun perímetro completo de los síntomas de anclaje.

En contraste, los pacientes con alteraciones en el sensorio (atención, orientación conciencia, comprensión o juicio disminuidos) pueden tener dificultades para responder a tales preguntas, y lo mismo es cierto para pacientes con déficit intelectuales o de memoria (particularmente capacidad limitada para la abstracción) o sea, pacientes con síndromes orgánicos agudos o crónicos del cerebro.

Los pacientes ser también excesivamente concretos, vagos o confusos o evasivos en sus respuestas a estas preguntas. El entrevistador puede entonces discretamente clarificar la discrepancia entre las preguntas y las respuestas. Ayuda al preguntar si el paciente siente que ha respondido por completo a lo que se le preguntó o si cree que las preguntas no han sido suficientemente claras o son quizá abrumadoras. Si reconoce ahora dificultades para seguir o entender al entrevistador, las preguntas deberán repetirse, frasearse de algún modo diferente, y el entrevistador deberá explorar entonces si el paciente tiene todavía dificultad para entender. Si éste es el caso, debe explorar a continuación cuál es la naturaleza de la dificultad. De este modo, "entrando" a menudo en el ciclo diagnóstico a través de la evaluación de los síntomas, la entrevista puede llevar ahora, rápidamente a la clarificación,

confrontación e interpretación de la dificultad, lo que permite al entrevistador diferenciar la confusión que se origina en la intensa ansiedad y en la mala interpretación psicótica de la situación total, negativismo y alteración del sensorio, o graves déficit de memoria o inteligencia.

El paciente puede responder en formas que tengan poca, o ninguna, relación aparente con la pregunta inicial. Un paciente esquizofrénico gravemente desorganizado, uno con síndrome hipomaniaco, o con una grave psicopatología del carácter, pueden hacer uso de la encuesta inicial para expresar, por ejemplo, una evasividad paranoide o un perfeccionismo obsesivo al clarificar cada una de las declaraciones del entrevistador. Un paciente masoquista puede comenzar a llorar como si se le presentara una tarea excesivamente pesada. Todas estas respuestas pueden explorarse discretamente, clarificando las preguntas una vez más, en tanto trata de obtenerse más información sobre la naturaleza de la dificultad que las preguntas evocan. De esta forma, las manifestaciones tempranas de pérdida de prueba de realidad, síntomas psicóticos y síntomas orgánicos agudos o crónicos, pueden obtenerse junto con desarrollos prematuros de transferencia característicos de pacientes con grave patología de carácter.

Si un paciente responde primero apropiadamente a las preguntas iniciales, pero se pierde en detalles al intentar clarificarlas más, el entrevistador deberá explorar de nuevo en busca de varios complejos de síntomas. ¿Dentro del ámbito de los

síntomas neuróticos, está el paciente perdiéndose en detalles a causa de tendencias obsesivas? En cuanto a la pérdida de prueba de realidad y síntomas psicóticos, ¿es evasivo a causa de delirios paranoides subyacentes u otras interpretaciones psicóticas de la presente interacción? ¿Se pierde en detalles a causa de problemas en funciones cognitivas por alteración en el sensorio o por pérdida crónica de memoria e inteligencia?. De nuevo, la clarificación y exploración discretas con el paciente sobre su dificultad para responder (confrontación) y la exploración tentativa de las razones para la dificultad en la comunicación (interpretación) pueden atraer la atención sobre uno u otro de los síntomas principales de anclaje y proporcionar pistas tempranas hacia las características estructurales y descriptivas del paciente.

Si el paciente es capaz de entender y responder plenamente y en forma clara a las preguntas iniciales, y al mismo tiempo, presentar un cuadro coherente de síntoma principal que lo trajo a consulta y de otros problemas y dificultades, el entrevistador puede entonces plantear preguntas secundarias derivadas de la información ya presentada. Por ejemplo, puede preguntar sobre aspectos más precisos de síntomas a fecha aproximada de su aparición y su desarrollo, y síntomas relativos adicionales; esto puede completar la información que se refiere a los síntomas neuróticos y, al mismo tiempo indicar indirectamente que el paciente tiene un sensorio normal, no tiene déficit de memoria importantes y cuando menos un nivel de funcionamiento de la inteligencia normal. Sin embargo, si en el curso de la descripción del paciente de sus dificultades, se refiere específicamente a la

concentración memoria y a sus funciones cognoscitivas en general, el entrevistador tendría ahora una buena razón para centrarse más en los síntomas de síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos, pero con una comprensión preliminar de que la prueba de realidad se conserva (y el paciente, por lo tanto, aún si está afectado orgánicamente, no está demente).

Cuando la respuestas del paciente no llevan en una dirección "orgánica" sino transmiten información que indica un nivel de funcionamiento excelente en términos del sensorio, memoria e inteligencia, puede asumirse que se ha obtenido la información más importante relativa síntomas neuróticos. El foco de la entrevista puede ahora dar un giro a lo largo del perímetro para la investigación de rasgos patológicos del carácter.

La investigación de rasgos patológicos del carácter, fundamental para evaluar no sólo el tipo de patología del carácter o de la personalidad sino también su gravedad (y, en el mismo tenor, la presencia o ausencia de organización límite de la personalidad, con su síntoma de anclaje clave de difusión de identidad) es un foco crucial en la entrevista estructural. La primera pregunta, una vez que se ha llegado a este punto del interrogatorio, puede formularse como sigue: *"Me ha dicho usted sobre sus dificultades, y ahora, me gustaría saber más de usted como persona. ¿Podría describirse usted mismo, su personalidad, lo que piensa que es importante que yo sepa, de modo que pueda yo tener un sentimiento real hacia usted como*

persona?". Esta pregunta representa un nuevo reto, un nivel más profundo de interrogatorio que, bajo circunstancias óptimas, puede llevar a un paciente a una disposición autoreflexiva. Puede entonces describir sentimientos sobre él mismo sobre las áreas importantes de su vida (estudios o trabajo, familia, vida social, sexo, intereses políticos y culturales, tiempo libre), y en particular, sus relaciones clave con los demás significantes.

Si el paciente puede en forma espontánea presentar tal información sobre él mismo, proporciona así una indicación de buena prueba de realidad. Los pacientes psicóticos con la capacidad para mantener cierta semejanza a una relación apropiada con la realidad, pueden haber llegado a este punto de la entrevista sin mostrar mayores molestias. Para ellos, contestar una pregunta tan abierta satisfactoriamente es sin embargo, virtualmente imposible ya que esto requiere la capacidad para conservar la empatía con aspectos ordinarios de la realidad social (tal como el interés del entrevistador en la personalidad del paciente). La capacidad del paciente para explorar en profundo su personalidad puede indicar ahora que ha mantenido la prueba de realidad. El entrevistador puede, por lo tanto, descartar la enfermedad psicótica (además de los síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos previamente descartados) del espectro de posibilidades diagnósticas.

A veces un paciente tiene gran dificultad para hablar de él mismo en forma tan desestructurada a causa de factores culturales o de personalidad. El entrevistador

puede entonces sugerir que paciente describa su relaciones con las personas que son más importantes para él y que platique de su vida, estudios o trabajo, familia, vida sexual relaciones sociales, como pasa su tiempo libre. Los pacientes con grave patología del carácter, especialmente aquéllos con rasgos gravemente represivos o paranoides, pueden encontrar difícil proporcionar incluso esta información más concreta y circunscrita. Dejar de responder a esta pregunta más directa sería una primera indicación de grave patología del carácter. El entrevistador investigará entonces la difusión de identidad (para el diagnóstico diferencial de la organización límite) e incluso reevaluaría la prueba de realidad.

El procedimiento en este caso sería que el diagnosticador señalara al paciente que éste puede tener dificultades para hablar sobre él mismo como persona. El entrevistador puede entonces preguntar en qué medida cree el paciente que esta dificultad se deba a las circunstancias de la entrevista misma, la presión por ser entrevistado en general, o a temores específicos sobre el entrevistador o la situación diagnóstica (explorando así por posibles rasgos paranoides), o si la dificultad refleja una problema general que el paciente tiene para clarificase a sí mismo quién es él o cuáles son sus relaciones con el mundo que lo rodea y con los demás (lo que explora posibles rasgos esquizoides). Como respuestas a esta exploración, los pacientes con organización límite pueden presenta operaciones defensivas primitivas, como identificación proyectiva, escisión, disociación primitiva de aspectos contradictorios de la experiencia de sí mismo, negación grandiosidad, fragmentación

de afectos, omnipotencia o devaluación. La entrevista se ha centrado ahora un segmento específico del perímetro de los síntomas de anclaje, a saber aquél que se extiende desde rasgos patológicos del carácter a través de difusión de identidad hasta prueba de realidad.

Si el afecto o emociones del paciente, su conducta o su contenido del pensamiento en las primeras etapas de la entrevista son claramente inapropiados, indicando la posibilidad de una enfermedad psicótica y orgánica importante, la existencia de delirios o alucinaciones puede explorarse más directamente. Si, a pesar de esto, no ha sido obtenida todavía en la entrevista una fuerte evidencia de psicosis, y la información del paciente no ha dado ninguna razón al entrevistador para pensar que hubiera tenido alucinaciones o delirios en el pasado, o, si las ha tenido, que aún permanecen, el entrevistador puede ahora centrarse en forma más precisa en aquello que parezca más inapropiado, extraño, o atrevido, en el afecto, contenido de pensamiento o conducta del paciente.

Si, en este punto, el entrevistador, centrándose en el afecto o emociones del paciente, contenido de pensamiento y conducta comparte con él lo que le parece más desacostumbrado en cualquiera de estos aspectos, y pregunta si ésta puede explicar la sensación del entrevistador de que la presentación del paciente tiene un aspecto extraño o desconcertante, la respuesta de esta último puede dar luz sobre su prueba de realidad. La prueba de realidad se refleja en la capacidad del paciente

para empatizar con la percepción del entrevistador de estas características de la interacción y, en una forma más sutil, en su capacidad para empatizar con la percepción del entrevistador respecto del paciente, en un sentido más amplio.

Por ejemplo, el entrevistador puede decir: *"Cuando le pedí que me dijera más de usted misma, primero pareció desconcertada, y luego comenzó a hablar sobre cómo la trata su marido. Un poco después, cuando le pregunté si tenía algún problema para relacionarse con su esposo bajo tales circunstancias y por qué mencionaba usted este ejemplo particular, respondió diciéndome de otros aspectos de la conducta de él. Es como si, cuando le pidiera que hable de usted misma, pareciera obligada a hablar de cómo la trata su esposo. Encuentro esto desconcertante. ¿Puede usted darse cuenta que tengo dificultades con su actitud?* La paciente puede entender lo que desconcierta al entrevistador y explicar por ejemplo, que ella se siente tan abrumada por su esposo que es como si no tuviera derecho a examinar cómo se siente sobre ella misma (indicando así, en esta situación, su prueba de realidad). O ella puede decir en un tono suspicaz y temeroso, que está tratando de señalar que su esposo la trata mal y preguntar si el entrevistador está insinuando que estas dificultades son toda su culpa (haciendo así que broten dudas sobre su prueba de realidad, además de señalar rasgos paranoides).

Si lo último fuera el caso, el entrevistador puede ahora preguntar a la paciente por qué le pregunta de él, sobre si ella podría estar contribuyendo de algún modo a las

dificultades con su esposo, le sugieren la insinuación de que las dificultades eran toda su culpa. El sigue así la técnica de realizar ciclos de clarificación, confrontación e interpretación alrededor de un área de molestia en la interacción que puede proporcionar mayor información sobre la personalidad del paciente, clarificando al mismo tiempo su capacidad de prueba de realidad.

Es importante primero clarificar si el paciente tiene una estructura psicótica o sea, ausencia de prueba de realidad (lo que por definición, indicaría que el paciente no es límite) antes de investigar la difusión de identidad. El sentido de identidad del paciente diferencia la patología límite del carácter (caracterizada por difusión de identidad) de la patología no límite (donde la integración de la identidad está intacta).

Si en el curso de explorar las características de personalidad del paciente o los rasgos patológicos del carácter, no surge nunca la cuestión de pérdida de prueba de realidad (o es rápidamente contestada en forma satisfactoria en el sentido de que se mantiene dicha prueba de realidad, la entrevista entonces entra a la fase media, en la que la evaluación de la difusión de identidad (y por lo tanto el diagnóstico diferencial de la organización límite) se convierte e el objetivo principal. Pero si al evaluar la personalidad del paciente, surge claramente que la prueba de realidad se ha perdido, la entrevista entonces se centra en la naturaleza de la psicosis del paciente.

Debiera Estar claro para hora que, aunque la entrevista comience en una forma normal en todos los casos, la naturaleza de las preguntas, la interacción y la calidad toda de la entrevista variará considerablemente según la naturaleza de la psicopatología del paciente. En la entrevista estructural, éste es un efecto deseable, una consecuencia de la conexión sistemática por parte del entrevistador de la información del paciente con la naturaleza de la interacción paciente-diagnosticador.

LA FASE MEDIA DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Los pacientes con neurosis sintomáticas y patología no límite del carácter son aquéllos que son capaces de responder en la fase inicial de la entrevista estructural con un resumen pertinente de lo que los trajo a tratamiento, de cuales son sus principales dificultades, qué esperan del tratamiento y dónde se encuentran en este punto. Estos en también pacientes que no dan evidencia de conducta, afectos o pensamientos atrevidos, extraños o absurdos. Su capacidad de prueba de realidad permite al entrevistador desechar la posibilidad de enfermedad psicótica, y presentan un sensorio obviamente normal, descartando así, igualmente, síndrome cerebral orgánico. Estos pacientes son capaces, cuando el entrevistador les pide mayor información, de extenderse sobre sus síntomas presentes o sus dificultades en formas que tienen sentido. Entienden claramente no sólo el contenido manifiesto de las preguntas del entrevistador sino también las sutiles implicaciones de éstas.

Una entrevista así, puede parecer al observador desde fuera muy similar a una entrevista psiquiátrica tradicional o normal. Ahora, el área principal donde el entrevistador se centra en el perímetro el círculo de síntomas de anclaje, es la de los rasgos patológicos del carácter. Las preguntas debieran ahora centrarse sobre las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, para adaptarse al entorno, así como sobre sus necesidades psicológicas percibidas internamente. Y se puede preguntar *"¿Me gustaría saber ahora más de usted como persona, la forma en que se percibe a sí mismo, la manera en que siente que los demás lo perciben, lo que usted piense que podría ayudarme a formar con profundidad una imagen de usted, dentro de este tiempo limitado?"*

No se espera una total armonía en los pacientes neuróticos, pero debiera haber una integración subjetiva central del autoconcepto sobre la que, como base, el entrevistador pueda construir una imagen mental del paciente.

Los pacientes con organización límite y el correspondiente síndrome de difusión de identidad presentan típicamente una incapacidad para integrar las representaciones de los demás significantes con profundidad. Estos pacientes tienen más problema en presentar una imagen dotada de vida de las personas que son importantes para ellos, que de aquellas a quienes conocen sólo casualmente. Una pregunta clave aquí podría ser: *"Me gustaría pedirte que me diga algo sobre las personas que son ahora las más importantes en su vida. ¿Podría decirme algo de*

ellas de modo que dado nuestro tiempo tan limitado, pudiera yo formarme una clara impresión de ellas?".

Ahora puede explorar el grado de integración de representaciones objetales versus la falta de integración y, en este contexto, el grado de patología de la vida interpersonal del paciente.

En el caso de pacientes que no muestran ninguna indicación de difusión de identidad o de operaciones defensivas primitivas, pueden entonces explorarse áreas dominantes de conflicto, inhibiciones emocionales o desarrollo sintomático, al punto en que toquen los límites de darse cuenta consciente o preconsciente entre otras palabras hasta los límites de sus barreras represivas. En estos casos, el diagnosticador puede formular hipótesis dinámicas respecto a los conflictos intrapsíquicos inconscientes. A menudo las hipótesis se refuerzan por la continuidad natural entre las experiencias actuales del paciente y su recuerdo de experiencias pasadas, pero estas hipótesis dinámicas deben permanecer altamente especulativas. Mientras más sano el paciente más fácil para el diagnosticador en las primeras entrevistas hacer hipótesis sobre conexiones entre el pasado consciente y el presente, pero, paradójicamente, mas difícil es para el paciente es abonar presente y pasado porque estos lazos están reprimidos.

En todos los casos con estructura neurótica, después de completar la información relativa a la enfermedad actual, es útil obtener una breve historia del pasado. Es importante reconocer los límites de entendimiento e integración espontáneas del paciente sobre su pasado y presente.

LA FASE DE TERMINACIÓN DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Una vez completada la exploración de síntomas neuróticos y rasgos patológicos del carácter, operaciones defensivas predominantes, difusión de identidad, prueba de realidad y los principales síntomas de anclaje psicóticos u orgánicos, el entrevistador deberá ahora reconocer ante el paciente que él ha completado su tarea. Deberá invitar entonces al paciente a darle información relativa a los puntos adicionales que éste considere importantes o que piense que el entrevistador debe conocer. Una pregunta muy útil sugerida por el Dr. Robert Michels (comunicación personal, 1981), es "*¿Qué piensa usted que yo debería haberle preguntado y no lo he hecho todavía?*" Esta pregunta puede a veces llevar información nueva de importancia o a mayores reflexiones sobre áreas ya exploradas. También da oportunidad para que el paciente exprese las ansiedades activadas durante la entrevista, las que ahora pueden ser exploradas más aún y ser disminuidas al introducir consideraciones sobre la realidad.

Es importante dejar suficiente tiempo al final, no sólo para que el paciente haga preguntas sino también para que el entrevistador responda a ellas y manejar la ansiedad inesperada y otras complicaciones. El entrevistador puede decidir que se requieren más entrevistas antes de llegar a un diagnóstico definitivo, que tal vez ambos participantes necesitarán más tiempo para pensar antes de discutir recomendaciones para el tratamiento o quizá que una disposición para tratamiento puede completarse ahora. En todo caso, el proceso de toma de decisión deberá compartirse con el paciente. El entrevistador puede decirle que ya ha conocido bastante de él como para hacer una recomendación o que siente que le gustaría continuar el proceso diagnóstico en ambos casos, el entrevistador quizá desee obtener información pertinente de otras fuentes.

La terminación de la entrevista estructural es una oportunidad crucial para evaluar la motivación del paciente para continuar el proceso diagnóstico, el tratamiento o ambos, el manejo de peligros graves diagnosticados (que gravemente deprimidos), y el grado al que el paciente puede tolerar y responder en forma positiva a las declaraciones respecto a sus problemas según los percibe el entrevistador. Toda consulta deberá implicar la posibilidad para el diagnosticador de ampliarla con varias entrevistas adicionales si fuera necesario. La presunción mágica del paciente, de que todas las conclusiones diagnósticas pueden hacerse en una o dos entrevistas, deberá explorarse en forma realista si fuera necesario. La mayoría de los pacientes por lo general aprecian cuando un psiquiatra reconoce honestamente que, aunque

se ha enterado de mucho, todavía no sabe lo suficiente para decidir cuáles, si hay alguna, son las necesidades del tratamiento.

CAPITULO VII

METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

Cabe mencionar que la adaptación del SCID II para las personas que solicitan atención psicológica, forma parte de la investigación denominada "Psicoterapia Psicodinámica para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, un modelo de investigación", financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, llevada a cabo por la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), la Universidad Nacional Autónoma de México y el Hospital Central Militar, en coordinación con el Hospital de Nueva York de Cornell, que el Dr. Otto Kernberg y colaboradores utiliza en la cual la APM forma parte desde 1993

Entre otros aspectos es un instrumento utilizado en diferentes países, e incluye los trastornos límite de la personalidad, diseñado en función del DSM-III-R, también es útil para los sujetos que solicitan atención psicológica en población mexicana.

De la misma manera el SCID II podrá usarse para predicción y la correlación con el pasado, con base a los síntomas presentes.

En cuanto al pronóstico el SCID II, contribuirá en apoyar la toma de decisiones acerca del tratamiento que se le administra al paciente.

Por último, para evaluar los cambios que el paciente presenta motivados por el tratamiento se puede usar como un instrumento de antes y después. Esto es, el SCID II, también sirve como herramienta para valorar el tratamiento, y en este caso el avance terapéutico de la muestra de pacientes que se encuentran en la investigación arriba señalado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

no hay una entrevista estructurada en México que auxilie en el diagnóstico basado en los trastornos de personalidad contemplados en el eje II del DSM-III-R, se considera que el SCID II, puede ser un instrumento que facilite en forma más precisa esta tarea, a través de la adaptación de un lenguaje comprensible para la población que solicita atención psicológica.

Para ello se tomará como muestra 60 sujetos que han solicitado tratamiento psicológico.

HIPÓTESIS

Hipótesis 0

La entrevista estructural SCID II, no identifica, los síntomas contemplados en el eje II del DSM-III-R y el DSM-IV en la población que solicita atención psicológica.

Hipótesis 1

La entrevista estructural SCID II, describe e identifica los síntomas contemplados en el eje II del DSM-III R y el DSM-IV en la población que solicita atención psicológica.

Hipótesis 0₂

El SCID II no coincide con el diagnóstico clínico estructural que llevaron a cabo los terapeutas que participan en la investigación.

Hipótesis 2

El SCID II coincide con el diagnóstico clínico estructural que llevaron a cabo los terapeutas que participan en la investigación.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

SCID II.- "Structured Clinical Interview for DSM III R" Entrevista Clínica Estructurada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Instrumento tipo cuestionario semi-abierto que explora síntomas de 12 trastornos especificados en el eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Diagnóstico clínico en población que solicita atención psicológica.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Entrevista diagnóstica estructural, sobre la interacción paciente-entrevistador para interpretar los puntos conflictivos y defensas para determinar los síntomas y la estructura subyacente de la personalidad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Especificación del trastorno clínico que padece la población que solicita atención psicológica.

SUJETOS

Muestra:

Un total de 60 sujetos de ambos sexos con C.I. normal, de 18 años en adelante, escolaridad mínima primaria y que soliciten atención psicológica.

La selección de la muestra será a través de los sujetos que lleguen a solicitar atención psicológica en las clínicas de las Asociaciones Psicoanalítica Mexicana (APM) y la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia A.C., (AMPPIA); del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M y del Hospital Central Militar.

Grupo de expertos y/o jueces

Se encuentra integrado por 5 psicoanalistas didácticos y 14 terapeutas que están a cargo de la supervisión del tratamiento de la muestra de pacientes de la investigación y como fase de la supervisión confirma o rechazan el diagnóstico arrojado por el SCID II que hago personalmente y las Historia Clínica y Entrevista Estructural que los terapeutas realizan antes de seleccionar los sujetos.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE EXPERTOS Y JUECES

JUEZ DIDÁCTICO	ORIGEN	AÑOS DE EXPERIENCIA	AÑOS DE TRATAMIENTO
PCC	APM	20	10
DNLG	APM	20	12
JCE	APM	18	9
RPS	APM	43	5
JMR	APM	20	19

TERAPEUTA	ORIGEN	AÑOS DE EXPERIENCIA	AÑOS DE TRATAMIENTO
MRH	APM	18	20
SRP	APM	12	6
MFO	APM	17	10
MAO	APM	20	20
LMarJ	UNAM	14	7
AEM	UNAM	19	2
MaLF	UNAM	15	2
SGC	UNAM	26	10
EK	UNAM		
ILG	UNAM	19	10
ALH	UNAM	6	7
RCG	HCM	6	5
IRJ	HCM	2	1
BSV	HCM	4	4

INSTRUMENTOS

La entrevista Estructurada SCID II está integrado por:

1. Hoja de datos generales, como nombre, edad, sexo, escolaridad, ocupación entre otros. También tiene campos o espacios para anotar datos del clínico que amplía el SCID II, la fecha y lugar.
2. Hoja de resultados del resumen SCID II, que contiene la evaluación global de la información, duración de la entrevistas, los once trastornos de la personalidad compuesta por siete columnas, cuyo encabezado se refiere:

Información inadecuada	?
Ausente	1
Subclínica	2
Presente	3
Leve	1
Moderado	2
Severo	3

Durante la clasificación no se utilizó porque se consideró que es subjetivo ya que está sujeto al criterio del entrevistador

1. Hoja de revisión general de los trastornos de personalidad en la que se indaga los datos generales del sujeto, en relación a su autoconcepto.

2. 30 páginas de preguntas para la revisión de 11 trastornos que incluye el de conducta antisocial, en la parte superior derecha indica el trastorno que se va a revisar, un renglón mas abajo, dos columnas; la primera está formada por las preguntas que se le hacen al sujeto; la segunda describe en forma textual el trastorno y los síntomas que en el DSM-III-R señala y; por último la calificación del trastorno como a continuación se indica:

- ?** cuando no queda claro lo que el sujeto dice, o no corresponde a lo que se le pregunta.
- 1** cuando el criterio está ausente
- 2** cuando el sujeto menciona uno o dos ejemplos
- 3** cuando el sujeto menciona varios ejemplos que correspondan al criterio el cual como ya mencionaron se encuentra en la segunda columna.

Al final de cada página de las 30, indica cuantos criterios se requieren para que el trastorno se encuentre presente como a continuación se describe.

TRASTORNO	SÍNTOMAS REQUERIDOS PARA CODIFICAR 3
EVITACIÓN	4
DEPENDENCIA	5
OBSESIVO-COMPULSIVO	5
PASIVO-AGRESIVO	5
AUTODESTRUCTIVA	5
PARANOIDE	4
ESQUIZOTÍPICO	5
ESQUIZOIDE	4
HISTRIÓNICO	4
NARCISISTA	5
LIMITE	5
ANTISOCIAL	3

Cabe mencionar que algunos síntomas de los trastornos son evaluados por varias preguntas a la vez que no tienen la anterior codificación, pero para efecto de codificar todas las preguntas aún y cuando no aparezcan (?1,2,3) se registró de igual forma

El cuadro que a continuación aparece, se encuentran anotados los trastornos a que se refiere el SCID II en la primera columna, en forma posterior aparece el número de preguntas con que se revisa el trastorno en la segunda columna, el número de observaciones adicionales que se le hacen al sujeto sin elaborar

preguntas en la tercera columna, y en la última, el número de criterios que se requieren para codificar si el trastorno está presente y/o ausente.

CONTENIDO DEL SCID II			
TRASTORNO	No. DE ÍTEMS	No. DE OBSV. DURANTE LA ENTREVISTA CODIFICAR	No. DE CRITERIO PARA CODIFICAR PRESENTE
EVITACIÓN	8		4
DEPENDENCIA	9		5
OBSESIVA-COMPULSIVA	11		5
PASIVO-AGRESIVO	9		5
AUTODESTRUCTIVO	12		5
PARANOIDE	7		4
ESQUIZOTÍPICA	8	5	5
ESQUIZOIDE	5	2	4
HISTRIÓNICA	7	2	4
NARCISISTA	12		5
LÍMITE	13		5
ANTISOCIAL	12		3
SUBTOTAL	113	9	

CUESTIONARIO ADICIONAL DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL DEL SCID II	
ÁREA	No. REACTIVOS
LABORAL	3
CONDUCTA DELICTIVA	4
CONDUCTA AGRESIVA CON LA PAREJA	1
DEUDAS ECONÓMICAS	2
INESTABILIDAD DE VIVIENDA	3
MENTIRAS	3
DELITOS DE TRANSITO	2
PATERNIDAD IRRESPONSABLE	7
ADICIONALES	2
SUBTOTAL	27

TOTAL DE REACTIVOS..... 113

TOTAL DE OBSERVACIONES... 9

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MMPI

ANTECEDENTES

Hace 20 años, Paul Meehl evaluó el nivel de la predicción clínica y expuso algunos razonamientos apremiantes sobre los méritos relativos de la predicción actuarial en contraposición con la clínica. La ideas de Meehl iniciaron un movimiento encaminado a eliminar la subjetividad que tenían las decisiones en la evaluación clínica imponiéndoles un marco científico con una objetividad más rigurosa. Los avances subsiguientes en la predicción actuarial han sido impresionantes: un clínico o pasante pueden producir, en la actualidad, una descripción de la personalidad con sólo hojear de manera casual un libro de referencia (a menudo, llamado "recetario" en la jerga profesional), utilizando no sólo una serie de puntuaciones obtenidas de un perfil del MMPI, o incluso obtener un informe narrativos diagnóstico completo mediante una computadora profesional

En los años 30's los hospitales psiquiátricos de los E.U.A. tenían grandes deficiencias en su programas de psicología clínica y ciencia de la conducta. Así mismo el material de diagnóstico y pronóstico era escaso y poco confiable. Por estas razones Starke R. Hathaway y psicólogo y J.C. Mc Kinley, neuropsiquiatra, decidieron trabajar juntos para desarrollar un instrumentos psicométrico efectivo y práctico que constituyera una contribución psicológica a los procedimientos de

diagnóstico médico; una herramienta objetiva para evaluar los casos psiquiátricos rutinarios de pacientes adultos y un método para determinar la severidad de sus condiciones.

Hathaway Mc Kinley en una serie de artículos describió detalladamente la construcción del "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" y la derivación de las nueve escalas básicas o clínicas (1940,1942, Hathaway y P. Meehl 1948). Otra escala que es comúnmente incluida en el perfil del MMPI y en los procedimientos de codificación es la escala de Introversión Social (O-Is). Para la información referente a esta escala se recomienda consultar la publicación original (Drake. 1946)

Hathaway y Mc Kinley basados en su experiencia clínica reunieron originalmente un conjunto de 1200 frases provenientes de diversas fuentes: historias clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas, escalas de actitudes personales y sociales, resúmenes de casos, manuales de entrevista psiquiátrica. El MMPI se basó en el concepto de que los reactivos conforman numerosas escalas potenciales

El MMPI se publicó por primera vez en 1943 por la Psychological Corporation. Los autores de la prueba, Starke Y Hathaway, Phd, y Jovian Mc Kinley, MD, se encontraban trabajando en los hospitales de la Universidad de Minnesota y esperaban que el MMPI fuera útil para la evaluación diagnóstica de rutina. A principios de la década de los 40's un objetivo primordial para el psicólogo clínico y el

psiquiatra era asignar clasificaciones psicodiagnósticas apropiadas a casos individuales. Por lo general se hacían entrevistas individuales o exámenes de nivel mental y evaluación psicológica individual para cada paciente. Se esperaba que un inventario de la personalidad de papel y lápiz, administrado en grupo proporcionara una forma más eficiente de llegar a una evaluación psicodiagnóstica más apropiada.

DESARROLLO DE LAS ESCALAS

El primer paso fue reunir una gran cantidad de reactivos potenciales para el inventario Hathaway Mckneley seleccionaron una amplia variedad de enunciados afirmativos de tipos de personalidad de fuentes como historias de casos e informes psicológicos psiquiátricos, libros y escalas de actitudes personales y sociales publicadas con anterioridad.

El siguiente paso fue seleccionar grupos criterio apropiados. Un grupo criterio, más adelante conocido como el grupo normal de Minnesota, consistía principalmente de familiares visitantes de los pacientes en los hospitales en la Universidad de Minnesota, uno de obreros de la Work Progress Administration y algunos pacientes médicos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. El segundo grupo principal de sujetos, más adelante conocido como los sujetos clínicos, estaba formado por pacientes psiquiátricos de los hospitales de la Universidad de Minnesota. Este, incluía pacientes representativos de todas las categorías

diagnósticas psiquiátricas principales que se encontraban en uso den la época en que se elaboró la prueba. Los sujetos clínicos fueron divididos en subgrupos de muestras de diversos diagnósticos clínicos. En cualquier momento en que existiera alguna duda sobre el diagnóstico clínico de un paciente o cuando estuviera presente más de uno, no se incluía en este grupo de referencia clínica. Los diferentes subgrupos formados de sujetos clínicos fueron: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía.

El siguiente paso en la elaboración de las escalas fue administrar los 504 reactivos originales a los grupos normales Minnesota y a los pacientes en cada uno de los clínicos. Para cada uno de estos últimos, por separado, se realizó un análisis de reactivos para identificar aquéllos, en el grupo de 504, que diferenciaran significativamente entre el grupo clínico y un grupo de sujetos normales. Los reactivos del MMPi individuales identificados por este procedimiento se incluyeron en la escala resultante para ese grupos clínico.

Poco tiempo después se elaboraron dos escalas clínicas adicionales, Primero, la escala de Maculinidad-Feminidad (Mf) intentaba originalmente distinguir entre hombres homosexuales y heterosexuales. Debido a la dificultad para identificar una cantidad adecuada de reactivos que diferenciaran entre estos dos grupos, Hathaway y Mc Kinley ampliaron en consecuencia su enfoque en la elaboración de la escala Mf. Además de los pocos reactivos que discriminaban entre hombres homosexuales

y heterosexuales, fueron identificados otros como diferencialmente aceptables por hombres y mujeres normales. También se agregaron algunos reactivos en la escala I de Terman y Miles (1936) al juego original y se incluyeron en la escala Mf. Segundo, la escala de Introversocial Social (is) desarrollada por Drake (1946) se incluyó como una de las escala básicas del MMPI. Aunque ésta, se elaboró inicialmente seleccionando reactivos del juego original, para diferenciar con éxito entre estudiantes universitarias que participarán en muchas actividades extra curriculares, de aquéllas que no fueran muy participativas socialmente, se utiliza en la actualidad para hombres y mujeres.

DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

Hathaway y Mc Kinley desde el principio desarrollaron cuatro escalas que ahora son de validez, cuyo propósito era detectar actitudes desviadas de quienes contestaban la prueba. La escala o categoría "No puedo decir", es simplemente el número total de reactivos en el MMPI omitidos u contestados verdadero y falso por que contestó la prueba. Gran número de reactivos omitidos pone en duda la interpretabilidad del perfil completo.

La escala L, originalmente llamada escala de "Mentira" del MMPI, fue diseñada para detectar un intento ingenuo y no sofisticado de presentarse a sí mismo de manera muy favorable. Los reactivos de la escala L fueron derivados en forma

racional y cubren situaciones de la vida diaria para evaluar la intensidad de indisposición de la persona para admitir incluso un debilidad menor en su carácter o personalidad. La escala F fue diseñada para detectar individuos que enfocan la tarea de resolver la prueba en una forma diferente de la que intentan los autores de la misma. Los reactivos de la escala F fueron seleccionados examinando para cada uno la frecuencia de aprobación del grupo normal de Minnesota e identificando aquéllos aprobados en una dirección particular por menos de 10% de los normales.

La escala K MMPI fue diseñada para identificar la defensividad clínica. Los reactivos en esta escala fueron seleccionados empíricamente al comparar las respuestas de un grupo de pacientes conocidos como clínicamente desviados pero que producían perfiles MMPI normales y para quienes no había indicios de psicopatología. Se intentaba que una puntuación K alta fuera indicativa de defensividad y cuestionar las repuestas de la persona a todos lo demás reactivos. La escala K también fue usada para desarrollar un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas. Hathaway y Mc Kinley razonaron que, si el efecto de una actitud defensiva al contestar la prueba razonaron que, si el efecto de una actitud defensiva al contestar la prueba se reflejaba por una puntuación K alta y disminuía las puntuaciones en las escala clínicas, quizá uno pudiera ser capaz de determinar la extensión en que las puntuaciones de la escalas clínicas deben elevarse para reflejar con mayor exactitud la conducta de una persona. Al comparar la eficiencia de cada escala clínica con diversas porciones de la escala K agregadas como factor

de corrección, Mc Kinley y cols. Determinaron el peso apropiado de la puntuación de la escala K para cada escala clínica y corregirla en base a la defensividad indicada por ésta. Algunas escala clínicas no tiene corrección K del todo, ya que la puntuación cruda por si sola en ellas, parece producir la predicción más exacta sobre el estado clínico de la persona. Otras tienen proporciones de K, en un rango de 2 a 1.0 para elevar de manera apropiada las escalas clínicas.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MMPÍ

El inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), consiste en 566 enunciados afirmativos de autorreferencia. La persona que resuelve la prueba responde a cada afirmación como verdadera si se aplica a sí misma y como falsa si considera que no es aplicable a sí misma. Los estímulos relativamente sin ambigüedad y el formato de respuesta estructurado permiten que el MMPI se clasifique como una técnica objetiva de evaluación de la personalidad.

Los resultados de las pruebas pueden ser interpretados por personas menos entrenadas con sólo referirse a las normas apropiadas. En la práctica clínica, no existe distinción. Como estableció Matarazzo (1972), la interpretación de las técnicas objetivas y proyectivas es "un arte muy subjetivo que requiere un profesional bien entrenado y experimentado para darles a las puntuaciones significado predictivo en la vida de cualquier ser humano".

Después de la administración individual o grupal de la prueba, usando cualquiera de las diversas formas y hojas de respuesta disponibles, las respuestas del individuo se califican de manera objetiva ya sea manualmente o con un equipo de cómputo. Los procedimientos de calificación producen puntuaciones para 4 escalas de validez y 10 escalas clínicas básicas o de personalidad. La puntuaciones crudas de las escaladas de validez estándar y clínica se trasforman en puntuaciones T (media = 50; DE = 10) usando los datos proporcionado en el Manual (Hathawy y Mc Kinley, 1967). Las respuestas del grupo normal de Minnesota proporcionan la base para las conversiones a puntuaciones T. Hay normas disponibles, que se presentan por separado para hombres y mujeres. Las puntuaciones T se utilizan para construir un perfil en una hoja de perfil estándar. Este, sirve como base para general inferencias sobre el examinado.

PROCEDIMIENTO

PROCESO GENERAL DE TRADUCCIÓN:

El desarrollo de traducción del **SCID II**, se basó en el Protocolo de Traducción Retraducción (Translation/Back Translation Protocol E.H.O. CAR Projet del Departament Of Anthropology Northern Arizona University, y se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Traducción del Entrevista Estructurada **SCID II** original (Eo) al español (Ee).
- Evaluar el cuestionario en español con un grupo de informantes monolingües.
- Estos informantes no deben ser capaces de conocer como podría haber sido las preguntas en el lenguaje original (dichas evaluaciones deber ser conducidas por expertos bilingües, siempre que sea posible).
- Análisis de la Entrevista Estructurada **SCID II** traducida, por el grupo de expertos biculturales bilingües, con las siguientes características:

OCUPACIÓN	EXPERIENCIA
Traductor oficial de revista americana	5 años
(*) Traductor independiente y perito traductor en asuntos legales	20 años

- Solucionar cualquier problema de la traducción basada en las evaluaciones
- (*) Retraducción de la Entrevista Estructurada SCID II (Ert) a partir del español al inglés (lenguaje original)..
- Revisión de la Entrevista Estructurada SCID II en inglés y del retraducido por el grupo de expertos bilingües, para determinar la precisión y la equivalencia del proceso de traducción.

Esquema del proceso:

$E_o \rightarrow E_e \rightarrow \text{evaluación} \rightarrow GE \rightarrow E_{rt} \rightarrow GE \rightarrow \text{aceptación}$

Donde:

E_o: Entrevista Estructurada **SCID II** en el lenguaje original (inglés)

E_e: es Entrevista Estructurada **SCID II** traducido al español

evaluación: es la aplicación de la Entrevista Estructurada **SCID II**

GE: grupo de expertos bilingües

E_{rt}: Estructurada **SCID II** retraducida y;

aceptación: se da, si hay una completa equivalencia.

Con base al modelo anterior, la traducción del SCID II, inicialmente se realizó por uno de los jueces didácticos y la autora de esta tesis, se tradujeron las 3 primeras páginas en su totalidad, las siguientes 30 sólo la columna de la izquierda y el formato de la página; la columna de la derecha se copió textual del DSM-III-R, debido a que es exactamente el trastorno que describe para calificarlo como tal; esta traducción se piloteó con 3 sujetos seleccionados con las características que se mencionaron en la muestra.

Se observó que había que modificar la redacción de algunas preguntas, para su mejor comprensión para el sujeto, la cuales fueron en los trastornos de dependencia en las preguntas 16; esquizotípica, 58, 61; esquizoide 65; esto se llevó a cabo con los 5 jueces didácticos, dos terapeutas y yo.

Una vez efectuada las modificaciones se volvió a aplicarlas a 3 sujetos quienes no hicieron preguntas por no haber entendido lo que se les decía, en forma paralela la traducción del instrumento se le dio a revisar a un traductor profesional quien sugirió efectuar modificar otras preguntas, que en consideración con el grupo de jueces y terapeutas estuvieron de acuerdo.

Estas modificaciones se realizaron en las preguntas 1, 7, 8, 13, 23, 24, 26, 29, 30, 32, 35, 43, 44, 49, 55, 56, 68, 73, 77 y 87.

Al término de esta tarea, la traducción al español se le dio para su retraducción al idioma original (inglés) a otro traductor profesional asignado por la embajada de Estados Unidos. Este trabajo fue revisado por un juez didacta, y coincidimos que no hubo cambios significativos de la retraducción en comparación a la traducción del idioma original. Por lo tanto el instrumento está listo para aplicarlo.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO DE LA ADAPTACIÓN DEL SCID II

- Obtener un instrumento confiable para el diagnóstico de 12 trastornos de la personalidad.
- Modificar el lenguaje de la Entrevista Estructural **SCID II**, para que sea comprensible en los sujetos que solicitan atención psicológica a partir de los 18 años en adelante.
- Seleccionar candidatas con trastorno límite de la personalidad para integrarlos a la muestra del proyecto de investigación.
- Facilitar al psicólogo clínico y experimental la confirmación, documentación y evaluación del diagnóstico presuncionales del DSM-III-R.
- Auxiliar para la valoración del tratamiento psicoterapéutico.

FASES DEL PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

1. Se aplicará la Entrevista Estructurada SCID II a 60 sujetos

2. Se videograbarán 1 entrevista la cual será supervisada por uno de los jueces didactas, con el objeto de observar, mi aplicación.

El grupo de expertos y terapeutas emitirá el diagnóstico clínico, que deberá coincidir con el diagnóstico del SCID II, y en forma específica con el trastorno limítrofe de la personalidad.

1. El análisis estadístico de los resultados obtenidos por la Entrevista Estructurada SCID II., se realizará a través de la codificación de las respuestas de cada una de los 113 preguntas y los 60 sujetos. Cada pregunta será analizada en forma aislada y en conjunto, para observar el nivel de significación con el fin de rechazar y/o aceptar la Ho.

FASES DEL PROCEDIMIENTO DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD

1. Contiene un folleto con 566 preguntas.
2. Contiene una hoja de respuesta con 566 círculos, los cuales deberán ser rellenados de acuerdo a la contestación.

3. Tiempo de aplicación aproximado de 2:00 a 2:30 hrs.

Ejemplo: Tiene buen apetito

CIERTO ●

FALSO ○

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos bajo los siguientes rubros:

SOBRE EL CUESTIONARIO

- ⌘ En la aplicación
- ⌘ En las respuestas significativas
- ⌘ En la correlación SCID II v.s. SCID II
- ⌘ En la correlación trastorno límite v.s. MMPI
- ⌘ En la correlación MMPI v.s. MMPI

EN LA APLICACIÓN

Inicialmente se aplicó el SCID II a dos pacientes enviados por la clínica de la APM, se analizaron y se decidió redactar nuevamente algunas de las preguntas señaladas anteriormente, sin perder el sentido de lo que se quería explorar. Se repitió la aplicación y se acordó que la parte inicial de la pregunta sería eliminada, porque comienza en el idioma original "*¿Usted ha dicho que....?*", y esto causaba confusión, tanto al entrevistador como a los sujetos encuestados debido a que era la primera vez que se le preguntaba sobre su conducta. Una vez realizadas las

modificaciones no hubo mayor problema para el entendimiento de los reactivos en casi todos los pacientes entrevistados.

SOBRE LAS PREGUNTAS EN CADA TRASTORNO

Nota: Las preguntas sombreadas son aquellas que obtuvieron un mismo porcentaje o casi igual en relación a las frecuencias obtenidas.

TRASTORNO	NO. DE PREGUNTA		ANÁLISIS
	AUSENTE	PRESENTE	
EVITACION	<p>2. ¿Son contadas las personas con quienes realmente se siente cercano fuera de su familia inmediata?</p> <p>3. ¿Evita involucrarse con gente a menos de que esté seguro que les va ha agradar?</p> <p>4. ¿Evita situaciones sociales en que tendria que hablar con otras personas?</p> <p>5. ¿Ha evitado trabajo que lo involucraban tratar con mucha gente?</p> <p>8. ¿Numerosas cosas le parecen peligrosas o difíciles aunque la mayoría de la gente no las ve así?</p>	<p>1. ¿Son sus sentimientos fácilmente lastimados más que la mayoría de la gente si alguien lo critica o desaprueba sobre algo que dijo o hizo?</p> <p>2. ¿Son contadas las personas con quienes realmente se siente cercano fuera de su familia inmediata?</p> <p>5. ¿Es con frecuencia reservado por temor a decir algo equivocado?</p> <p>7. ¿Ha temido con frecuencia verse nervioso, tenso, o llorar frente a los demás?</p>	<p>Se observó que la muestra no evita el contacto social sino que se muestra invulnerable, sin embargo, son hipersensibles, tienden a quedarse callados ante el temor de decir algo equivocado y presentan reacciones somáticas de ansiedad cuando están frente a los demás.</p>
DEPENDENCIA	<p>9. ¿Necesita numerosos consejos o recomendaciones de los demás antes de tomar decisiones cotidianas?</p> <p>10. ¿Ha permitido que los demás tomen decisiones importantes por usted?</p> <p>11. ¿Está con frecuencia de acuerdo con los demás aunque opinen que están equivocados?</p> <p>12. ¿Encuentra difícil empezar a trabajar en tareas cuando no hay nadie que lo ayude?</p>	<p>16. ¿Se sintió desamparado o devastado cuando terminó una relación cercana?</p> <p>17. ¿Se preocupa demasiado de que sus seres queridos lo abandonen?</p>	<p>Se caracteriza por negar la necesidad de consejo o recomendación para tomar decisiones cotidianas, sin embargo son lastimados fácilmente por críticas y desaprobaciones, también permanece pasivo para evitar la soledad y preocupación de que sus seres queridos los abandonen.</p>
DEPENDENCIA	<p>13. ¿¿Ha hecho con frecuencia cosas desagradables o desagradantes para lograr que lo quieran?</p> <p>14. ¿Prefiere NO estar solo?</p> <p>15. ¿Hace cosas con frecuencia para evitar estar solo?</p> <p>17. ¿Se preocupa demasiado de que sus seres queridos lo abandonen?</p>		

NO. DE PREGUNTA			
TRASTORNO	AUSENTE	PRÉSENTE	ANÁLISIS
OBSESIVO COMPULSIVO	16 ¿Se sintió desamparado o desbastado cuando terminaron sus relaciones?		
	18 ¿Tiene problemas para terminar trabajos porque pasa mucho tiempo tratando de que las cosas queden perfectamente correctas?	19 ¿Es una persona que se enfoca en los detalles, el orden la organización o que le gusta hacer listas y programas?	Esta muestra se caracteriza por negar la necesidad de consejo o recomendación para tomar decisiones cotidianas
	19 ¿Es una persona que se enfoca en los detalles, el orden la organización o que le gusta hacer listas y programas?	20 ¿Insiste en ocasiones en que los demás hagan las cosas exactamente de la manera que Ud. quiere?	
	22 ¿Siente usted o su familia que está tan dedicado al trabajo o escuela que no deja tiempo para los demás o para divertirse?	21 ¿Hace Ud. Mismo las cosas porque sabe que nadie más las hará exactamente correctas?	
	23 ¿En ocasiones tiene problemas para tomar decisiones porque no puede decidir que hacer o como hacerlo?	28 ¿Tiene problemas para deshacerse de cosas porque piensa que pueden servir algún día?	
	24 ¿Es usted mas estricto que los demás acerca de lo que está correcto y lo que está equivocado? (Cultural o religión)		
	25 ¿Se enoja con frecuencia con individuos que rompen las reglas?		
	26 ¿Se han quejado los demás que no es suficientemente afectuoso?		
27 ¿Rara vez Ud. Da regalos, tiempo o hace favores a los demás?			
28 ¿Tiene problemas para deshacerse de cosas porque piensa que pueden servir algún día?			
PASIVO - AGRESIVO	29 ¿Retrasa con frecuencia la ejecución de tareas que los demás le piden que haga hasta el último minuto?	29 ¿Retrasa con frecuencia la ejecución de tareas que los demás le piden que haga hasta el último minuto?	El 41.6% y el 43% de la muestra, tiende a ejecutar tareas y no hasta el último momento
	31 ¿Es el tipo de persona que trabaja muy lentamente cuando le piden hacer algo que realmente no quiere hacer?	30 ¿Es el tipo de persona que se irrita o se pone malhumorado si le piden hacer algo que no quiere hacer?	
	32 ¿Siente con frecuencia que la gente le pide cosas irrazonables?	34 ¿Con frecuencia cree que realiza un trabajo mejor de lo que piensan los demás?	
	33 ¿Tiende a olvidar hacer las cosas que supuestamente debe hacer, si realmente no quiere hacerlas?		

NO. DE PREGUNTA			
TRASTORNO	AUSENTE	PRESENTE	ANALISIS
	<p>34. ¿Con frecuencia cree que realiza un trabajo mejor de lo que piensan los demás?</p> <p>35. ¿Se han quejado los demás de que los retrasa al no hacer su trabajo?</p> <p>36. ¿Se han quejado los demás de que los retrasa al no hacer su trabajo?</p> <p>37. ¿Encuentra que las personas que están a cargo de las cosas (jefe o maestros) no merecen su respeto?</p>		
AUTO DESTRUCTIVO	<p>38. ¿Ha escogido una amiga o una pareja que se ha aprovechado de Ud. O la ha decepcionado?</p> <p>39. ¿En algunas ocasiones ha estado en mala situación, como en el trabajo o la escuela donde se aprovecharon de Ud.?</p> <p>40. ¿Rechaza con frecuencia la ayuda de los demás porque no quiere molestarlos?</p> <p>41. ¿Cuando los demás tratan de ayudarle ¿Se pone difícil con ellos?</p> <p>42. ¿Cuando tiene éxito, se siente deprimido o siente que no lo merece, o hace algo para estropear el éxito?</p> <p>43. ¿A menudo dice o hace cosas provocando que los demás se enojen con Ud.?</p> <p>44. ¿Rechaza con frecuencia la oportunidad de hacer cosas que realmente disfruta?</p> <p>45. ¿En ocasiones, No admite ante los demás que se divirtió?</p> <p>46. ¿No ha logrado muchas de sus metas?</p> <p>47. ¿No le interesan y le aburren las personas que son amables con Ud.?</p>	<p>38. ¿Ha escogido una amiga o una pareja que se ha aprovechado de Ud. O la ha decepcionado?</p> <p>39. ¿En algunas ocasiones ha estado en mala situación, como en el trabajo o la escuela donde se aprovecharon de Ud.?</p> <p>40. ¿Rechaza con frecuencia la ayuda de los demás porque no quiere molestarlos?</p> <p>43. ¿A menudo dice o hace cosas provocando que los demás se enojen con Ud.?</p> <p>45. ¿No ha logrado muchas de sus metas?</p>	

NO. DE PREGUNTA			
TRASTORNO	AUSENTE	PRESENTE	ANÁLISIS
	48. ¿Hace casi siempre lo que es bueno para los demás en lugar de lo que es bueno para Ud.?		
	49. ¿Hace cosas por los demás incluso cuando no quieren que las haga o tratan de desanimarlo?		
PARANOIA	50. ¿A menudo tiene que estar alerta para detener a quienes lo utilizan o perjudican?	51. ¿Está inseguro de confiar en sus amistades o la gente que trabaja con Ud.?	Confía y no confía en sus amistades. Recuerda y olvida con facilidad a las personas que lo han insultado.
	51. ¿Esta inseguro de confiar en sus amistades o la gente que trabaja con Ud.?	53. ¿Es el tipo de persona que recuerda los agravios o toma mucho tiempo perdonar a quien lo ha insultado o despreciado?	Opina que es mejor no permitir que sepan demasiado de él pero confía en la fidelidad de su pareja.
	52. ¿Interpreta significados ocultos en lo que los demás dicen o hacen?	54. ¿Opina que es mejor no permitir que los demás sepan demasiado sobre Ud.?	
	53. ¿Es el tipo de persona que recuerda los agravios o toma mucho tiempo perdonar a quien lo ha insultado o despreciado?	55. ¿Se enoja a menudo porque alguien lo desaira o lo insulta de alguna manera?	
	55. ¿Se enoja a menudo porque alguien lo desaira o lo insulta de alguna manera?		
	56. ¿Sospecha de la fidelidad de su cónyuge o pareja sexual?		
ESQUIZO-TÍPICO	57. ¿Cuanto ve gente que está hablando a menudo se pregunta si estaban hablando de Ud.?		No se caracteriza por ser una población con pensamiento mágico. Es decir con rasgos esquizoides.
	58. ¿Ha sentido con frecuencia que las cosas están arregladas especialmente para Ud.?		
	59. ¿Se siente a menudo nervioso en un grupo de más de dos o tres personas que no conoce?		
	60. ¿Ha sentido que podía hacer que las cosas sucedieran solo con desearlas o pensando en ellas?		
	61. ¿Ha tenido experiencias de predicción de ver el futuro con brujos, de percepción extrasensorial, o de "sexto sentido"?		

NO. DE PREGUNTA			
TRASTORNO	AUSENTE	PRESENTE	ANÁLISIS
ESQUIZO-TÍPICO	62. ¿Confunde a menudo objetos o sombras con gente o ruidos con voces?		
	63. ¿Ha tenido la sensación que alguien o una fuerza extraña está cerca de U., aun cuando no pueda ver a alguien?		
ESQUIZOIDE	64. ¿Ha tenido la experiencia de ver a una persona o a usted mismo en el espejo y ver claramente que la cara le cambia?		
	65. Conducta o apariencia extraña o excéntrica - es descuidado, con manierismos inusuales o habla solo		
ESQUIZOIDE	66. Carencia de amigos o confidentes íntimos (o sólo tiene uno), al margen de parientes de primer grado (También en Esquizoide y por Evitación)		
	67. Lenguaje extraño (sin pérdida de asociaciones o incoherencia), por ejem Lenguaje empobrecido, divagatorio, vago o exageradamente abstracto		
ESQUIZOIDE	68. Afectividad inapropiada o limitada, por ejem frialdad, distanciamiento, raramente gestícula recíprocamente a expresiones faciales de los demás, como sonreír o mover la cabeza		
	69. Suspición o ideación paranoide		
ESQUIZOIDE	70. ¿Parece que nunca ha tenido realmente emociones fuertes, como mucho enojo o mucha alegría?		
	71. ¿Podría estar contento sin estar involucrado con su pareja sexualmente?		
ESQUIZOIDE	72. ¿No le importa mucho lo que la gente piense de Ud.?		
	73. OBS: No tiene amigos íntimos o confidentes (o sólo uno) aparte de los familiares en primer grado (También Esquizotípico y por Evitación)		

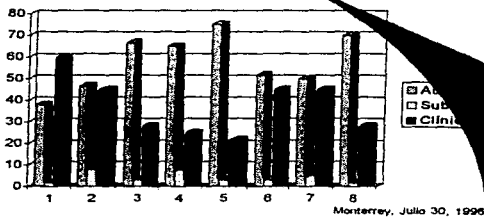
NO. DE PREGUNTA			
TRASTORNO	AUSENTE	PRESENTE	ANALISIS
	<p>Tiene una afectividad limitada, se muestra frío, distante, no gestícula recíprocamente a las expresiones faciales de los otros (como sonreír o mover la cabeza)</p>		
HISTRIÓNICO	<p>70. ¿Con frecuencia hace lo posible para que la gente lo alabe?</p> <p>71. ¿Coquetea mucho?</p> <p>72. ¿Se viste muy sexy a menudo cuando va a trabajar o a salir?</p> <p>73. ¿Le molesta más que a la mayoría de la gente si no se ve atractivo?</p> <p>74. ¿Expresa abiertamente su emociones, por ejern. Abraza a los demás cuando los felicita o llora fácilmente?</p> <p>75. ¿Le gusta ser el centro de atención?</p> <p>OBS. Manifiesta cambio rápido en el estado de ánimo a otro y la emoción no parece genuina.</p> <p>76. ¿Es el tipo de persona que no puede esperar a obtener lo que quiere si realmente lo quiere?</p> <p>OBS. Su estilo de lenguaje es excesivamente impresionista y no incluye detalles, por ejern. Cuando se le pide describir a su madre no va más allá de decir que "era buena persona".</p>	76. ¿Es el tipo de persona que no puede esperar a obtener lo que quiere si realmente lo quiere?	No tiene tolerancia a la demora pero el 43% opino que si puede
MARCISISTA	<p>77. ¿A menudo cuando lo critican se siente enojado, avergonzado o devaluado aun horas o días después?</p> <p>78. ¿Tiene que usar a veces a los demás para obtener lo que quiere?</p> <p>79. ¿A menudo habla melanciosamente a los demás sólo para lograr lo que quiere de ellos?</p> <p>80. ¿Siente ser una persona con talentos o habilidades especiales?</p>	80. ¿Siente ser una persona con talentos o habilidades especiales?	El 50% opino ser personas con talentos y habilidades especiales, pero el 46% dice que no tiene ese tipo de habilidades.

NO. DE PREGUNTA			
TRASTORNO	AUSENTE	PRESENTE	ANALISIS
NARCISISTA	<p>81. ¿Le han dicho que tiene una opinión demasiado elevada de Ud. Mismo?</p> <p>82. ¿Cuando tiene un problema insiste casi siempre en ver a la máxima autoridad para que lo atiendan?</p> <p>83. ¿Tiene fantasías sobre el logro de grandes cosas o ser famoso?</p> <p>84. ¿Tiene fantasías sobre tener un romance "perfecto"?</p> <p>85. ¿Es muy importante para Ud. Que los demás lo atiendan o lo admiren de alguna manera?</p> <p>87. ¿Ha mencionado los demás que no es comprensivo ni simpatiza con sus problemas?</p> <p>88. ¿A menudo siente envidia de los demás?</p>		
LIMITE	<p>90. ¿Ha hecho cosas impulsivamente?</p> <p>92. ¿Tiene con frecuencia explosiones de violencia o se pone tan enojado que pierde el control?</p> <p>93. ¿Golpea a las personas o lanza cosas cuando está iracundo?</p> <p>94. ¿Incluso pequeñas cosas le causan ira?</p> <p>98. ¿Cambia con frecuencia su manera de pensar sobre tipos de amigos o parejas que desea tener?</p> <p>99. ¿Se siente inseguro a menudo sobre cuáles son sus valores reales?</p> <p>101. ¿Se siente con frecuencia frenético cuando piensa que alguien que le interesa puede dejarlo?</p>	<p>89. ¿Sus relaciones con quienes le importan realmente tienen numerosas altas y bajas?</p> <p>91. ¿Es una persona con estado de ánimo "cambiante"?</p> <p>92. ¿Tiene con frecuencia explosiones de violencia o se pone tan enojado que pierde el control?</p> <p>93. ¿Golpea a las personas o lanza cosas cuando está iracundo?</p> <p>94. ¿Incluso pequeñas cosas le causan ira?</p> <p>100. ¿Se siente con frecuencia aburrido o vacío?</p>	<p>Acepta que sus relaciones interpersonales en ocasiones son muy buenas y en otros casos terribles. Cambia de ánimo constantemente, se siente aburrido.</p>

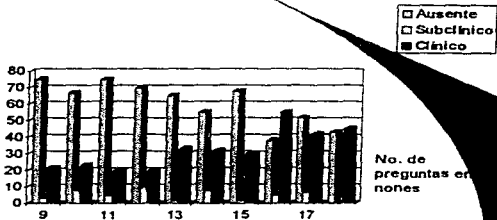
NO. DE PREGUNTA					
TRASTORNO	AUSENTE			PRESENTE	ANALISIS
LIMITE				101. ¿Se siente con frecuencia frenético cuando piensa que alguien que le interesa puede dejarlo?	
ANTISOCIAL	102	106	110		No se caracterizo por ser una poblacion antisocial
	103	107	111		
	104	108	112		
	105	109	113		



EVITACIÓN

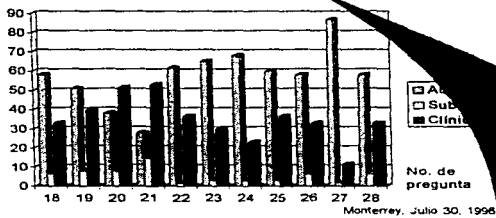


DEPENDENCIA

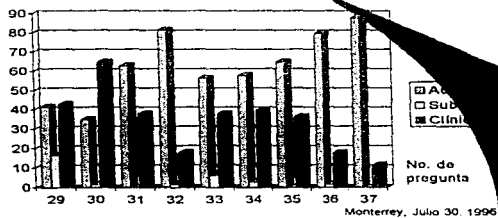




OBSESIVO/COMPULSIVO

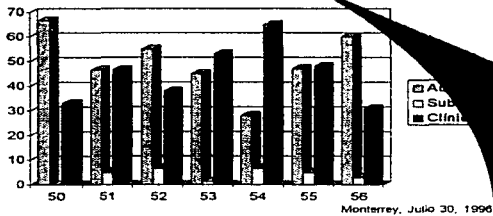


PASIVO/AGRESIVO

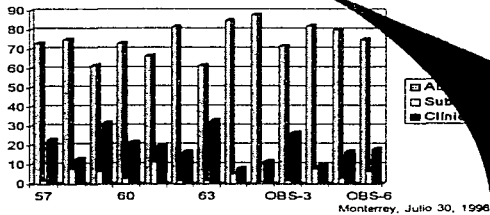




PARANOIA

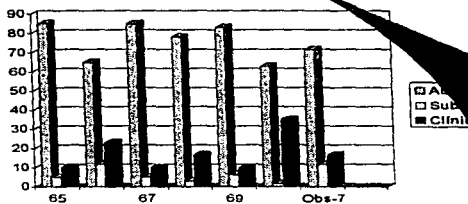


ESQUIZOTÍPICO





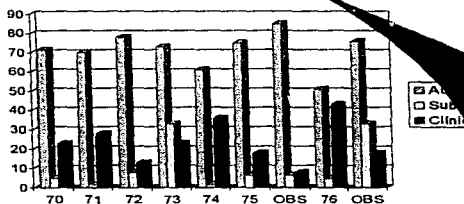
ESQUIZOIDE



Monterrey, Julio 30, 1996



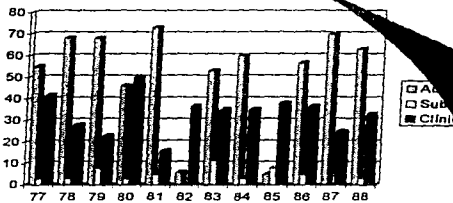
HISTRIÓNICO



Monterrey, Julio 30, 1996



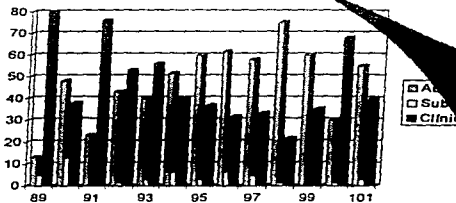
NARCISISTA



Monterrey, Julio 30, 1996



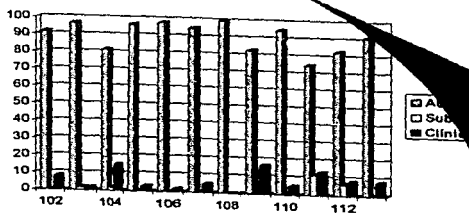
LIMITE



Monterrey, Julio 30, 1996



ANTISOCIAL



Monterrey, Julio 30, 1998

SOBRE LA CORRELACIÓN SCID II V.S. SCID II

Los resultados se describen en forma inicial en relación al trastorno límite por ocupar una mayor relevancia en la investigación "Psicoterapia Psicodinámica para Pacientes Fronterizos; Un modelo de investigación", de la cual se deriva esta tesis.

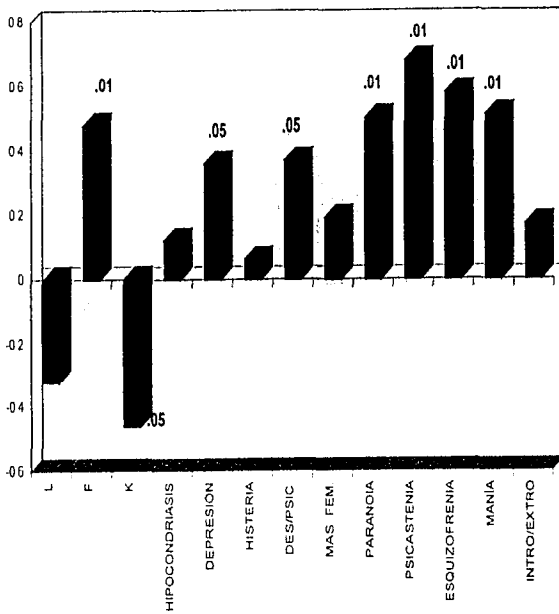
De acuerdo con la correlación de Spearman se observa que los trastornos que interactúan con el límite se muestra en el cuadro # 1

CUADRO # 1

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
LÍMITE	44	EVITACIÓN	4	20	
		DEPENDENCIA	8	48	.01
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	14	
		PASIVO AGRESIVO	16	.50	.01
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.40	.05
		PARANOIDE	24	.44	
		ESQUIZOTÍPICO	28	32	
		ESQUIZOIDE	32	-.08	
		HISTRIÓNICO	36	.38	.05
		NARCISISMO	40	.38	.05
		ANTISOCIAL	48	.34	

Lo que corresponde a sujetos que tienden a esperar la solución de sus problemas, culpan a otros de no hacer el esfuerzo que le corresponde a ellos, esto es, no se

CORRELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE VS. MMPI GRAFICA A



responsabilizan a veces, ni siquiera de su sobrevivencia, lo cual coincide con los resultados arrojados por el MMPI, donde la escala K tiene una tendencia negativa (gráfica A), y se refiere a que los sujetos son incapaces de resolver sus conflictos así mismo se correlaciona significativamente con el trastorno pasivo-agresivo (cuadro #1), donde por la incapacidad de actuar para resolver sus propios problemas, además de no obtener la gratificación correspondiente y ante la frustración producto de su propia pasividad, no se esfuerzan ni en lo que ellos son capaces o lo que está al alcance de su mano y obstaculizan la acción de otros mostrando así una agresión pasiva.

Así mismo se realizó la correlación con los otros once trastornos, mismos que se pueden observar a continuación.

CUADRO # 2

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
EVITACIÓN	4	DEPENDENCIA	8	.44	.05
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.33	
		PASIVO AGRESIVO	16	.44	.05
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.31	
		PARANOIDE	24	.25	
		ESQUIZOTÍPICO	28	.25	
		ESQUIZOIDE	32	.30	
		HISTRIONICO	36	-.26	
		NARCISISMO	40	-.21	
		LIMITE	44	.20	
		ANTISOCIAL	48	.33	

CUADRO # 3

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
DEPENDENCIA	8	EVITACION	4	.44	.05
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.16	
		PASIVO AGRESIVO	16	.31	
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.20	
		PARANOIDE	24	.13	
		ESQUIZOTÍPICO	28	.30	
		ESQUIZOIDE	32	.11	
		HISTRIÓNICO	36	.24	
		NARCISISMO	40	.13	
		LÍMITE	44	.48	.01
		ANTISOCIAL	48	.22	

CUADRO # 4

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
OBSESIVO COMPULSIVO	12	EVITACION	4	.33	
		DEPENDENCIA	8	.16	
		PASIVO AGRESIVO	16	.36	.05
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.47	.01
		PARANOIDE	24	.31	
		ESQUIZOTÍPICO	28	.21	
		ESQUIZOIDE	32	.28	
		HISTRIÓNICO	36	.06	
		NARCISISMO	40	.18	
		LÍMITE	44	.14	
		ANTISOCIAL	48	.33	

CUADRO # 5

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
PASIVO AGRESIVO	16	EVITACIÓN	4	.44	.05
		DEPENDENCIA	8	.31	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.36	.05
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.38	.05
		PARANOIDE	24	.55	.01
		ESQUIZOTÍPICO	28	.51	.01
		ESQUIZOIDE	32	.19	
		HISTRIÓNICO	36	.11	
		NARCISISMO	40	.36	.05
		LIMITE	44	.50	.01
		ANTISOCIAL	48	.27	

CUADRO # 6

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
AUTO - DESTRUCTIVO	20	EVITACIÓN	4	.31	
		DEPENDENCIA	8	.20	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.47	.01
		PASIVO AGRESIVO	16	.38	.05
		PARANOIDE	24	.45	.05
		ESQUIZOTÍPICO	28	.36	.05
		ESQUIZOIDE	32	.34	
		HISTRIÓNICO	36	.08	
		NARCISISMO	40	.21	
		LIMITE	44	.40	.05
		ANTISOCIAL	48	.50	.01

CUADRO # 7

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
PARANOIDE	24	EVITACION	4	.25	
		DEPENDENCIA	8	.13	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.31	
		PASIVO AGRESIVO	16	.56	.01
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.45	.05
		ESQUIZOTIPICO	28	.45	.05
		ESQUIZOIDE	32	.32	
		HISTRIONICO	36	.19	
		NARCISISMO	40	.43	.05
		LIMITE	44	.44	.05
		ANTISOCIAL	48	.45	.05

CUADRO # 8

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
ESQUIZOTIPICO	28	EVITACION	4	.25	
		DEPENDENCIA	8	.30	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.21	
		PASIVO AGRESIVO	16	.51	.01
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.36	.05
		PARANOIDE	24	.45	.05
		ESQUIZOIDE	32	.27	
		HISTRIONICO	36	.12	
		NARCISISMO	40	.26	
		LIMITE	44	.32	
		ANTISOCIAL	48	.37	.05

CUADRO # 9

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
ESQUIZOIDE	32	EVITACION	4	.30	
		DEPENDENCIA	8	-.11	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.28	
		PASIVO AGRESIVO	16	.19	
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.34	
		PARANOIDE	24	.32	
		ESQUIZOTIPICO	28	.27	
		HISTRIONICO	36	-.17	
		NARCISISMO	40	.07	
		LIMITE	44	-.08	
		ANTISOCIAL	48	.43	.05

CUADRO # 10

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
HISTRIONICO	36	EVITACION	4	.26	
		DEPENDENCIA	8	.24	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.06	
		PASIVO AGRESIVO	16	.11	
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.08	
		PARANOIDE	24	.19	
		ESQUIZOTIPICO	28	.12	
		ESQUIZOIDE	32	.17	
		NARCISISMO	40	.49	.01
		LIMITE	44	.38	.05
		ANTISOCIAL	48	.00	

CUADRO # 11

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
NARCISISMO	40	EVITACIÓN	4	-.21	
		DEPENDENCIA	8	.13	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.18	
		PASIVO AGRESIVO	16	.36	.05
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.21	
		PARANOIDE	24	.43	.05
		ESQUIZOTÍPICO	28	.26	
		ESQUIZOIDE	32	.07	
		HISTRIÓNICO	36	.49	.01
		LÍMITE	44	.38	.05
ANTISOCIAL	48	.21			

CUADRO # 12

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	
ANTISOCIAL	48	EVITACIÓN	4	.33	
		DEPENDENCIA	8	.22	
		OBSESIVO COMPULSIVO	12	.33	
		PASIVO AGRESIVO	16	.27	
		AUTO - DESTRUCTIVO	20	.50	.01
		PARANOIDE	24	.45	.05
		ESQUIZOTÍPICO	28	.37	.05
		ESQUIZOIDE	32	.43	.05
		HISTRIÓNICO	36	.00	
		NARCISISMO	40	.21	
LÍMITE	44	.34			

El trastorno más sobresaliente de acuerdo al nivel de significancia obtenida, se refiere al pasivo agresivo cuadro # 13, que se relaciona con 7 trastornos del SCID II. Esto es, los sujetos encuestados muestran una resistencia pasiva a las demandas de rendimiento social y profesional, como el retrasar tareas que le piden o es el tipo de persona que se irrita con facilidad si alguien le pide hacer algo que no quiere hacer.

A este trastorno le siguen en orden de significancia, el limite, arriba señalado, (pag.118) el autodestructivo y el paranoide, ambos relacionados con el mismo número de trastornos y se refieren a sujetos con ideas persecutorias, tendientes a devaluarse y a dejarse llevar por situaciones o relaciones que le causen sufrimiento e impiden que les ayuden.

CUADRO # 13

TRASTORNO	NÚMERO DE TRASTORNOS CORRELACIONADOS
PASIVO AGRESIVO	7
LÍMITE	6
AUTODESTRUCTIVO	6
PARANOIDE	6
ESQUIZOTÍPICO	4
NARCISISMO	4
ANTISOCIAL	4
EVITACIÓN	2
DEPENDENCIA	2
OBSESIVO COMPULSIVO	2
HISTRIÓNICO	2
ESQUIZOIDE	1

SOBRE LA CORRELACIÓN TRASTORNO LIMITE VS. MMPÍ

Al igual que la correlación anterior, se observa que el trastorno límite se obtuvo nivel de significancia con 8 escalas del MMPÍ, cuadro # 14, cuyos resultados se describen a sujetos bajo fuerte tensión interna (escala F), in incapacidad de resolver sus problemas (escala K), falta de control de impulsos (escala 4) promovidos por fantasías persecutorias (escalas 8 y 6), lo que tal vez provoque un sin fin de actividades sin estructura (escala 9), sin que concluyan la mayoría de ellas.

CUADRO # 13

TRASTORNO	VARIABLE	TRASTORNO	No. escala	VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA		
LIMITE	44	L		49	-32		
		F		50	.48	.01	
		K		51	-46	.05	
			HIPOCONDRIASIS	1	52	.12	
			DEPRESION	2	53	.36	.05
			HISTERIA	3	54	.06	
			DESV. PSIC.	4	55	.37	.05
			MASC. FEM.	5	56	.19	
			PARANOIA	6	57	.50	.01
			PSICASTENIA	7	58	.68	.01
		ESQUIZOFRENIA	8	59	.58	.01	
		MANIA	9	60	.51	.01	
		INTRO-EXTRA	0	61	.17		

En lo que se refiere al MMPI las escalas que por su nivel de significancia se destacan en orden de mayor a menor con otras escalas.

CUADRO # 15

No. de Escala	TRASTORNO	NÚMERO DE TRASTORNOS CORRELACIONADOS
4	DESVIACION PSICOPÁTICA	10
8	ESQUIZOFRENIA	10
	K	8
6	PARANOIA	8
	F	7
2	DEPRESIÓN	7
7	PSICASTENIA	7
0	INTROVERSIÓN	6
	EXTROVERSIÓN	
1	HIPOCONDRIASIS	5
3	HISTERIA	5
9	MANÍA	5
	L	1

En la relación anterior se puede observar en la tercer columna de cuadro # 15, destacan las escala 4 y 8 que se refieren a sujetos con falta de control de impulsos y con poco contacto al mundo exterior o sea a la realidad, le siguen las escalas K y 6 que muestra que tienen dificultad para resolver sus problemas y mantiene ideas persecutorias; de acuerdo a la escala F y 7, se encuentran tan angustiados por la tensión interna que en ocasiones esto le permite detener el impulso combinado por la culpa derivada de sus actuaciones, llevándolos a un estado de depresión escala 2.

DISCUSIÓN

El cuestionario facilitó la entrevista desde el inicio, dado que por el tipo de preguntas permite que el sujeto se describa a sí mismo como primer punto, para detectar la existencia o no de la difusión de identidad, sintoma patognomónico de la Organización Limitrofe de la Personalidad, de acuerdo con Kernberg. Y se continúa con las siguientes preguntas:

- ⇒ ¿Como se describiría Ud. Mismo como persona?
- ⇒ ¿Como cree que los demás lo describirían como persona ?
- ⇒ ¿Quienes han sido las personas importantes en su vida?
- ⇒ ¿Como se ha llevado con ellas?
- ⇒ ¿Piensa que la manera general en que reacciona a situaciones o como se comporta con los demás, le ha causado problemas con alguno de ellos?
- ⇒ ¿Que tipos de cosas ha hecho que le molestan a los demás?
- ⇒ ¿En que emplea su tiempo libre?
- ⇒ Si pudiera cambiar su personalidad de alguna manera, ¿En que le gustaría ser diferente?

Esta estrategia está basada en la entrevista estructural y es el acceso a las preguntas de los once trastornos contenidos en el SCID II.

Como se puede observar en los resultados, los trastornos se identificaron claramente en la mayoría de las personas encuestadas, los cuales coexisten como síntomas exhibidos o no con el trastorno límite.

De lo anterior resulta que una de las ventajas de la prueba, es identificar en forma independiente el trastorno individual.

Los resultados de cada bloque de preguntas correspondiente a cada trastorno lo que nos permite observar en los pacientes el síntoma, que en forma manifiesta presenta en su conducta diaria, mientras los que no son expresados abiertamente podemos inferir que son síntomas de los cuales el paciente no es consciente, pero con seguridad pueden ser observados a lo largo de la relación terapéutica.

Los sujetos que aparecen dentro de la estructura límite presentaron algunos de los mecanismos defensivos propios de dicho trastorno, y sin embargo en algunos predomina la negación, mientras que en otros la identificación proyectiva, cabe presuponer las que no aparecen en una u otra en el cuestionario se debe a la falta de conciencia del sujeto de este mecanismo, que sin embargo emergerá en el proceso terapéutico.

Los pacientes límite se pueden definir con características dependientes sin la presencia de rasgos esquizotípicos y esquizoides una limpieza en el diagnóstico

diferencial en la muestra entre dos tipos de trastornos y aunque aparecen algunos rasgos histriónicos y casi un 50 % respondió tener talentos y habilidades especiales no predomina el trastorno narcisista

Como se ve en los resultados sin embargo algunos reactivos pueden no tener suficiente validez de construcción y habría que analizar mas profundamente si se tienen que rehacerse para darles mayor validez puesto que se puede visualizar en las preguntas 2, 17, 19, 28, 29, 34, 38, 39, 40, 43, 46, 51, 53, 55, 76, 80, 92, 93, 94, lo cual nos hace reflexionar sobre la necesidad de validarla con una muestra mas amplia.

En este mismo orden de ideas, nos parece interesante que casi en la totalidad de la muestra no aparecen rasgos antisociales, lo cual podría tener diversas explicaciones, como el hecho de que estos pacientes tuvieran suficiente conciencia de enfermedad que los lleva a solicitar tratamiento sin colocar la causa básica de su trastorno en el afuera, como lo hace el psicópata. Otra explicación podría ser que los reactivos no están contruidos para captar rasgos psicopáticos más encubiertos. Otra sería que la agresión en lugar de volcarse hacia el exterior se vuelca hacia dentro coincidiendo así con la correlación significativa hacia la destrucción que sí se presenta. Seria importante sujetar las preguntas de este trastorno a un análisis más profundo también.

Es importante resaltar que el 78% de la muestra valorada tiene características límite y de este el 42% coincide con el diagnóstico clínico manteniéndose en tratamiento hasta la fecha así mismo en la investigación, lo cual muestra que la demanda de atención psicológica y la necesidad de entrenar terapeutas que puedan manejar los instrumentos de valoración y técnica psicológica para diagnosticar y ayudar a estos pacientes.

En cuanto a la correlación del total de SCID II con el trastorno límite, nos confirma las características obtenidas en el análisis del SCID II, y de acuerdo con el MMPI las escalas que predominaron son aquellas que con base a la sintomatología de la organización límite de la personalidad, estos sujetos presentan dos pares de escalas en el MMPI que parecen corroborar la posición esquizo paranoide, clínicamente, todos siguiendo a Klein, que desde el punto de vista teórico implica una representación parcial del objeto y del sí mismo, así como una inadecuada separación siguiendo a Mahler, muestran buena prueba de realidad pero actúan fuera de ella, se angustian con facilidad y están constantemente deprimidos.

Sería importante que estos resultados se corroboraran con las escalas que han sido investigadas por la Dra. Emilia Lucio, Investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en su libro: Manual para la Administración y Calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI 2⁴.

⁴ Ed. Manual Moderno, México, D.F., 1996.

CONCLUSIONES

- 1) El SCID II es un instrumento útil, que permite el acercamiento con el paciente y desde un inicio marca las pautas para elaborar el diagnóstico diferencial.
- 2) También es útil para facilitar en el paciente una conciencia de enfermedad y de la gravedad, de la misma, ya que participa activamente en la discusión de sus síntomas y al reflexionar sobre ellos es capaz de autoconfrontarse, facilitando así su entrada al tratamiento.
- 3) El SCID II debe ser aplicado previa capacitación para su uso.
- 4) La aplicación de 60 sujetos indica la gran cantidad de personas que padece el trastorno límite en la población.
- 5) Lo anterior se observa con una prueba ya estandarizada en México, como es el MMPI.
- 6) Se requiere de un análisis más profundo de algunos reactivos, así como su aplicación en un mayor número de personas.

- 7) Se requiere de una reconstrucción de la escala psicopática o de su aplicación a una muestra mayor.
- 8) Los criterios para calificar los síntomas del SCID II original, no aclara las bases con que se sustentaron para determinar el número de signos o síntomas que debe tener el trastorno.
- 9) Este análisis del SCID II es el primero que se reporta en cuanto a su nivel de significancia, pues no se encontró ningún dato bibliográfico, ni en algún artículo al respecto en la literatura especializada⁵.
- 10) El estudio sobre el SCID II es el primer paso importante pero que necesita continuarse para ser más fructífero.

⁵ Corroborado y confirmado por el Dr. John F. Clarkin, Metodólogo de la Investigación de pacientes con organización limítrofe de la personalidad en el New York Hospital—Cornell Medical Center. El 14 de Noviembre de 1996.

SUGERENCIAS

- A. No es recomendable que se tome como únicos o totalmente verdaderos los resultados que se obtienen del SCID II, es aconsejable que se compare con otras pruebas y/o el diagnóstico clínico, con el fin de que se analice en conjunto todos los datos.**

- B. Es conveniente que el entrevistador esté familiarizado con el DSM III R o el DSM IV**

- C. El entrevistador deberá tener conocimientos de la entrevista estructural y ser entrenado para la aplicación del SCID II.**

- D. En caso de que alguna de las respuestas no corresponda a la pregunta es conveniente elaborarla a partir del síntoma descrito en la segunda columna. Si aún así no queda claro, entonces se deberá calificar con el signo de interrogación “?”**

- E. Al término de la aplicación los resultados deberán registrarse en la hoja donde se codifica cada uno de los trastorno.**

F. La entrevista no es conveniente aplicarla en forma colectiva, debido a que se perdería mucha información del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R.- 1988.- Barcelona España
2. Anastasi Anne.- Psicología diferencial.- Ed. Aguilar.- 1971.- México.
3. Anastasi Anne.- Psychology Testing.- Madrid España.- 1971
4. Clarkin John F. and Cols.- Psychodynamic Psychotherapy of the Borderline Patient.- Chapter 12.- N.Y. E.U.
5. Hugh Coolican.- Métodos de Investigación y Estadística en Psicología.- Manual Moderno.- 1994.- México, D.F.- Santa Fé de Bogotá
6. Kernberg F. Otto.- Trastornos Graves de la Personalidad.- Ed.- Manual Moderno.- 1987. Traducción de la edición en inglés de 1984.- N.Y. E.U.
7. Kolb Lawrence C.- Noves Psiquiatría Clínica Moderna.- De. ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.- 1992.- México.
8. Lara Muñoz y Ortega Soto.- ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la Práctica Psiquiátrica.- Instituto Mexicano de Psiquiatría.- 199
9. Magnusson David.- Teoría de los Tests.- Ed. Trillas.- 1985. México
10. Mergagee Edwin.- Métrica de la Personalidad.- Ed. Trillas.- 1971.- México
11. Sindney Siegel.- Estadística No Paramétrica.- Ed. Trillas.- 1980.- México
12. Sreenberg Leslie S. Pinfof William M.- The Psychotherapeutic Process a Research Handbook.- Ed.- The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc.- New York, N.Y.- Library of Congress Cataloging in Publication Data.- 1986.
13. Spitzer Robert L., Md, Williams Janet B.W., D.S.W., Gibson Miriam, M.S.W., First Michel B., M.D.- SCID- Guía del Usuario. N.Y. E.U.
14. Trotter Robert T., Price Laurie J., Translation/Back Translation Protocol E.H.O. CAR Project.- Dept. of Anthropology Northern Arizona University.

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL
DSM-III-R

SCID-II (Versión 1.0)

Robert L. Spitzer, M.D., Janet B. W. Williams, D.S.W.,
Miriam Gibbon, M.S.W., y Michael B. First, M.D.

Sujeto: Estudio No. _____

Edad: Sexo: Escolaridad:

Originario No. Ident. _____

Ocupación:

Calificador: _____ Calif. No. _____

Teléfono: calificador es: Entrevistador 1
Observador 2

Fecha de Entrevista: _____
Mes Día Año

Evaluación: Inicial 1
Reevaluación 2

Fuentes de información
(marcar lo que aplique)

- Sujeto
 Familia/amistades/compañeros
 Profesional de la Salud/expediente/
nota de referencia
 Cuestionario de Personalidad
del SCID-II

____ Consulta con: _____

Editado y verificado por: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. y Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia, A.C.

HOJA DE RESULTADOS DEL RESUMEN - SCID-II

Evaluación global de la calidad y lo completo de la información:

1 = pobre, 2 = suficiente, 3 = buena, 4 = excelente

Duración de la entrevista (minutos) ____ ____ ____

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

ÍNDICE DIAGNOSTICO

SEVERIDAD ACTUAL
(año pasado)

	INFORM. INADECUADA	AUSENTE	SUB- CLÍNICA	PRESENTE
01 Por evitación	?	1	2	3
02 Por dependencia	?	1	2	3
03 Obsesivo-Compulsivo	?	1	2	3
04 Pasivo-Agresivo	?	1	2	3
05 Autodestructiva	?	1	2	3
06 Paranoide	?	1	2	3
07 Esquizoipico	?	1	2	3
08 Esquizoide	?	1	2	3
09 Histriónico	?	1	2	3
10 Narcisista	?	1	2	3
11 Limite	?	1	2	3
12 Antisocial	?	1	2	3
13 NOS	?	1	2	3

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL EJE II (es decir, el Trastorno de la Personalidad que es -o debería ser- el foco principal de la atención clínica)

Registre el número de código a la izquierda del diagnóstico de arriba: ____ ____

Nota: Registre 99 si no hay trastornos del Eje II.

4-MOR-95

REVISIÓN GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Ahora voy a preguntarle sobre el tipo de persona que es Ud., o sea, como se ha sentido o comportado en general

¿ Tiene alguna pregunta al respecto ?

¿ Cómo se describiría Ud. mismo como persona (antes de los SÍNTOMAS DEL EJE I) ?

SI NO PUEDE CONTESTAR, PROSIGA

¿ Cómo cree que los demás lo describirían como persona ?

¿ Quiénes han sido las personas importantes en su vida ? (SI SOLO MENCIONA FAMILIARES: ¿ Y de sus amistades ?)

¿ Cómo se ha llevado con ellas ?

¿ Piensa que la manera general en que reacciona a cosas o que se comporta con los demás, le ha causado problemas con alguno ? (¿ En su casa ? ¿ En la escuela ? ¿ En el trabajo ?) (¿ De qué manera ?)

¿ Qué tipos de cosas ha hecho que le molestan a los demás ?

¿ En qué emplea su tiempo libre ?

Si pudiera cambiar su personalidad de alguna manera, ¿En qué le gustaría ser diferente ?

SCID-II (Versión 1.0)

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
POR EVITACIÓN

Personalidad por Evitación 1

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DE LA
PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

Una pauta generalizada de malestar en el contexto social, miedo a una evaluación negativa y temor que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos en cuatro de los siguientes rasgos

- | | | | | | |
|---|--|----------|----------|----------|----------|
| <p>1. ¿Son sus sentimientos fácilmente lastimados más que la mayoría de la gente si alguien lo critica o desaprueba algo que dijo o hizo?</p> | <p>(1) fácilmente es lastimado por críticas o desaprobación (También en Dependencia)</p> | <p>?</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> |
| <p>2. ¿Existen contadas personas con quienes realmente se siente cercano fuera de su familia inmediata?</p> | <p>(2) no tiene amigos cercanos o confidentes (o sólo uno) aparte de los familiares de primer grado (También en Esquizoide y Esquizotípico)</p> | <p>?</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> |
| <p>¿Cuántos amigos cercanos tiene (en quienes Ud. confía) ?</p> | <p>(Nota: la esposa(o) puede contarse como confidente)</p> | | | | |
| <p>3. ¿Evita involucrarse con gente a menos que esté seguro que les va a agradar?</p> | <p>(3) no desea involucrarse con gente a no ser que esté seguro que les agrada</p> | <p>?</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> |
| <p>Si no sabe si agrada a alguien, ¿Haría el primer intento para conocerlo?</p> | <p>3 = casi nunca toma la iniciativa para involucrarse en una relación social</p> | | | | |
| <p>4. ¿Evita situaciones sociales en que podría tener que hablar con otras personas?</p> | <p>(4) evita actividades sociales o laborales que involucren contacto personal importante, por ej: rechaza una promoción que aumente las demandas sociales</p> | <p>?</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> |
| <p>Deme unos ejemplos.</p> | <p>3 = por lo general evita situaciones sociales o laborales en que es de esperarse una conversación recíproca</p> | | | | |
| <p>5. ¿Ha evitado trabajos que involucraban tratar con mucha gente?</p> | <p>(5) es reservado en situaciones sociales por temor a que algo inapropiado o tanto o no poder responder a preguntas</p> | <p>?</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> |
| <p>Deme unos ejemplos</p> | <p>3 = reconoce ser casi siempre reservado (con gente que no sean amistades cercanas)</p> | | | | |
| <p>¿¿Ha rehusado alguna vez una promoción porque involucraría el trato con más gente del número con quien se sentiría cómodo ?</p> | | | | | |
| <p>6. ¿Es con frecuencia reservado en situaciones sociales por temor de decir algo equivoco?</p> | <p>3 = reconoce ser casi siempre reservado (con gente que no sean amistades cercanas)</p> | | | | |
| <p>Deme unos ejemplos</p> | | | | | |
| <p>¿¿Qué teme que suceda? ¿Es considerado por los demás como persona reservada?¿</p> | | | | | |

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

—MOR 83

SCID II (Versión 1.0)

Personalidad por Evitación 2

7. ¿Ha temido con frecuencia verse nervioso o tenso, o llorar sonrojarse frente a los demás?

(6) tiene miedo a quedar en ridículo ante los demás por el hecho de sonrojarse, llorar o manifestar signos de ansiedad

? 1 2 3

Dígame más sobre eso

3 = reconoce temores frecuentes que los demás noten signos de ansiedad o llanto o sonrojo

(¿ Evita situaciones en que pudiera verse nervioso o tenso, o pudiera revelar sus emociones ?)

8. ¿Numerosas cosas le parecen peligrosas o difíciles aunque la mayoría de la gente no las ve así?

(7) exagera las dificultades potenciales, los peligros físicos o los riesgos involucrados al hacer algo común pero fuera de su rutina habitual, por ej. puede cancelar planes sociales a último momento porque piensa que estará cansado del esfuerzo al llegar al lugar donde se celebran

? 1 2 3

¿ Qué tipo de cosas ?

(¿ Evita hacer cosas que estén fuera de su rutina habitual ?)

3 = diversos ejemplos de evitar actividades evitación que la mayoría de los demás consideran seguras o que requieren poco esfuerzo

MÍNIMO CUATRO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3"

1 3

7=información inadecuada
4=NON 95

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad por Dependencia 3

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

CRITERIOS PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

		Una pauta generalizada de conducta dependiente y sumisa, desde el inicio de la vida adulta y presente en diversos contextos, como se indica al menos en 5 de los siguientes rasgos				
9.	¿Necesita numerosos consejos o recomendaciones de los demás antes de tomar decisiones cotidianas?	(1) es incapaz de tomar decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos y recomendaciones de los demás	7	1	2	3
	¿Puede darme unos ejemplos de los tipos de decisiones para los que buscaría consejos o recomendaciones?	3 = reconoce que esto ocurre la mayoría de los días				
	(¿ Sucede esto la mayoría de los días?)					
10.	¿Ha permitido que los demás tomen decisiones importantes por Ud ?	(2) permite que los demás tomen la mayoría de sus decisiones importantes, por ej. dónde vivir, que trabajo tomar	7	1	2	3
	Déme ejemplos de decisiones específicas que ha permitido que los demás tomen por Ud , mas que sólo pedir su consejo	[Nota: No incluir consejos de otras personas o conducta que este determinada culturalmente esperada]				
	(¿ Ha sucedido esto con la MAYORÍA de sus decisiones importantes en la vida?)	3 = varios ejemplos				
11.	¿Esta con frecuencia de acuerdo con los demás aunque opine que estan equivocados?	(3) está de acuerdo con los demás aun cuando piensa que están equivocados, por temor a ser rechazado	7	1	2	3
	Déme ejemplos de cuando ha hecho esto	[Nota: No solo estar callado]				
	(¿ Que teme que pueda suceder si está en desacuerdo? ¿Siempre hace esto?)	3 = diversos ejemplos o reconoce el rasgo				
12.	¿Encuentra difícil empezar o trabajar en tareas cuando no hay nadie que lo ayude?	(4) tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por si mismo	7	1	2	3
	Déme unos ejemplos.	3 = reconoce que casi siempre tratar de evitar empezar cosas o trabajar independientemente, y al menos un ejemplo				
	(¿Tiene problemas para tomar la iniciativa? ¿Trata casi siempre de evitar trabajar en forma independiente?)					

7=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

UMOH 95

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad por Dependencia 4

<p>13. ¿Ha hecho con frecuencia cosas desagradables o degradantes para lograr que lo quieran?</p>	<p>(5) acepta hacer voluntariamente cosas desagradables para él con el fin de agradar a los demás</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Deme ejemplos de este tipo de cosas (¿Se ofreció para hacer voluntariamente esas cosas? ¿Lo ha hecho con frecuencia?)</p>	<p>[Nota: No incluya conducta con intención de lograr metas que no sean agradar, como una progresar en el trabajo]</p>	
<p>14. ¿Prefiere NO estar solo? ¿Porqué ?</p>	<p>(6) se siente incomodo o desvalido cuando está solo, o hace grandes esfuerzos para evitar esa situación</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>15. ¿Hace cosas con frecuencia para evitar estar solo? ¿Qué tipo de cosas hace para evitar estar solo ? ¿Con qué frecuencia ?</p>	<p>3 = reconoce estar angustiado con frecuencia cuando está solo o hace grandes esfuerzos para evitar estar solo</p>	
<p>16. ¿Se sintió desamparado o devastado cuando terminó una relación cercana? ¿ Como fué eso ? ¿ Ha reaccionado de esta manera la mayoría de las ocasiones en que se terminaron las relaciones íntimas ?</p>	<p>(7) se siente devastado desvalido cuando terminan las relaciones íntimas 3 = reconoce que esto sucede cuando las relaciones más íntimas terminan</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>17. ¿Se preocupa demasiado de que sus seres queridos lo abandonen? ¿ Es frecuente su preocupación por ésto ?</p>	<p>(8) se preocupa con frecuencia con el temor de ser abandonado 3 = reporta que se preocupa continuamente sobre ser abandonado</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>VER POR EVITACIÓN #1 (pág 1)</p>	<p>(9) es facilmente lastimado por criticas o desaprobación (También en Por Evitación)</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>MÍNIMO CINCO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3"</p>	<p>1 3</p>

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

✓MOR-05

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Obsesivo-Compulsiva 5

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
OBSESIVO-COMPULSIVA

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DE LA
PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO

Una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad, que se inicia desde la vida adulta y está presente en diversos contextos como se indica al menos por cinco de las siguientes características

- | | | |
|--|---|----------------|
| <p>18. ¿Tiene problemas para terminar trabajos porque pasa mucho tiempo tratando de que las cosas queden perfectamente correctas?</p> <p>Deme unos ejemplos</p> <p>(¿ Con que frecuencia sucede esto ?)</p> | <p>(1) perfeccionismo que interfiere con la terminación de la tarea, por ej. incapacidad para terminar un proyecto debido a que los criterios del sujeto, exageradamente estrictos, no se cumplen</p> <p>3 = diversos ejemplos de tareas no terminadas o con retraso importante debido al perfeccionismo.</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>19. ¿Es una persona que se entoca en los detalles, el orden y la organización, o que le gusta hacer listas y programas?</p> <p>Deme unos ejemplos</p> <p>(¿ Existen ocasiones en que está tan entredado en eso (EJEMPLOS) que se le olvida lo que está tratando de hacer?)</p> <p>¿ Sucede esto con frecuencia ?</p> | <p>(2) preocupación por detalles, normas, listas, orden, organización, u horarios al grado de perder el punto principal de la actividad</p> <p>3 = diversos ejemplos o reconoce el riesgo</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>20. ¿Insiste ocasiones en que los demás hagan las cosas exactamente de la manera que Ud. Quiere?</p> <p>Deme unos ejemplos</p> <p>(SI ES IRRACIONAL ¿ Sucede esto con frecuencia ?)</p> | <p>(3) insistencia irrazonable de que los demás obedezcan exactamente a su manera de hacer las cosas, O reticencia irrazonable en permitir que los demás hagan cosas por la convicción que no las harán correctamente</p> <p>3 = al menos un ejemplo y reconoce que sucede con frecuencia</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>21. ¿Hace Ud. mismo las cosas porque sabe que nadie más las hará exactamente correctas?</p> <p>Deme unos ejemplos</p> <p>(SI ES IRRACIONAL ¿ Sucede esto con frecuencia ?)</p> | | |

7=información inadecuada
-MOR-95

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión)

Personalidad Obsesivo-Compulsiva 6

22. ¿Siente Ud. o su familia que está tan dedicado al trabajo (o escuela) que no deja tiempo para los demás o para divertirse?

Dígame sobre esto.

(¿ Cuánto tiempo ha dejado para otras cosas? ¿Es de esta manera generalmente?)

23. ¿Tiene en ocasiones problemas para tomar decisiones por que no puede decidir que hacer o cómo hacerlo?

Deme unos ejemplos.

(¿ Sucede eso con frecuencia ?
¿Es eso porque no puede tomar decisiones sin el consejo de los demás ?)

24. ¿Es Ud. más estricto que los demás acerca de lo que está correcto y lo que está equivocado cultural o religioso?

Deme unos ejemplos de sus exigencias.

(¿ Le han dicho los demás que es demasiado rígido sobre lo que piensa que está correcto o está equivocado?)

25. ¿Se enoja con frecuencia con individuos que rompen las reglas?

¿ Que tipos de normas ?

26. ¿Se han quejado los demás que no es (Ud.) suficientemente afectivo? Cuenteme más sobre eso.

(¿ Es Ud. el tipo de persona que en rara vez abraza o besa a alguien que le quiere, o que rara vez le demuestra cuánto le importan ?)

(4) devoción excesiva al trabajo y a la productividad, excluyendo amistades y actividades recreativas (que no se explica además por necesidades económicas obvias)

[Nota: Tampoco explicado por requerimientos temporales de trabajo]

3 = reconoce el rasgo o lo reportan los informantes

(5) indecisión: la toma de decisiones se evita, se pospone o se delega, por ej. el sujeto no puede hacer las cosas a tiempo por estar pensando en prioridades (NO INCLUIR SI INDECISION SE DEBE A NECESIDAD EXCESIVA DE CONSEJOS O RECOMENDACIONES DE LOS DEMÁS)

(6) excesivamente consciente, escrupuloso, o inflexible sobre materias de moral, ética o valores (no explicados por identificación)

3 = reconoce el rasgo o proporciona diversos ejemplos de mantenerse a sí mismo y a los demás dentro de criterios morales altamente rígidos.

(7) expresión restringida de los afectos

3 = reconoce que casi nunca muestra sentimientos tiernos

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Obsesivo-Compulsiva 7

27. ¿Rara vez da regalos, tiempo, o hace favores a los demás?

(8) falta de generosidad en dar tiempo, dinero o regalos cuando no hay posibilidad de obtener ganancia personal

? 1 2 3

Cuénteme sobre ello.

3 = mucho más que la mayoría de individuos

(¿Lo consideran algunos como avaro?)

28. ¿Tiene problemas para deshacerse de cosas porque piensa que pueden servir algún día?

(9) incapacidad de desecher objetos usados e inútiles incluso cuando carecen de valor sentimental

? 1 2 3

Déme unos ejemplos de cosas que haya sido incapaz de desecher

3 = reconoce que este rasgo produce el amontonamiento de su ambiente

(¿ Qué tan amontonada llega a estar su casa porque no desecha cosas ?)

MÍNIMO CINCO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3"

1 3

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

4-4000-10

SCID-II (Versión 1.0)

**TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO
DE LA PERSONALIDAD**

Pasivo-Agresivo de la Personalidad

**CRITERIOS PARA TRASTORNO PASIVO-
AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD**

Una pauta generalizada de resistencia pasiva a las razonables demandas de rendimiento social y profesional, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos, como se indica en un mínimo de cinco de las sig. características

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <p>29. ¿Retrasa con frecuencia la ejecución de tareas, que los demás le piden que haga hasta el último minuto?</p> <p>¿ Puede darme unos ejemplos de esto ? (¿ Termina con frecuencia NO ejecutando estas tareas a tiempo?)</p> | <p>(1) retrasos, es decir, demora la ejecución de tareas, de modo que no se cumplan los plazos</p> <p>3 = reconoce retrasos frecuentes en ejecutar tareas de manera que no se cumplan plazos</p> | <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> |
| <p>30. ¿Es el tipo de persona que se irrita o se pone malhumorado si alguien le pide hacer algo que no quiere hacer?</p> <p>Deme unos ejemplos de esto.</p> <p>(¿ Existen individuos que lamentan haberle pedido hacer algo por la expresión de su cara o porque les complica la situación?)</p> | <p>(2) se pone malhumorado, irritable o discutiador cuando se le pide hacer algo que no quiere hacer</p> <p>3 = al menos un ejemplo y reconoce el rasgo</p> | <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> |
| <p>31. ¿Es el tipo de persona que trabaja muy lentamente o que ejecuta un trabajo mal cuando le piden algo que realmente no quiere hacer?</p> <p>Deme unos ejemplos de esto</p> | <p>(3) parecen trabajar deliberadamente lento o hace mal las tareas que realmente no quiere hacer</p> <p>3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reco noce el rasgo</p> | <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> |
| <p>32. ¿Con frecuencia le pide la gente cosas irrazonables?</p> <p>Deme unos ejemplos.</p> <p>(¿ Ha sucedido esto con otra gente ?)</p> | <p>(4) reclamos injustificables de que los demás le piden cosas sin razón</p> <p>3 = diversos ejemplos de protestas injustificadas</p> | <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> |
| <p>33. ¿Tiende a "olvidar" hacer cosas que supuestamente deben hacer, si realmente no quiere hacerlas?</p> <p>Deme unos ejemplos de esto.</p> | <p>(5) evita obligaciones pretendiendo haberlas "olvidado"</p> <p>3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo</p> | <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> |

información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

©-MOP-95

SCID-II (Versión 1.0)

Pasivo-Agresivo de la Personalidad 9

<p>34. ¿Cree con frecuencia que realiza un trabajo mejor de lo que piensan los demás? Dígame más sobre esto</p>	<p>(6) cree que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan 3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>35. ¿Le molesta cuando los demás le sugieren como podría hacer más cosas? Deme unos ejemplos</p>	<p>(7) se resiste a las sugerencias útiles de los demás para ser más productivo 3 = diversos ejemplos de resistirse a sugerencias aparentemente útiles o un ejemplo y reconoce el rasgo</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>36. ¿Se han quejado los demás de que los retrasa al no hacer su trabajo? Deme unos ejemplos específicos</p>	<p>(8) obstruye los esfuerzos de los demás al retrasar la parte de trabajo que le corresponda 3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>37. ¿Encuentra que los demás que están a cargo de las cosas (como su jefe o maestros) no merecen su respeto? Dígame sobre eso</p>	<p>(9) critica o se burla de manera irrazonable de las personas que tienen posiciones de autoridad 3 = "irrazonable" es indicado al difícilmente haber tenido respeto a personas con autoridad</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>(¿ Ha tenido jefes o maestros con si respeto ?)</p>	<p>MÍNIMO CINCO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3"</p>	<p>1 3</p>

7=información inadecuada

2=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

©MOR 85

SCID-II (Versión 1.0)

**TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
AUTODESTRUCTIVA**

Personalidad Autodestructiva 10

**CRITERIOS PARA TRASTORNO DE LA
PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVA**

Un patrón de conducta autodestructiva, se presenta al inicio de la edad adulta y en gran variedad de contextos. El sujeto, a menudo puede evitar o desestimar las experiencias satisfactorias, dejarse arrastrar por situaciones o relaciones que le causarán un sufrimiento o impedir que los demás le ayuden, como se indica por lo menos cinco de las sig. características:

NOTA: UNA CALIFICACIÓN DE "2" O "3" REQUIERE EJEMPLOS DE CONDUCTA QUE NO HA OCURRIDO SOLO CUANDO ESTABA DEPRIMIDO O EN RESPUESTA PARA EVITAR ABUSO FÍSICO, SEXUAL O PSICOLÓGICO

38. ¿Ha escogido una amiga o una amante que se ha aprovechado de Ud o lo ha decepcionado?

Dígame sobre esto

(¿ Ha tenido otras relaciones como ésta ?)

39. ¿Ha estado algunas ocasiones en malas situaciones en el trabajo o en la escuela que terminaron donde se aprovecharon de Ud ?

Dígame sobre esto

(¿ Con qué frecuencia ha sucedido ?)

40. ¿Rechaza con frecuencia la ayuda de los demás por que no quiere molestarlos ?

Déme ejemplos del tipo de ayuda que ha rechazado

41. Cuando los demás tratan de ayudarlo, ¿Se pone difícil con ellos?

Describe cómo sucede eso

(¿ Con qué frecuencia sucede ?)

(1) Escoge personas y situaciones que lo conducen a la frustración, el fracaso o maltrato, incluso cuando podrían haberse elegido otras opciones mejores.

3 = diversas (o una prolongada, o sea con duración de al menos cinco años) relaciones o situaciones

(2) rechaza o hace inútiles los intentos de ayuda de los demás

3 = a menudo rechaza ayuda para evitar molestias a los demás, o diversos ejemplos de sabotaje de la ayuda

7 1 2 3

7 1 2 3

7=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

© MCH 85

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Autodestructiva 11

- 42 Cuando tiene éxito, ¿Se siente deprimido o como que no lo merece, o hace algo para estropear el éxito?

Déme unos ejemplos de esto

(3) después de acontecimientos personales positivos (por ej. un nuevo logro), responde con depresión, culpa o una conducta que ocasiona daño (por ej. un accidente)

3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo.

- 43 ¿Dice o hace cosas a menudo provocando que los demás se enojen o se molesten con Ud.?

Déme unos ejemplos de esto

(¿Como se siente cuando sucede esto?)

(4) suscita respuestas de ira o rechazo en los demás y luego se siente herido, frustrado o humillado (por ej. se burla en publico de la esposa, provocando una replica irascible y luego se siente devastado)

? 1 2 3

3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo

- 44 ¿Rechaza con frecuencia la oportunidad de hacer cosas que realmente disfruta?

Déme unos ejemplos

(¿ Pasa esto a menudo ?)

(5) rechaza oportunidades de satisfacción, o es reticente a reconocer que se divierte (a pesar de poseer habilidades sociales adecuadas y capacidad para disfrutar)

? 1 2 3

3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo

- 45 En ocasiones, ¿No admite ante los demás que su divirtió?

Digame sobre eso

(¿ Sucede esto con cierta frecuencia?)

- 46 Ud. dijo que no ha [¿ No ha] logrado muchas de sus metas personales que se ha fijado

Digame sobre ellas

(¿ A qué se debe eso ? ¿ Fue que le faltaba capacidad o simplemente no pudo lograrlo ?)

(6) fracasa en lograr tareas cruciales a sus objetivos personales a pesar de una demostrada capacidad para lograrlos (por ej. ayuda a otros estudiantes a redactar sus trabajos, pero es incapaz de redactar los suyos propios)

? 1 2 3

3 = numerosos objetivos importantes no logrados a pesar de la capacidad inherente

- 47 ¿ Le aburren y no le interesan las personas que son amables con Ud.?

Digame sobre eso

(7) le aburren o no le interesan personas que habitualmente lo tratan bien, por ej. no se siente atraído por compañeros sexuales que le muestran aprecio

? 1 2 3

3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

✓MOH-93

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Autodestructiva 12

48. ¿ Hace casi siempre lo que es bueno para los demás en lugar de lo que es bueno para Ud ?

Déme unos ejemplos de eso.

49. ¿ Hace cosas por los demás incluso cuando no quieren que las haga o tratan de desanimarlo?

Déme unos ejemplos de eso.

(8) se enzarza en un excesivo autosacrificio que no le es solicitado y es desalentado por los beneficiarios de esta conducta

7 1 2 3

3 = diversos ejemplos de autosacrificio no solicitado ni fomentado, o un ejemplo y reconoce el rasgo

MÍNIMO CINCO SINTOMAS SON CODIFICADOS
"3" O SEA NO OCURRIÓ SOLO ESTANDO
DEPRIMIDO O EN RESPUESTA A, O CON EL
FIN DE EVITAR ABUSOS

1 3

2=información inadecuada
-MCH-85

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PARA TRASTORNO PARANOIDE PERSONALIDAD

Tendencia generalizada e injustificada, que se hace patente desde el inicio de edad adulta, en varios contextos, interpretar las acciones de los demás como deliberadamente degradantes o amenazantes. Como se indica en al menos cuatro de las siguientes manifestaciones

- | | | |
|---|--|---------|
| 50. ¿Tiene que estar alerta a menudo para detener a quienes lo utilizan o perjudican ? | (1) Cree ser explotado o perjudicado por los demás, sin base suficiente | 7 1 2 3 |
| Digame sobre eso | 3 = diversos ejemplos de sospechas sin razón o un ejemplo y reconoce el rasgo | |
| 51. ¿Esta inseguro en ocasiones en confiar en sus amistades o la gente que trabaja con Ud.? | (2) cuestiona sin razón la lealtad o que sean dignos de confianza sus amistades o personas proximas | 7 1 2 3 |
| Describa las situaciones en que ha sentido lo anterior. | 3 = diversos ejemplos, claramente sin razón, o un ejemplo y reconoce el rasgo | |
| (¿ Se siente así con frecuencia ?) | | |
| 52. ¿A menudo interpreta significados ocultos en lo que los demás dicen o hacen? | (3) interpreta como agresivo o amenazadores comentarios o hechos inocentes (por ej. sospecha que el vecino saca la basura temprano solo para molestarle) | 7 1 2 3 |
| Déme unos ejemplos. | 3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reco noce el rasgo | |
| 53. ¿Es el tipo de persona que recuerda los agravios o toma mucho tiempo perdonar a quien lo ha insultado o despreciado ? | (4) recuerda los agravios o no perdona los insultos o los desprecios | 7 1 2 3 |
| Digame sobre eso | 3 = diversos ejemplos, da resentimiento persistente que está fuera de proporción al daño hecho o un ejemplo y reconoce el rasgo | |
| 54. ¿Opina que es mejor no permitir que los demás sepan demasiado sobre Ud. ? | (5) es reticente a confiar en los demás por su miedo injustificado que la información puede ser utilizada en su contra | 7 1 2 3 |
| ¿ Porque ? | 3 = reconoce que la reticencia a confiar en los demás se debe a desconfianza (no sólo por temor al rechazo) | |

7=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=Presente o verdadero

-MOR-95

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Paranoide 14

<p>55. ¿Se enoja a menudo porque alguien lo desalira o lo insulta de alguna manera?</p> <p>Deme unos ejemplos</p>	<p>(6) se siente fácilmente ofendido y reacciona rápidamente con ira o con agresividad</p> <p>3 = diversos ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo</p>	<p>7 1 2 3</p>
<p>56. ¿Sospecha de la fidelidad del su conyuge o pareja sexual?</p> <p>Digame sobre eso</p> <p>(¿ Qué pistas tenía ? ¿ Qué hizo sobre eso ? ¿ Estaba Ud. en lo correcto ?)</p>	<p>(7) cuestiona sin razon la fidelidad del conyuge o de la pareja sexual</p> <p>3 = con diversas parejas o en muchas ocasiones con la misma pareja</p> <p>MINIMO CUATRO SINTOMAS SON CODIFICADOS "3"</p>	<p>7 1 2 3</p> <p>1 3</p>

7=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

—MOR-95

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Esquizotípica 15

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PARA TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Pauta generalizada de déficit en relaciones interpersonales y de peculiaridades en la ideación, la apariencia y la conducta, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Son necesarios al menos cinco de las manifestaciones.

- | | | |
|---|---|----------------------|
| <p>57. ¿Cuando ve gente que está hablando a menudo se pregunta si estarán hablando de Ud ?</p> <p>Digame más sobre eso.</p> | <p>(1) ideas de referencia (excluyendo delirios de referencia)</p> <p>3 = diversos ejemplos</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>58. ¿Ha sentido con frecuencia que las cosas están arregladas especialmente para Ud ?</p> <p>Digame más sobre esto</p> | <p>(2) ansiedad social excesiva, por ej. malestar intenso en situaciones sociales con gente desconocida</p> <p>3 = manifiesta estar mucho mas nervioso que la mayoría por estar en situaciones sociales, o da ejemplos de angustia clara y excesiva.</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>59. ¿Se siente a menudo nervioso en un grupo de mas de dos o tres personas que no conoce ?</p> <p>¿ Se pone mucho mas nervioso que los demás ?</p> | <p>(3) creencias extrañas o pensamiento mágico que influye sobre la conducta y que discrepa con normas subculturales, por ej. supersticiones, creencia en clarividencia, telepatía ("sexto sentido") "otros pueden captar mis sentimientos" (en los niños o adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes)</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>60. ¿Ha sentido que podía hacer que las cosas sucedieran solo con desearlas o pensando en ellas?</p> <p>Digame sobre eso</p> <p>¿ Cómo le afectó ?</p> | <p>3 = diversos ejemplos de dichos fenómenos que influyeron en la conducta</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>61. ¿Ha tenido experiencias, de predicción, ver o escuchar, de ver el futuro, con brujos o percepción extrasensorial, o de "sexto sentido"</p> <p>Digame sobre eso</p> <p>¿ Cómo le afectó ?</p> | | |

7=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

MANOR 95

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Esquizotípica 16

62. ¿Confunde a menudo objetos o sombras con gente, o ruidos con voces?

Deme unos ejemplos.

(¿Estaba consumiendo alcohol o drogas en esa ocasión?)

63. ¿Ha tenido la sensación de que alguien o una fuerza extraña está cerca de Ud., aun cuando no puede ver a nadie?

Digame más sobre eso.

64. ¿Ha tenido la experiencia de ver a una persona o a usted mismo en el espejo y ver claramente que la cara cambia?

Digame más sobre eso.

OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA

VER POR EVITACION #2 (pág. 1)

OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA

CUALQUIERA DE LAS PRIMEROS CINCO CARACTERISTICAS PARANOIDES

(4) experiencias perceptivas inusuales, por ej. ilusiones, sensación de presencia de fuerza de una persona no presente físicamente (por ej. "tuve la sensación de que mi madre muerta estaba en la habitación")

3 = diversos ejemplos de experiencias perceptivas inusuales que no son debidas a drogas o un trastorno físico

(5) conducta o apariencia extraña o excéntrica, por ej. es descuidado, con manierismos inusuales o habla solo.

(6) carencia de amigos o confidentes íntimos (o sólo tiene uno), al margen de parientes de primer grado (También en Esquizoide y por Evitación)

(7) lenguaje extraño (sin pérdida de asociaciones o incoherencia), por ej. lenguaje empobrecido, divagatorio, vago o exageradamente abstracto

(8) afectividad inapropiada o limitada, por ej. frialdad, distanciamiento, raramente gesticula recíprocamente a expresiones faciales de los demás, como sonreír o mover la cabeza.

(9) suspicacia o ideación paranoide

MÍNIMO CINCO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3"

7 1 2 3

7 1 2 3

7 1 2 3

7 1 2 3

7 1 2 3

7 1 2 3

1 3

7=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

440R-85

SCID-II (Versión 1.0)

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Personalidad Esquizoide 17

CRITERIOS PARA TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

Patrón generalizado de indiferencia hacia las relaciones sociales y marco restringido de experiencia y expresión emocional, que se hacen patentes desde el inicio de la vida adulta y que se dan en diversos contextos. Esta pauta incluye al menos cuatro de las siguientes manifestaciones

- | | | |
|--|---|----------------|
| <p>65. ¿No necesita de relaciones cercanas con los demás, como la familia o amistades?</p> <p>Digame más sobre eso</p> <p>(¿ Disfruta las relaciones íntimas o ser parte de una familia ?)</p> <p>SI NEGATIVO ¿ No tendría relaciones íntimas o cercanas ?</p> | <p>(1) ni desea ni disfruta relaciones íntimas ni incluso ser parte de una familia</p> <p>3 = reconoce el rasgo</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>66. ¿Preferría hacer las cosas solo y no con otra gente?</p> <p>(¿ Lo hace así en el trabajo y en su tiempo libre ?)</p> | <p>(2) casi siempre escoge actividades solitarias</p> <p>3 = casi siempre escoge trabajo y pasatiempos solitarios</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>67. ¿Parece que nunca ha tenido realmente emociones fuertes, como mucho enojo o mucha alegría?</p> <p>(¿ Es solo que no quiere demostrar sus emociones ?)</p> | <p>(3) casi nunca pretende o aparenta sentir emociones fuertes, como ira o alegría</p> <p>3 = no reconoce emociones fuertes, no solo restringe la expresión</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>68. ¿Podría estar contento sin estar involucrado sexualmente con otra persona?</p> <p>Digame más de eso</p> <p>(¿ Siempre ha tenido poco interés en tener relaciones sexuales con alguien ?)</p> | <p>(4) su deseo de tener relaciones sexuales con otra persona (teniendo en cuenta la edad) es escaso o nulo</p> <p>3 = reconoce el rasgo</p> | <p>7 1 2 3</p> |
| <p>69. ¿No le importa mucho lo que la gente piense de Ud ?</p> <p>¿ Y cuando la gente lo alaba o lo critica ?</p> | <p>(5) es indiferente a la alabanza y a la crítica de los demás (una respuesta positiva es relevante a Narcisista #1 p 21 y por Evitación #1 p 1)</p> <p>3 = manifiesta indiferencia a alabanzas y críticas</p> | <p>7 1 2 3</p> |

7=información inadecuada

✓MOR 95

1= ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Esquizoide 18

VER POR EVITACION #2 (p. 1)

(6) no tiene amigos íntimos o confidentes o solo uno) aparte de los familiares en primer grado (También en Esquizotípico y Por Evitación) 7 1 2 3

OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA

(7) tiene una afectividad limitada, por ej. se muestra frío, distante, no gesticula recíprocamente a las expresiones faciales de los otros (como sonreír o mover la cabeza) 7 1 2 3

MÍNIMO CUATRO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3" 1 3

7=información inadecuada

←MOR-95

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PARA TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Paula generalizada de emocionalidad y de búsqueda de atención exagerada, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos, como se pone de manifiesto por al menos cuatro de las siguientes características:

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| 70. ¿Hace lo posible con frecuencia para que la gente lo alabe?

Déme unos ejemplos

¿ Hace esto mucho más que la mayoría de las personas ? | (1) busca o solicita apoyo, aprobación o alabanza en forma constante

3 = reconoce la búsqueda poco común de alabanza | ? | 1 | 2 | 3 |
| 71. ¿Coquetea mucho?

¿ Le ha reclamado alguien sobre esto ?

(CONSIDERE TAMBIÉN LA CONDUCTA EN ENTREVISTA) | (2) es sexualmente seductor de manera inapropiada en su apariencia o su conducta

3 = Reconoce reclamaciones, describe conducta impropia, o se observa la seductividad inapropiada | ? | 1 | 2 | 3 |
| 72. ¿Se viste muy sexy a menudo cuando va a trabajar o a salir?

Dígame sobre eso. (TAMBIÉN CONSIDERE LA APARIENCIA DURANTE ENTREVISTA) | (3) está excesivamente preocupado por su atractivo físico

3 = reconoce que le molesta mucho si no se ve atractivo, o emplea gran cantidad de tiempo en su apariencia (sin deberse a rituales) | ? | 1 | 2 | 3 |
| 73. ¿Le molesta más que a la mayoría de la gente si no se ve atractivo?

¿ A que grado se molesta si alguien lo ve cuando su arreglo no es perfecto (¿ Cuanto se tarda en arreglarse para salir ?) | (4) expresa las emociones con una exageración inapropiada, por ej. abrazos excesivos a conocidos casuales, llanto incontrolable por motivos sentimentales nimios y crisis de pérdida de nervios

3 = diversos ejemplos de expresión impropia de emociones, no limitadas al enojo | ? | 1 | 2 | 3 |
| 74. ¿Expresa abiertamente sus emociones, por ej. abrazando a los demás cuando los felicita, o llorando fácilmente?

¿ Le han dicho que es demasiado emotivo ?

Déme unos ejemplos | | | | | |

? = información inadecuada

1 = ausente o falso

2 = subclínico

3 = presente o verdadero

V-MOR-95

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Histriónica 20

75. ¿Le gusta ser el centro de atención?

¿Cómo se siente cuando no lo es?

OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA

76. ¿Es el tipo de persona que no puede esperar a obtener lo que quiere si realmente lo quiere?

¿Es difícil para Ud. trabajar en algo que se retribuya a largo plazo?

Déme un ejemplo de esto

OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA

(5) se siente incomodo en situaciones en que no es el centro de atención ? 1 2 3

3 = reconoce malestar importante cuando no es el centro de atención

(6) manifiesta cambios rápidos en la expresión de las emociones ? 1 2 3

3 = se observó durante la entrevista cambio rápido de un estado de ánimo a otro y la emoción no parece genuina (o reportado por informadores)

(7) Es egocéntrico y sus acciones están dirigidas a obtener satisfacción inmediata, no tolera la frustración de la demora en gratificaciones ? 1 2 3

3 = no reconoce tolerancia para las gratificaciones demoradas y al menos un ejemplo

(8) su estilo de lenguaje es excesivamente impresionista y no incluye detalles, por ej. cuando se le pide describir a su madre no va más allá de decir que "era una persona encantadora" ? 1 2 3

MÍNIMO CUATRO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3" 1 3

?=información inadecuada
-MOR-95

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Personalidad Narcisista 21

CRITERIOS PARA TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

Pauta generalizada de grandiosidad (en fantasía o conducta); falta de empatía e hipersensibilidad a la evaluación de los demás, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cinco de las siguientes características

77. ¿Cuándo lo critican a menudo se siente enojado, avergonzado, o devaluado, aun horas o días después?

Déme unos ejemplos de esto

78. ¿Tiene que usar a veces a los demás para obtener lo que quiere?

Déme unos ejemplos de eso

(¿ Sucede con frecuencia ?)

79. ¿Habla melodiosamente a los demás a menudo sólo para lograr lo que quiere de ellos?

Dígame sobre algunas de estas situaciones. (¿ Sucede con frecuencia ?)

80. ¿Siente ser una persona con talentos o habilidades especiales?

Dígame más sobre eso

81. ¿Le han dicho los demás que tiene una opinión demasiado elevada de Ud mismo?

Déme unos ejemplos de esto

82. Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre en ver a la máxima autoridad para que lo atiendan?

Déme unos ejemplos.

(¿ Es así aun en problemas relativamente de menor importancia ?)

(1) reacciona a las críticas con sentimientos de rabia, vergüenza o humilla aunque no los expresa

3 = reconoce reacciones prolongadas a

(2) Tiende a la explotación interpersonal, se aprovecha de los demás para lograr sus propios fines

3 = diversos ejemplos en que explota a otra persona

(3) posee un sentimiento grandioso de la propia importancia, por ej. exagera los logros y capacidades, y espera ser considerado como "especial" a pesar de no haber hecho nada para merecerlo

3 = evidencia de una grandiosidad obvia, por ej "Soy tan bueno como Van Cliburn" en lugar de "Soy un pianista muy talentoso"

(4) considera que sus problemas son únicos y puede ser entendido sólo por otra gente especial

3 = insiste en ver a la máxima autoridad aun por problemas menores, por ej. El gerente general, el mayor doctor

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

WDR 22

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Narcisista 22

83. ¿Tiene fantasías sobre el logro de grandes cosas o ser famoso?

(5) está preocupado por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal limitadas. ? 1 2 3

Digame más sobre esto

(¿ Emplea mucho tiempo pensando sobre estas cosas ?)

3 = fantasías frecuentes reemplazando actividades adecuadas

84. ¿Tiene fantasías sobre tener un romance "perfecto"?

Digame más sobre esto

(¿ Emplea mucho tiempo pensando en esto ?)

85. ¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales si se interponen en su camino?

(6) posee un sentimiento de "categoría", una expectativa irrazonable de recibir un trato especialmente favorable, por el que no debe esperar en la cola con los demás ? 1 2 3

Deme unos ejemplos

3 = diversos ejemplos

¿Piensa que su situación es especial por lo que requiere un trato preferencial?

86. ¿Es muy importante para Ud. que los demás lo atiendan y lo admiren de alguna manera?

(7) requiere atención y admiración constantes, por lo que hace todo lo posible para recibir cumplidos ? 1 2 3

Digame más sobre esto.

3 = diversos ejemplos de malestar cuando no es atendido o admirado, o reconoce el rasgo

87. ¿Han mencionado los demás que no es comprensivo ni simpatiza con sus problemas?

(8) falta de empatía: incapacidad para reconocer y experimentar lo que los otros sienten, por ejemplo y sorpresa cuando un amigo que se encuentra gravemente enfermo anula una cita ? 1 2 3

Deme unos ejemplos.

3 = diversos ejemplos, o reconocimiento directo que la falta de empatía es característica

(Cuando los demás le cuentan sobre sus problemas, ¿ Los ignora ?)

88. ¿ Siente a menudo envidia de los demás?

(9) está preocupado por sentimientos de envidia pensando en estas cosas ? 1 2 3

¿ De qué los envidia ?

3 = envidioso con frecuencia

(¿ Diría que pasa mucho tiempo pensando en estas cosas ?)

MÍNIMO CINCO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3"

7=información inadecuada
v.m.d.r.s.s

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Limite 23

TRASTORNO LIMITE DE LA LIMITE DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PARA TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. La pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características

89. ¿Sus relaciones con quienes le importan realmente tienen numerosas altas y bajas?

Digame sobre ellas

¿Hubo ocasiones en que pensó que eran todo lo que quería y en otras ocasiones pensó que eran terribles?

¿Cuántas relaciones eran como esta?

(1) una pauta de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización

3 = ya sea una relación prolongada o varias relaciones más cortas en que la pauta alternante ocurre al menos en dos ocasiones

? 1 2 3

90. ¿Ha hecho con frecuencia cosas impulsivamente?

¿Que tipo de cosas?

¿Y que dice de

... comprar cosas que realmente no puede costearse?

... tener sexo con personas que apenas conoce, o "sexo sin protección"?

... beber demasiado o usar drogas?

... conducir sin responsabilidad?

... comer sin control?

... robar en tiendas?

SI AFIRMATIVO A ALGUNA PREGUNTA: Digame sobre ello. ¿Con que frecuencia sucede? ¿Que tipos de problemas ha causado?

(2) impulsividad al menos en dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto, por ej. desahorro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos en tiendas, conducción irresponsable, comidas copiosas (NO INCLUIR LA CONDUCTA SUICIDA O AUTOMUTILANTE MENCIONADA EN APARTADO (51))

3 = diversos ejemplos indicando una pauta de conducta impulsiva (sin estar necesariamente limitada a los ejemplos anteriores)

? 1 2 3

91. ¿Es una persona con estado de ánimo "cambiante"?

Digame sobre eso

¿Cuánto duran sus estados de ánimo "malos"? ¿Con que frecuencia cambian estos estados de ánimo?

(3) inestabilidad afectiva: cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad o la ansiedad que, por lo general, duran pocas horas y, más raramente, algunos días

3 = frecuentes cambios del estado de ánimo

? 1 2 3

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

—MCA 95

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Límite 24

92. ¿Tiene con frecuencia explosiones de violencia o se pone tan enojado que pierde el control?

Dígame sobre esto

93. ¿Golpea a las personas o lanza cosas cuando está iracundo?

Dígame sobre esto

(¿ Sucede con frecuencia?)

94. ¿Incluso pequeñas cosas le causan ira?

(¿ Cuándo sucede esto ?

(¿ Sucede con frecuencia?)

95. ¿Ha tratado de hacerse daño o suicidarse o amenazar con hacerlo?

(¿ Se ha cortado o herido Ud. mismo, o ha hecho cosas similares?)

96. ¿Es diferente con gente diferente o en situaciones diferentes, así que no sabe quien es realmente en ocasiones?

Deme unos ejemplos de esto

(¿ Se siente así a menudo ?)

97. ¿Se siente confundido con frecuencia sobre sus metas a largo plazo o su elección de carrera?

Dígame más sobre eso

98. ¿Cambia con frecuencia su manera de pensar sobre tipos de amigos o amantes que desea?

Dígame más sobre eso

(¿Se siente confundido con frecuencia sobre si es o no homosexual?)

99. ¿Se siente inseguro a menudo sobre cuales son sus valores reales?

Dígame más sobre eso

(4) ira intensa e inapropiada o falta de control de enojo, por ej. frecuentes manifestaciones de violencia, constante ira, peleas físicas recurrentes

3 = diversos ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo

(5) amenazas, gestos o conducta suicidas repetidas, o conductas autoinfluidas

3 = en dos o más ocasiones (sin estar en Depresión Mayor)

(6) trastorno de la identidad acusado y persistente, manifestado por incertidumbres respecto al menos dos de las siguientes características: autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo plazo o elección de carrera, tipo de amigos y valores deseados

Nota: No incluya incertidumbres normales adolescentes sobre estos puntos)

3 = con frecuencia inseguro sobre la identidad y no está limitado a un período circunscrito de tiempo

7 1 2 3

7 1 2 3

7 1 2 3

7=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Límite 25

<p>100. ¿Se siente con frecuencia aburrido o vacío?</p> <p>Dígame más sobre eso</p>	<p>(7) sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento</p> <p>3 = reconoce sentirse con frecuencia vacío o aburrido</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>101. ¿Se sentía con frecuencia frenético cuando pensaba que alguien que le interesaba iba a dejarlo?</p> <p>¿ Qué ha hecho ?</p> <p>(¿ Le suplica o trata de impedir que se vaya ?)</p>	<p>(8) esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginado [NO INCLUYA CONDUCTA SUICIDA O AUTOMUTILANTE CUBIERTA EN (5)]</p> <p>3 = al menos dos ejemplos</p> <p>MÍNIMO CINCO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3"</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>1 3</p>

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Antisocial 26

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PARA EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

	A. Edad actual mínima 18 años	?	1		3
	B. Evidencia de Trastorno de Conducta que inicie antes de los 15 años, como se manifiesta por una historia de tres o más de los siguientes síntomas:				
102. ¿Se ausentaba a menudo de la escuela antes de los 15 años?	(1) frecuencia de ausentismo escolar	?	1	2	3
¿ Con qué frecuencia ?	(2) huidas de casa por la noche, por lo menos dos veces, viviendo con los padres o en un hogar adoptado (o una escapada sin regreso)	?	1	2	3
103. ¿Huí de su casa, o no iba durante la noche, antes de cumplir 15 años?	(3) a menudo, ha iniciado peleas físicas	?	1	2	3
¿ Ocurrió más de una ocasión ?	(4) ha utilizado armas en más de una ocasión	?	1	2	3
¿ Con quién vivía en ese tiempo ?	(5) ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales	?	1	2	3
104. ¿Iniciaba peleas, antes de cumplir 15 años?	(6) ha sido físicamente cruel con los animales	?	1	2	3
¿ Con qué frecuencia ?					
105. ¿Usó armas en una pelea, antes de cumplir 15 años?					
¿ En cuántas ocasiones ?					
106. ¿Obligó a alguien a tener sexo con Ud. antes de cumplir 15 años?					
Dígame sobre eso					
107. ¿Hirió a propósito a un animal, antes de cumplir 15 años?					
¿Cuál es la peor cosa que ha hecho ?					

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

→MOR-99

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Antisocial 27

108. ¿Hirió antes de cumplir 15 años a una persona con intención (distinto a una pelea)?	(7) fué físicamente cruel con otra gente	?	1	2	3
¿Cuál ha sido la peor cosa que ha hecho ?					
109. ¿Dañó deliberadamente cosas que no eran de Ud. antes de cumplir 15 años?	(8) destruyó en forma deliberada la propiedad de otros (distinta del incendio)	?	1	2	3
¿ Que hizo ?					
110. ¿Provocaba incendios antes de cumplir 15 años?	(9) participaba en forma deliberada en incendios	?	1	2	3
Digame sobre eso.					
111. ¿Mentía mucho antes de cumplir 15 años?	(10) mentiras frecuentes (distintas de las necesarias para evitar agresiones físicas o sexuales)	?	1	2	3
¿ Sobre qué mentía ?					
112. Ud. dijo que robaba (¿ Robaba] cosas en ocasiones antes de cumplir 15 años.	(11) robos sin enfrentamientos con la víctima en más de una ocasión (incluyendo falsificaciones)	?	1	2	3
Digame sobre eso					
(¿ Falsificó en alguna ocasión la firma de alguien ?)					
113. ¿ Robó o asaltó a alguien antes de cumplir 15 años?	(12) robos enfrentándose a la víctima (amenazas, trónes, chantajes, robo armado)	?	1	2	3
Digame sobre eso	MÍNIMO TRES SÍNTOMAS SON CODIFICADOS.	?	1	2	3

NOTA: SI SE PRESENTAN CARACTERÍSTICAS DE MAS DE UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESPECIFICO QUE NO CUMPLEN CON TODOS LOS CRITERIOS DE CUALQUIERA DE ELLOS, CONSIDERE UN DIAGNOSTICO DE TRASTORNO NOS DE LA PERSONALIDAD, PAG. 30. DE LO CONTRARIO, FIN DE SCID-II

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

✓MOR-95

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Antisocial 28

NOTA: LOS PUNTOS RESTANTES NO APARECEN EN EL CUESTIONARIO DE LA PERSONALIDAD

Ahora le preguntaré sobre Ud. desde que tenía 15 años

C. Una pauta de conducta irresponsable y antisocial desde la edad de los 15 años, como lo indican al menos 4 de las siguientes características :

- | | | |
|---|--|--|
| <p>¿ Cuánto tiempo en los últimos cinco años no estuvo trabajando ?</p> <p>SI ES MAS DE SEIS MESES.
¿ Porqué ?</p> <p>Cuando estaba trabajando, ¿ Faltaba con frecuencia ?</p> <p>SI AFIRMATIVO: ¿ Porqué ?</p> <p>¿ Abandonó un trabajo en alguna ocasión sin tener otro ?</p> <p>SI AFIRMATIVO: ¿ En cuántas ocasiones sucedió ésto ?</p> <p>¿ Ha hecho cosas que son contra la ley -incluso si no fue atrapado- como robar vender drogas, traficar con artículos robados, lenocinio, prostitución, o cometer un delito grave ?</p> <p>¿ Ha sido arrestado ?</p> <p>(Desde que tuvo 15 años) ¿ Ha participado en peleas que hayan llegado a los golpes ?</p> <p>¿ Con qué frecuencia ?</p> <p>¿ Ha golpeado o le ha lanzado cosas a su (ESPOSA/PAREJA) ?</p> <p>¿ Con qué frecuencia ?</p> <p>¿ Ha golpeado alguna vez a un niño, suyo o de alguien más, tan duro que tuvo lastimaduras o tuvo que quedarse en cama o ver a un médico ?</p> | <p>(1) incapacidad para mantener una conducta laboral consistente, indicada en alguna de las siguientes características (incluyendo conductas similares en instituciones académicas cuando el sujeto es estudiante):</p> <p>(a) desempleo significativo durante seis meses ó más en cinco años, cuando se supone que pueden trabajar y hay disponibilidad laboral</p> <p>(b) ausencias repetidas del trabajo, inexplicadas por enfermedad propia o familiar</p> <p>(c) abandono de diversos trabajos sin planes realistas para obtener otros</p> <p>(2) fracaso en adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal, como indica el hecho de llevar a cabo repetidamente actos antisociales que pueden ser motivo de arresto (tanto si ha sido detenido o no), por ej. destrucción de la propiedad, molestias a la gente, robos, ocupación ilegal</p> <p>(3) es irritable y agresivo, como lo indican ataques físicos repetidos o luchas (no necesarios por características del propio trabajo para defenderse a sí mismo o a otros) incluyendo malos tratos a la pareja y a niños</p> | <p>7 1 2 3</p> <p>7 1 2 3</p> <p>7 1 2 3</p> |
|---|--|--|

?=información inadecuada
u=001-95

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

SCID-II (Versión 1.0)

Personalidad Antisocial 29

¿ Ha debido dinero a la gente y no se lo paga ? (¿ Con qué frecuencia ?)

¿ Y que dice sobre no mantener a los hijos, o no dar dinero a niños que dependen de Ud. ?

Fuera de vacaciones. ¿ Ha viajado en alguna ocasión sin saber donde iba a quedarse o iba a trabajar ?

¿ Hubo alguna ocasión en que no tenía un lugar regular donde vivir ?

(¿ Por cuánto tiempo ?)

¿ Ha acostumbrado mentir mucho desde que cumplió 15 años ?

¿ Ha utilizado un alias o ha pretendido ser alguna otra persona ?

¿ Ha "engañado" a otros para obtener lo que quería ?

¿ Llego a manejar un coche estando tomado ?

¿ Cuántas veces lo han multado por conducir a velocidad inadecuada ?

SI HA SIDO PADRE O CUIDADOR

¿ Ud. dijo alguien que no cuidaba adecuadamente a su hijo (o un niño del cual era Ud. responsable) .

... no proporcionándole suficientes alimentos o .

... no manteniéndolo limpio o .

... no consiguiendo ayuda médica estando el niño enfermo o .

... dejando al niño con vecinos porque no podía cuidarlo en su casa o

(4) fracasos repetidos en el cumplimiento de obligaciones económicas, como se indica en falta de pago de deudas o incapacidad para mantener a los hijos o a cualquier otra persona habitualmente dependiente del sujeto

(5) fallos para planificar y actuaciones impulsivas, indicados por una o las dos condiciones siguientes

(a) viajar de un sitio a otro sin tener trabajo contratado u objetivos claros o idea clara sobre cuando termina el viaje

(b) falta de dirección fija durante un mes o más

(6) ausencia de interés por la verdad, indicada por mentiras repetidas, uso de alias, o "bromas" a los demás realizadas para provecho o placer personal

(7) despreocupación por la seguridad propia o la de los demás, indicada al conducir intoxicado u ir a velocidad inadecuada

(8) cuando actúa como padre o cuidador carece de la capacidad para actuar de manera responsable, indicada por una o más de las siguientes características

(a) desnutrición del niño

(b) enfermedades infantiles debidas a falta de higiene mínima

(c) incapacidad para obtener ayuda médica cuando el niño está gravemente enfermo

(d) dependencia del niño respecto a vecinos o parientes lejanos para sus necesidades alimentarias o de protección

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

?=información inadecuada

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

MMPI 95

SCID-II (Versión 1.0)

Trastornos de la Personalidad 30

...no contratando a alguien para que lo cuidara cuando no estaba Ud. O...

(e) incapacidad para conseguir un(a) cuidador(a) cuando sale de casa

¿quedándose sin dinero para cuidar al niño porque lo gastó en Ud. ?

f) despilfarrar en objetos personales del dinero necesario para cubrir las necesidades del hogar

¿ Han sucedido en alguna ocasion alguna de estas cosas ?

¿Cuál es el periodo de tiempo mas grande en que ha estado involucrado sexualmente con una persona sin tener relaciones sexuales con nadie mas ?

(9) no ha mantenido una relación totalmente monogámica durante más de un año 7 1 2 3

¿ Siente que ha sido correcto que haya (robado, golpeado, lastimado, desfigurado/OTRO ACTO ANTISOCIAL) ?

(10) ausencia de remordimientos (encuentra justificación para dañar, matar o robar a los demas) 7 1 2 3

MÍNIMO CUATRO SÍNTOMAS SON CODIFICADOS "3" 1 3

CRITERIOS PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1 3

Esta es una categoría residual de trastornos en el funcionamiento de la personalidad que no son clasificables como un específico Trastorno de la Personalidad. Un ejemplo: las características de más de un trastorno de la Personalidad que no cumplen con todos los criterios de alguno, y no obstante causa daños importantes en las actividades sociales o laborales, o angustia subjetiva.

7=información inadecuada
=COD-11

1=ausente o falso

2=subclínico

3=presente o verdadero

STRUCTURED CLINICAL
INTERVIEW FOR DSM-III-R

SCID

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW

FOR DSM-III-R

PERSONALITY DISORDERS

SCID-II

INTERVIEWER _____

PATIENT _____

RECORD # _____

Publications of the American Psychiatric Press, Inc., represent the views and opinions of the individual authors and do not necessarily represent the policies and opinions of the Press or the American Psychiatric Association.

Copyright © 1990 American Psychiatric Press, Inc.

All rights reserved. No part of this instrument may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher. Researchers and clinicians working in nonprofit or publicly owned settings (including universities, nonprofit hospitals, and government institutions) may make single photocopies of a SCID instrument for their own use.

Manufactured in the United States of America

92 93 5 4 3

ISBN 0-86018-414-4

Also Available

User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (Version 1.0)

Complete background information and instructions for all versions of the SCID instruments (order number 8410)

Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Patient Edition (SCID-P) (Version 1.0)

Available in lots of 10 one use copies of the instrument (order number 8411)

Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Patient Edition (with Psychotic Screen) (SCID-P with Psychotic Screen) (Version 1.0)

Available in lots of 10 one use copies of the instrument (order number 8412)

Structured Clinical Interview for DSM-III-R: Nonpatient Edition (SCID-NP) (Version 1.0)

Available in lots of 10 one use copies of the instrument (order number 8413)

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-III-R PERSONALITY DISORDERS

SCID-II (Version 1.0)

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

Study: _____	Study No.: _____	03
Subject: _____	I.D. No.: _____	06
Rater: _____	Rater No.: _____	07
		10
	Rater is: Interviewer	1
	Observer	2
	Date of	14
	interview:	15
	Mo. Day Year	20
	Evaluation: Initial	1
	Reevaluation	2
Sources of information (check all that apply):	___ Subject	21
	___ Family/friends/associates	22
	___ Health professional/chart/referral note	23
	___ SCID-II Personality Questionnaire	24
___ Consultation with: _____		25
		26
		27
		28
		29
		30
		31
		32
Edited and checked by _____	Date: _____	34
		35

* Keypunch: 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., Gibbon Miriam, First Michael B.: "Structured Clinical Interview for DSM-III-R—Personality Disorders (SCID-II, Version 1.0)," Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990

© 1990 American Psychiatric Press, Inc.

SCID-II SUMMARY SCORE SHEET

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

Duration of interview (minutes) _____

	PERSONALITY DISORDER	DIAGNOSTIC INDEX				CURRENT SEVERITY (past year)			
		MADEQUATE INFO.	ABSENT	SUB- THRESHOLD	THRESHOLD	MILD	MODERATE	SEVERE	
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	34
04	Passive Aggressive	?	1	2	3 _____	1	2	3	35
05	Self-Defeating	?	1	2	3 _____	1	2	3	36
06	Paranoid	?	1	2	3 _____	1	2	3	37
07	Schizotypal	?	1	2	3 _____	1	2	3	38
08	Schizoid	?	1	2	3 _____	1	2	3	39
09	Histrionic	?	1	2	3 _____	1	2	3	40
10	Narcissistic	?	1	2	3 _____	1	2	3	41
11	Borderline	?	1	2	3 _____	1	2	3	42
12	Antisocial	?	1	2	3 _____	1	2	3	43
13	NOS	?	1	2	3 _____	1	2	3	44

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.

27

28

29

30

31

32

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

OVERVIEW FOR PERSONALITY DISORDERS

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

SCID-II (Version 1.0)

Avoidant Personality 1

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:

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-----------|
| <p>1. You've said that your feelings are [Are your feelings] more easily hurt than most people's if someone criticizes you or disapproves of something you say or do</p> <p>Are you easily hurt by even minor criticism or disapproval?</p> | <p>(1) is easily hurt by criticism or disapproval (Also in Dependent)</p> <p>3 = many examples of being hurt by minimal criticism or disapproval, or one example and subject reports it happens frequently</p> | <p>7</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> | <p>59</p> |
| <p>2. You've said that there are [Are there] very few people that you are really close to outside of your immediate family.</p> <p>How many close friends do you have (people you can confide in)?</p> | <p>(2) has no close friends or confidants (or only one) other than first degree relatives (Also in Schizoid and Schizotypal)</p> <p>[Note: spouse can count as confidant]</p> <p>3 = none or only one</p> | <p>7</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> | <p>60</p> |
| <p>3. You've said that [Do] you avoid getting involved with people unless you are certain they will like you.</p> <p>If you don't know whether someone likes you, would you ever make the first move?</p> | <p>(3) is unwilling to get involved with people unless certain of being liked</p> <p>3 = almost never takes the initiative in becoming involved in a social relationship</p> | <p>7</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> | <p>61</p> |
| <p>4. You've said that [Do] you avoid social situations in which you might have to talk with other people.</p> <p>Give me some examples.</p> | <p>(4) avoids social or occupational activities that involve significant interpersonal contact, e.g., refuses a promotion that will increase social demands</p> | <p>7</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> | <p>62</p> |
| <p>5. You've said that you [Have you] avoided jobs or assignments that involved having to deal with a lot of people.</p> <p>Give me some examples.</p> <p>(Have you ever refused a promotion because it would involve dealing with more people than you would be comfortable with?)</p> | <p>3 = usually avoids social or occupational situations in which reciprocal conversation is expected</p> | | |
| <p>6. You've said that you're [Are you] often quiet in social situations because you're afraid of saying the wrong thing.</p> <p>Give me some examples.</p> <p>(What are you afraid will happen? Do others consider you a 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>3 = acknowledges being almost always reticent with people (other than close friends)</p> | <p>7</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> | <p>63</p> |

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID II (Version 1.0)

Avoidant Personality 2

7. You've said that you've [How you] often been afraid that you might look nervous or tense, or might cry or blush in front of other people.

Tell me more about that.

(Do you avoid situations in which you might look nervous or tense or reveal your emotions?)

8. You've said that [Do] a lot of things seem dangerous or difficult to you that do not seem that way to most people.

What kinds of things?

(Do you avoid doing things that are outside of your usual routine?)

(6) fears being embarrassed by blushing, crying, or showing signs of anxiety in front of other people

3 = acknowledges frequent fears that others will notice signs of anxiety or crying or blushing

(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

3 = several examples of avoiding activities that most others consider safe or requiring little effort

AT LEAST FOUR SXs ARE CODED "3"

	?	1	2	3	
7	?	1	2	3	64
8	?	1	2	3	65
AT LEAST FOUR SXs ARE CODED "3"	1			3	65

Avoidant
P.D.

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

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:

- | | | | | | | | |
|----|--|--|---|---|---|---|----|
| 9 | You've said that [Do] you need a lot of advice or reassurance from others before you can make everyday decisions.

Can you give me some examples of the kinds of decisions you would seek advice or reassurance about?

(Does this happen most days?) | (1) is unable to make everyday decisions without an excessive amount of advice or reassurance from others.

3 = acknowledges that this occurs most days | ? | 1 | 2 | 3 | 67 |
| 10 | You've said that you have [Have you] 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, more than just getting their advice.

(Has this happened with MOST of your important life decisions?) | (2) allows others to make most of his or her important decisions, e.g., where to live, what job to take

[Note: Do not include merely getting advice from others or subculturally expected behavior]

3 = several examples | ? | 1 | 2 | 3 | 68 |
| 11 | You've said that [Do] you often agree with people even when you think they are wrong.

Give me some examples of when you've done that.

(What are you afraid will happen if you disagree? Do you almost always do that?) | (3) agrees with people even when he or she believes they are wrong, because of fear of being rejected

[Note: Not just being silent]

3 = several examples or acknowledges trait | ? | 1 | 2 | 3 | 69 |
| 12 | You've said [Do] you find it hard to start or work on tasks when there is no one to help you.

Give me some examples.

(Do you find that you have trouble taking the initiative? Do you almost always try to avoid working on your own?) | (4) has difficulty initiating projects or doing things on his or her own

3 = acknowledges almost always trying to avoid starting things or working independently, and at least one example | ? | 1 | 2 | 3 | 70 |

2 = inadequate information

1 = absent / false

= subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Dependent Personality 4

<p>13. You've said that you have [<i>Have you</i>] often done unpleasant or demeaning things to get other people to like you.</p> <p>Give me some examples of these kind of things.</p> <p>(Did you offer or volunteer to do those things? Have you often done this?)</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>[Note: Do not include behavior intended to achieve goals other than being liked, such as job advancement]</p> <p>3 = several examples or acknowledges that this happens often</p>	<p>7 1 2 3</p>	<p>71</p>
<p>14. You've said that [<i>Do</i>] you generally prefer not to be by yourself.</p> <p>Why is that?</p>	<p>(6) feels uncomfortable or helpless when alone, or goes to great lengths to avoid being alone</p> <p>3 = either acknowledges often being distressed when alone or goes to considerable lengths to avoid being alone.</p>	<p>7 1 2 3</p>	<p>72</p>
<p>15. You've said that [<i>Do</i>] you often do things to avoid being alone.</p> <p>What kinds of things do you do to avoid being alone?</p> <p>(How often?)</p>	<p>(7) feels devastated or helpless when close relationships end</p> <p>3 = acknowledges this happens when most close relationships end</p>	<p>7 1 2 3</p>	<p>73</p>
<p>16. You've said that you have [<i>Have you ever</i>] felt helpless or devastated when a close relationship ended.</p> <p>What was that like?</p> <p>(Have you reacted this way most of the time when close relationships have ended?)</p>	<p>(8) is frequently preoccupied with fears of being abandoned</p> <p>3 = reports that he or she keeps worrying about being abandoned</p>	<p>7 1 2 3</p>	<p>74</p>
<p>17. You've said that [<i>Do</i>] you worry a lot about people that you care about leaving you.</p> <p>Are there often times when you keep worrying about this?</p> <p>SEE AVOIDANT #1 (p. 1)</p>	<p>(9) is easily hurt by criticism or disapproval (Also in Avoidant)</p> <p>AT LEAST FIVE SXs ARE CODED "3"</p>	<p>7 1 2 3</p> <p>1 3</p>	<p>75</p> <p>76</p>

Dependent Personality D

21	Superior D	0
72	3-14	15

2 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

OBSESSIVE COMPULSIVE
PERSONALITY DISORDEROBSESSIVE COMPULSIVE PERSONALITY
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:						
<p>18. You've said that [Do] you have trouble finishing jobs because you spend so much time trying to get things exactly right.</p> <p>Give me some examples</p> <p>(How often does this happen?)</p>	<p>(1) perfectionism that interferes with task completion, e.g., inability to complete a project because own overly strict standards are not met</p> <p>3 = several examples of tasks not completed or significantly delayed because of perfectionism</p>	?	1	2	3		16
<p>19. You've said that you are [Are you] the kind of person who focuses on details, order, and organization, or who likes to make lists and schedules.</p> <p>Give me some examples.</p> <p>(Do you sometimes get so caught up with (EXAMPLES) that you lose sight of what you are trying to accomplish?)</p> <p>(Does this happen often?)</p>	<p>(2) preoccupation with details, rules, lists, order, organization, or schedules to the extent that the major point of the activity is lost</p> <p>3 = several examples or acknowledges that</p>	?	1	2	3		17
<p>20. You've said that [Do] you sometimes insist that other people do things exactly the way you want.</p> <p>Give me some examples.</p> <p>(IF UNREASONABLE: Does this happen often?)</p>	<p>(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</p> <p>3 = at least one example and acknowledges that often happens</p>	?	1	2	3		18
<p>21. You've said that [Do] you sometimes do things yourself because you know that no one else will do them exactly right.</p> <p>Give me some examples.</p> <p>(IF UNREASONABLE: Does this happen often?)</p>							

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCIO-II (Version 1.0)

Obsessive Compulsive Personality 6

- | | | | |
|---|--|----------------|-----------|
| <p>22. You've said that you or your family feels that you [Are you or does your family feel that you] are so devoted to work (or school) that you have no time left for other people or for just having fun.</p> <p>Tell me about it.</p> <p>(How much time do you have left for other things? Are you usually this way?)</p> | <p>(4) excessive devotion to work and productivity to the exclusion of leisure activities and friendships (not accounted for by obvious economic necessity)</p> <p>[Note: Also not accounted for by temporary job requirements]</p> <p>3 = acknowledges trait or is reported by informants</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>19</p> |
| <p>23. You've said that [I/Do] you sometimes have trouble making decisions because you can't make up your mind about what to do or how to do it.</p> <p>Give me some examples of that.</p> <p>(Does that happen often? Is that because you can't make decisions without other people's advice?)</p> | <p>(5) indecisiveness: decision making is either avoided, postponed, or protracted, e.g., the person cannot get assignments done on time because of tumbling about priorities (DO NOT INCLUDE IF INDECISIVENESS IS DUE TO EXCESSIVE NEED FOR ADVICE OR REASSURANCE FROM OTHERS)</p> <p>3 = several examples or acknowledges often being indecisive</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>20</p> |
| <p>24. You've said that [Do] you have higher standards than most people about what is right and what is wrong.</p> <p>Give me some examples of your high standards.</p> <p>(Have people ever told you that you are too rigid about what you think is right or wrong?)</p> | <p>(6) overconscientiousness, scrupulousness, and inflexibility about matters of morality, ethics, or values (not accounted for by cultural or religious identification)</p> <p>3 = acknowledges trait or gives several examples of holding self or others to rigidly high moral standards.</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>21</p> |
| <p>25. You've said that [Do] you often get angry at other people for breaking rules.</p> <p>What kinds of rules?</p> | <p>(7) restricted expression of affection</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>22</p> |
| <p>26. You've said that people have [Have] people] complained that you are not affectionate enough.</p> <p>Tell me more about that.</p> <p>(Are you the kind of person who rarely hugs or kisses someone you care about, or who rarely shows them how much you care?)</p> | <p>3 = acknowledges hardly ever showing tender feelings</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>23</p> |

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Obsessive Compulsive Personality 7

27. You've said that (Do) you rarely give presents, volunteer time, or do favors for other people.

Tell me about it.

(Do some people consider you stingy?)

28. You've said that (Do) you have trouble throwing things out because they might come in handy some day.

Give me some examples of things that you're unable to throw out.

(How cluttered does your place get because you don't throw things out?)

(8) lack of generosity in giving time, money, or gifts when no personal gain is likely to result.

3 = much more than most people

(9) inability to discard worn out or worthless objects even when they have no sentimental value.

3 = acknowledges that this trait results in a cluttered environment

AT LEAST FIVE SXS ARE CODED "3"

2 1 2 3 23

2 1 2 3 24

1 3 25

3
1
3
1
5

inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

PASSIVE AGGRESSIVE
PERSONALITY DISORDER

Passive Aggressive Personality 8

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:

- | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|----|
| 29. You've said that [Do] you often put off doing things that people ask you to do until the last minute.

Can you give me some examples of this?
(Do you often end up NOT getting these things done on time?) | (1) procrastinates, i.e., puts off things that need to be done so that deadlines are not met

3 = acknowledges often procrastinating so that deadlines are not met when doing tasks required by others | 7 | 1 | 2 | 3 | 28 |
| 30. You've said that you are [Are you] 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 expression on your face or because you give them a hard time?) | (2) becomes sulky, irritable, or argumentative when asked to do something he or she does not want to do

3 = at least one example and acknowledges trait | 7 | 1 | 2 | 3 | 27 |
| 31. You've said that you are [Are you] 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

3 = several examples or one example and acknowledges trait | 7 | 1 | 2 | 3 | 26 |
| 32. You've said that [Do] people often make unreasonable demands on you.

Give me some examples.
(Has this happened with other people?) | (4) protests, without justification, that others make unreasonable demands on him or her

3 = several examples of unjustified protests | 7 | 1 | 2 | 3 | 25 |
| 33. You've said that [Do] 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. | (5) avoids obligations by claiming to have "forgotten"

3 = several examples or one example and acknowledges trait | 7 | 1 | 2 | 3 | 20 |

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Passive Aggressive Personality 9

<p>34. You've said that [Do] you often think you're doing a better job than others give you credit for. Tell me more about that.</p>	<p>(6) believes that he or she is doing a much better job than others think he or she is doing 3 = several examples of one example and acknowledges trait</p>	<p>? 1 2 3 31</p>
<p>35. You've said that it annoys [Does it annoy] you when people make suggestions about how you could get more work done. Give me some examples.</p>	<p>(7) resents useful suggestions from others as to how he or she could be more productive. 3 = several examples of resenting apparently useful suggestions or one example and acknowledges trait</p>	<p>? 1 2 3 32</p>
<p>36. You've said that people have [Have people] 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 3 = several examples of one example and acknowledges trait</p>	<p>? 1 2 3 33</p>
<p>37. You've said that you [Do you] often find that the people who are in charge of things (such as your boss or teachers) do not deserve your respect. Tell me about that. (Have you had bosses or teachers that you did respect?)</p>	<p>(9) unreasonably criticizes or scorns people in positions of authority 3 = "unreasonable" is indicated by hardly ever having respect for people in authority</p>	<p>? 1 2 3 34</p>
<p>AT LEAST FIVE SIXS ARE CODED "3"</p>		<p>1 3 35</p>

3
Passive Aggressive Personality 9

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

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 undertake 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 5 of the following:

NOTE: A 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.

- | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| 38. You've said that you have [<i>Have you</i>] chosen a friend or lover who has taken advantage of you or let you down. | (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. | 7 | 1 | 2 | 3 | x |
| Tell me about it.

(Have you had other relationships like that?) | 3 = several (or one prolonged, i.e., lasting at least five years) relationships or situations. | | | | | |
| 39. You've said that you have [<i>Have you</i>] sometimes gotten into bad situations at work or at school where you wound up being taken advantage of. | (2) rejects or renders ineffective the attempts of others to help him or her. | 7 | 1 | 2 | 3 | x |
| Tell me about it.

(How often has this happened?) | 3 = often rejects help to avoid bothering other people, or several examples of sabotaging help. | | | | | |
| 40. You've said that [<i>Do</i>] you often refuse help from other people because you don't want to bother them. | | | | | | |
| Give me examples of the kind of help you've refused. | | | | | | |
| 41. You've said that when people try to help you [<i>Have people try to help you, do</i>] you make it hard for them. | | | | | | |
| Describe how that happens.

(Does that happen often?) | | | | | | |

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Self-Defeating Personality 11

<p>42. You've said that when you are successful, you feel depressed or feel like you don't deserve it, or that you do something to spoil the success. <i>(When you are successful, do you feel depressed or like you don't deserve it, or do you do something to spoil the success?)</i></p> <p>Give me some examples of this.</p>	<p>(3) following positive personal events (e.g., new achievement), responds with depression, guilt, or a behavior that brings about pain (e.g., an accident)</p> <p>3 = several examples of one example and acknowledges trait</p>	<p>? 1 2 3 38</p>
<p>43. You've said that you <i>(Do you)</i> often say or do things that make other people angry or upset with you.</p> <p>Give me some examples of this.</p> <p><i>(How do you feel when this happens?)</i></p>	<p>(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)</p> <p>3 = several examples or one example and acknowledges trait</p>	<p>? 1 2 3 39</p>
<p>44. You've said that <i>(Do)</i> you often turn down the chance to do things that you really enjoy.</p> <p>Give me some examples.</p> <p><i>(Does this happen often?)</i></p>	<p>(5) turns down opportunities for pleasure or is reluctant to acknowledge enjoying himself or herself (despite having adequate social skills and the capacity for pleasure)</p> <p>3 = several examples or one example and acknowledges trait</p>	<p>? 1 2 3 40</p>
<p>45. You've said that you sometimes don't <i>(Do you sometimes not)</i> admit to others that you had a good time.</p> <p>Tell me about it.</p> <p><i>(Does this happen fairly often?)</i></p>		
<p>46. You've said that you have <i>(Have you)</i> not accomplished many of the personal goals that you have set for yourself.</p> <p>Tell me about them.</p> <p><i>(Why has that been? Was it that you lacked the ability, or you just couldn't get it done?)</i></p>	<p>(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)</p> <p>3 = many important goals not accomplished despite inherent ability</p>	<p>? 1 2 3 41</p>
<p>47. You've said that you are <i>(Are you)</i> not interested in, or even bored with, people who are nice to you.</p> <p>Tell me about that.</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>3 = several examples or one example and acknowledges trait</p>	<p>? 1 2 3 42</p>

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Self-Defeating Personality 12

48. You've said that (Do) you almost always do what is good for other people rather than what is good for you.

Give me some examples of that.

49. You've said that (Do) you do things for other people even when they don't want you to or try to discourage you.

Give me some examples of that.

(8) engages in excessive self-sacrifice that is unsolicited and discouraged by the intended recipients of the sacrifice.

3 = several examples of unsolicited and discouraged self-sacrifice or one example and acknowledges trait

AT LEAST FIVE SIXS ARE CODED "3," I.E., DID NOT OCCUR ONLY WHEN DEPRESSED OR IN RESPONSE TO, OR IN ORDER TO AVOID, ABUSE

? 1 2 3

1

3

3
Self-Defeating PD

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

PARANOID PERSONALITY DISORDER

Paranoid Personality 13

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:

50. You've said that [Do] you often have to keep an eye out to stop people from using you or hurting you.

Tell me about that.

51. You've said that you're [Are you] sometimes not sure whether you can trust your friends or the people you work with.

Describe situations where you've gotten that feeling.

(Do you feel this way often?)

52. You've said that [Do] you often pick up hidden meanings in what people say or do.

Give me some examples.

53. You've said that you're [Are you] the kind of person who holds grudges or takes a long time to forgive people who have insulted or slighted you.

Tell me about that.

54. You've said that [Do] you find that it is best not to let other people know too much about you.

Why is that?

(1) expects, without sufficient basis, to be exploited or harmed by others

3 = several examples of unreasonable suspiciousness or one example and acknowledges trait

(2) questions, without justification, the loyalty or trust worthiness of friends or associates

3 = several examples, clearly without justification, or one example and acknowledges trait

(3) reads hidden demeaning or threatening meanings into benign remarks or events, e.g., suspects that neighbor put trash out early to annoy him

3 = several examples or one example and acknowledges trait

(4) bears grudges or is unforgiving of insults or slights

3 = several examples of persistent resentment that is out of proportion to the harm done or one example and acknowledges trait

(5) is reluctant to confide in others because of unwarranted fear that the information will be used against him or her

3 = acknowledges that reluctance to confide in others is due to mistrust (not merely fear of rejection)

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Paranoid Personality 14

55. You've said that [Do] you often get angry because someone has slighted you or insulted you in some way.

(6) is easily slighted and quick to react with anger or to counterattack

? 1 2 3 50

Give me some examples.

3 = several examples or one example and acknowledges trait

56. You've said that you have [Have you] suspected that your spouse or partner has been unfaithful

(7) questions, without justification, fidelity of spouse or sexual partner

? 1 2 3 51

Tell me about that.

3 = with several partners or on many occasions with the same partner

(What clues did you have? What did you do about it? Were you right?)

AT LEAST FOUR SXs ARE CODED "3"

1 3 52

3
Paranoid
PD

? = inadequate information

1 = subthreshold

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

Schizotypal Personality 15

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:

- | | | | |
|--|---|----------------|-----------|
| <p>57. You've said that when you see people talking, you [When you see people talking, do you] often wonder if they are talking about you.</p> <p>Tell me more about this.</p> | <p>(1) ideas of reference (do not include delusions of reference)</p> <p>3 = several examples</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>53</p> |
| <p>58. You've said that you've [Have you] often felt that the way things were arranged had a special significance for you.</p> <p>Tell me more about this.</p> | <p>(2) excessive social anxiety, e.g., extreme discomfort in social situations involving unfamiliar people</p> <p>3 = claims to be much more nervous than most people in social situations or gives examples of clearly excessive anxiety</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>54</p> |
| <p>59. You've said that [Do] you often feel nervous in a group of more than two or three people you don't know</p> <p>Are you much more nervous than most other people would be?</p> | <p>(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)</p> <p>3 = several examples of such phenomena that influenced behavior</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>55</p> |
| <p>60. You've said that you have [Have you ever] felt that you could make things happen just by making a wish or thinking about them.</p> <p>Tell me about that.</p> <p>(How did it affect you?)</p> | <p>(4) experiences with the supernatural, astrology, seeing the future, UFO's, ESP, or a personal experience with a "sixth sense."</p> <p>Tell me about that.</p> <p>(How did it affect you?)</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>56</p> |

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Schizotypal Personality 16

62. You've said that you [Do] you often mistake objects or shadows for people, or noises for voices. Give me some examples. (Were you drinking or taking drugs at the time?)	(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.") 3 = several examples of unusual perceptual experiences not due to drugs or a physical disorder	?	1	2	3	56
63. You've said that you have [Have you] had the sense that some person or force is around you, even though you cannot see anyone. Tell me more about that.						
64. You've said that you've [Have you] 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.						
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 SXs ARE CODED "3"			1		3	62

Schizotypal
Personality

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER

Schizoid Personality 17

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>65. You've said that you don't really [Do you NOT] need close relationships with other people, like family or friends.</p> <p>Tell me more about that.</p> <p>(Do you enjoy close relationships or being part of a family?)</p> <p>IF NO: Would you just as soon have no close relationships?)</p> | <p>(1) neither desires nor enjoys close relationships, including being part of a family</p> <p>3 = acknowledges trait</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>60</p> |
| <p>66. You've said that you would [Would you] rather do things alone than with other people.</p> <p>(Is that true both at work and during your free time?)</p> | <p>(2) almost always chooses solitary activities</p> <p>3 = almost always chooses solitary work and leisure activities</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>64</p> |
| <p>67. You've said that [Do] you never seem to have really strong feelings, like being very angry or very happy.</p> <p>(Is it only that you don't let your feelings show?)</p> | <p>(3) rarely, if ever, claims or appears to experience strong emotions, such as anger and joy</p> <p>3 = acknowledges no strong emotions, not just restricted expression</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>65</p> |
| <p>68. You've said that you could [Could you] be content without being sexually involved with another person.</p> <p>Tell me more about it.</p> <p>(Have you always had little interest in having sex with someone?)</p> | <p>(4) indicates little if any desire to have sexual experiences with another person (taking into account age)</p> <p>3 = acknowledges trait</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>66</p> |
| <p>69. You've said that you don't [Do you NOT] care much about what people think of you.</p> <p>What about when people praise you or criticize you?</p> | <p>(5) is indifferent to the praise and criticism of others (a positive response is relevant to Narcissistic # 1 p. 21 and Avoidant # 1 p. 1)</p> <p>3 = claims indifference to praise or criticism</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>67</p> |

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

SEE AVOIDANT # 2 (p. 1)

OBSERVED DURING INTERVIEW

(6) has no close friends or confidants (or only one) other than first-degree relatives (Also in Schizotypal and Avoidant)

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

AT LEAST FOUR SX5 ARE CODED "3"

Schizoid Personality 18

	7	1	2	3	
(6) has no close friends or confidants (or only one) other than first-degree relatives (Also in Schizotypal and Avoidant)	?	1	2	3	68
(7) displays constricted affect, e.g., is aloof, cold, rarely makes reciprocal gestures or facial expressions, such as smiles or nods	?	1	2	3	68
AT LEAST FOUR SX5 ARE CODED "3"	1			3	70

Schizoid PD

22 Schizoid PD
172 3-14 15

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

HISTRIONIC PERSONALITY DISORDER

Histrionic Personality 19

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:

- | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|----|
| 70. You've said that [Do] you often go out of your way to get people to praise you.

Give me some examples.

(Do you do this a lot more than most people?) | (1) constantly seeks or demands reassurance, approval, or praise

3 = acknowledges unusual seeking of praise | 7 | 1 | 2 | 3 | 16 |
| 71. You've said that [Do] you flirt a lot.

Has anyone complained about this? (ALSO CONSIDER INTERVIEW BEHAVIOR) | (2) is inappropriately sexually seductive in appearance or behavior

3 = acknowledges complaints, describes inappropriate behavior, or observed to be inappropriately seductive | 7 | 1 | 2 | 3 | 17 |
| 72. You've said that [Do] you often dress in a sexy way when you are going to work or doing errands.

Tell me about it. (ALSO CONSIDER APPEARANCE DURING INTERVIEW) | | | | | | |
| 73. You've said that it bothers [Does it bother] you more than most people if you don't look attractive.

How upset are you if someone sees you when you don't look your best?

(How much time do you spend getting ready to go out?) | (3) is overly concerned with physical attractiveness

3 = acknowledges being very upset if doesn't look attractive, or spends excessive amount of time on appearance (not due to rituals) | 7 | 1 | 2 | 3 | 18 |
| 74. You've said that you are [Are you] very open with your emotions, for example, hugging people when you greet them or crying easily.

Have people told you that you are too emotional?

Give me some examples. | (4) expresses emotion with inappropriate exaggeration, e.g., embraces casual acquaintances with excessive ardor, sobbs uncontrollably on minor sentimental occasions, has temper tantrums

3 = several examples of inappropriate expression of emotion, not limited to anger | 7 | 1 | 2 | 3 | 19 |

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Histrionic Personality 20

<p>75. You've said that [Do] you like to be the center of attention.</p> <p>How do you feel when you're not?</p> <p>OBSERVED DURING INTERVIEW</p>	<p>(5) is uncomfortable in situations in which he or she is not the center of attention</p> <p>3 = acknowledges significant discomfort when not center of attention</p> <p>(6) displays rapidly shifting and shallow expression of emotions</p> <p>3 = observed during the interview to shift rapidly from one mood state to another so that the emotion does not seem genuine (or reported by informants)</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>? 1 2 3</p> <p>? 1 2 3</p> <p>? 1 2 3</p> <p>1 3</p>	<p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>
<p>76. You've said that you're [Are you] the kind of person who can't wait to get what you want if you really want it.</p> <p>Is it hard for you to work at something that will only pay off in the long run?</p> <p>Give me an example of this.</p> <p>OBSERVED DURING INTERVIEW</p>	<p>(7) is self-centered, actions being directed toward obtaining immediate satisfaction; has no tolerance for the frustration of delayed gratification</p> <p>3 = acknowledges no tolerance for delayed gratification and at least one example</p> <p>(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"</p> <p>AT LEAST FOUR SIXS ARE CODED "3"</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>? 1 2 3</p> <p>1 3</p>	<p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>

3
Histrionic
PD

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER

Narcissistic Personality 21

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:

- | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|----|
| 77. You've said that when you're criticized [<i>When you're criticized, do</i>] 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)

3 = acknowledges prolonged reactions to criticism and at least one example | ? | 1 | 2 | 3 | 25 |
| 78. You've said that you've [<i>Have you</i>] sometimes had to use other people to get what you wanted.

Tell me some instances of that. (Does that happen often?) | (2) is interpersonally exploitative: takes advantage of others to achieve his or her own ends

3 = several examples in which another person is exploited | ? | 1 | 2 | 3 | 26 |
| 79. You've said that you [<i>Do you</i>] sometimes "sweet talk" people just to get what you want out of them.

Tell me about some of those situations. (Does this happen often?) | | | | | | |
| 80. You've said that [<i>Do</i>] you feel you are a person with special talents or abilities.

Tell me more about that. | (3) has a grandiose sense of self-importance, e.g., exaggerates achievements and talents, expects to be noticed as "special" without appropriate achievement

3 = evidence of obvious grandiosity, e.g., "I'm as good as Van Cliburn" rather than "I am a very talented pianist" | ? | 1 | 2 | 3 | 27 |
| 81. You've said that people have [<i>Have people</i>] told you that you have too high an opinion of yourself.

Give me some examples of this. | | | | | | |
| 82. You've said that when you have a problem, [<i>When you have a problem, do</i>] you almost always insist on seeing the top person.

Give me some examples.

(Is that true even for a relatively minor problem?) | (4) believes that his or her problems are unique and can be understood only by other special people

3 = insists on seeing the very top person for even minor problems, e.g., the head manager, the very best doctor | ? | 1 | 2 | 3 | 28 |

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Narcissistic Personality 22

83. You've said that [Do] you often daydream about achieving great things or being famous.	(5) is preoccupied with fantasies of unlimited success, power, brilliance, beauty, or ideal love	7	1	2	3	29
Tell me more about this. (Do you spend a lot of time thinking about these things?)	3 = frequent daydreaming taking the place of appropriate activity					
84. You've said that [Do] you often daydream about having a "perfect" romance.						
Tell me more about this. (Do you spend a lot of time thinking about this?)						
85. You've said that [Do] you think that it's not necessary to follow certain rules or social conventions when they set in your way.	(6) has a sense of entitlement: unreasonable expectation of especially favorable treatment, e.g., assumes that he or she does not have to wait in line when others must do so	7	1	2	3	20
Give me some examples. (Do you feel that your situation is special so that you require preferential treatment?)	3 = several examples					
86. You've said that it is [Is it] very important to you that people pay attention to you or admire you in some way.	(7) requires constant attention and admiration, e.g., keeps fishing for compliments	7	1	2	3	31
Tell me more about this.	3 = several examples of distress when not singled out or admired, or acknowledges trait					
87. You've said that people have said [Have people said] that you are not sympathetic or understanding about their problems.	(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	7	1	2	3	32
Give me some examples (When other people tell you about their problems, do you "tune them out"?)	3 = several examples, or direct acknowledgment that lack of empathy is characteristic					
88. You've said that you are [Are you] often envious of other people.	(9) is preoccupied with feelings of envy	7	1	2	3	33
What about these other people makes you envious? (Would you say you spend too much time thinking about these things?)	3 = often envious					
AT LEAST FIVE SXs ARE CODED "3"		1			3	34
7 = inadequate information	1 = absent or false	2 = subthreshold	3 = threshold or true			



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:

- | | | | |
|---|--|-------------------------|-----------|
| <p>89. You've said that [Do] your relationships with people you really care about have lots of ups and downs.
Tell me about them.

(Were there times when you thought they were everything you wanted and then other times when you thought they were terrible? How many relationships were like this?)</p> | <p>(1) a pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation

3 = either one prolonged relationship or several briefer relationships in which the alternating pattern occurs at least twice</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>25</p> |
| <p>90. You've said that you've [Have you] often done things impulsively.
What kinds of things?

(How about . . .
... buying things you really couldn't afford?
... having sex with people you hardly knew, or "unsafe sex"?
... drinking too much or taking drugs?
... driving recklessly?
... uncontrollable eating?
... shoplifting?)</p> <p>IF YES TO ANY OF ABOVE: Tell me about that. How often does it happen? What kinds of problems has it caused?)</p> | <p>(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)]

3 = several examples indicating a pattern of impulsive behavior (not necessarily limited to above examples)</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>26</p> |
| <p>91. You've said that you are [Are you] a "moody" person.
Tell me about that.

(How long do your "bad" moods last? How often do these mood changes happen?)</p> | <p>(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

3 = frequent shifts of mood</p> | <p>7 1 2 3</p> | <p>27</p> |

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Borderline Personality 24

92. You've said that [Do] you often have temper outbursts or get so angry that you lose control.

Tell me about this.

93. You've said that [Do] you hit people or throw things when you get angry.

Tell me about this.

(Does this happen often?)

94. You've said that [Do] even little things get you very angry.

When does this happen?

(Does this happen often?)

95. You've said that you have [Have you] tried to hurt or kill yourself or threatened to do so.

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

96. You've said that you are [Are you] 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 a lot?)

97. You've said that you're [Are you] often confused about your long-term goals or career plans.

Tell me more about that.

98. You've said that [Do] you often change your mind about the types of friends or lovers you want.

Tell me more about that.

(Do you ever feel confused about whether you're gay or straight?)

99. You've said that you're [Are you] often not sure about what your real values are.

Tell me more about that.

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

3 = several examples, or one example and acknowledges trait

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

3 = two or more times (when not in a Major Depression)

(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

[Note: Do not include normal adolescent uncertainty about these issues]

3 = often uncertain about identity and is not limited to a circumscribed period of time

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Borderline Personality 25

100. You've said that [Do] you often feel bored or empty inside.	(7) chronic feelings of emptiness or boredom	7	1	2	3	41
Tell me more about this	3 = acknowledges often feeling empty or bored					
101. You've said that you have [Have you] often become frantic when you thought that someone you really cared about was going to leave you	(8) frantic efforts to avoid real or imagined abandonment [DO NOT INCLUDE SUICIDAL OR SELF-MUTILATING BEHAVIOR COVERED IN (5) 1]	7	1	2	3	42
What have you done?	3 = at least two examples					
(Do you plead with him/her or try to prevent him/her from leaving?)	AT LEAST FIVE SXs ARE CODED "3"	1			3	43

Borderline P.D.

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Antisocial Personality 27

108. You've said that before you were 15 you had [Before you were 15, did you ever] hurt another person on purpose (other than in a fight). What's the worst thing you ever did?	(7) was physically cruel to other people	?	1	2	3	51
109. You've said that before you were 15 you deliberately damaged [Before you were 15, did you deliberately damage] things that weren't yours. What did you do?	(8) deliberately destroyed others' property (other than firesetting)	?	1	2	3	52
110. You've said that before you were 15 you [Before you were 15, did you] set fires. Tell me about that.	(9) deliberately engaged in firesetting	?	1	2	3	53
111. You've said that before you were 15, you lied a lot [Before you were 15, did you lie a lot?] What would you lie about?	(10) often lied (other than to avoid physical or sexual abuse)	?	1	2	3	54
112. You've said that before you were 15 you sometimes stole things. [Before you were 15, did you ever steal things?] Tell me about it. (Did you ever forge anyone's signature?)	(11) has stolen without confrontation of a victim on more than one occasion (including forgery)	?	1	2	3	55
113. You've said that before you were 15 you robbed someone or mugged someone. [Before you were 15, did you ever rob or mug someone?] Tell me about that.	(12) has stolen with confrontation of a victim (e.g., mugging, purse-snatching, extortion, armed robbery)	?	1	2	3	56

AT LEAST THREE SIXS ARE CODED "3" 1

3 57

NOTE: IF FEATURES OF MORE THAN ONE SPECIFIC PERSONALITY DISORDER ARE PRESENT THAT DO NOT MEET THE FULL CRITERIA FOR ANY ONE, CONSIDER A DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDER NOS. PAGE 30. OTHERWISE, END OF SCID-II

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
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
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

7 = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SC10-II (Version 1.0)

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.

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

IF MORE THAN SIX MONTHS: Why?

When you were working, were you often absent?

IF YES: Why?

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

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, prostituting, or committing a felony?

Have you ever been arrested?

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

(How often?)

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?

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):

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

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

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

(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

(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

Antisocial Personality 28

? 1 2 3

58

? 1 2 3

59

? 1 2 3

60

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SCID-II (Version 1.0)

Antisocial Personality 29

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

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

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

? 1 2 3

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

(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

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

Was there ever a time when you had no regular place to live?

(For how long?)

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

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

Have you often "conned" others to get what you wanted?

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

How many times have you gotten a ticket for speeding?

IF HAS A PARENT OR GUARDIAN:

Has anyone ever told you that you are not taking proper care of a child of yours (or a child you were responsible for) ...

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

? 1 2 3

... by not providing 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

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true

SC-D-II (Version 1.0)

Personality Disorder NOS 30

... 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

96

Do you feel it was OK for you to have (stolen, hit, hurt, defaced/OTHER ANTISOCIAL ACT)?

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

? 1 2 3

97

AT LEAST FOUR SXs ARE CODED "3"

1 3

98

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

99

Personality Disorder NOS

Personality Disorder NOS

? = inadequate information

1 = absent or false

2 = subthreshold

3 = threshold or true