



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**Validación de un instrumento de tamizaje para sujetos con
Trastorno de Personalidad Límite de acuerdo al DSM-IV**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD
CON CAMPO DE ESTUDIO PRINCIPAL EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA :

LIC. EN PSIC. MARÍA DE LOURDES GÓMEZ MUÑOZ

TUTORA :

DRA. GUADALUPE SILVIA GARCÍA DE LA TORRE

México D.F.

Enero 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Fueron días que parecían no tener final... y desde que la Maestría apareció como un proyecto en mi vida, me impulsaste para hacerlo una realidad. Ahora, culmino estos estudios de posgrado con un trabajo de tesis que ha merecido mucho de mi tiempo y esfuerzo, tú mejor que nadie lo sabe. Lo hemos conseguido juntos y te dedico este producto para que adorne nuestro andar tomados de la mano, toda la vida juntos.

Te amo Rogelio Canizales.

AGRADECIMIENTOS ACADÉMICOS

Gracias a la UNAM por ser un agente de verdadero impacto social en México. La carta de aceptación que recibí desde mi ingreso a la Preparatoria ha significado mi vida a través de lo que he aprendido en las aulas, con mis profesores, amiga(o)s y alumna(o)s, como estudiante y como profesora. Gracias por la formación desbordada de principios y valores a favor de la sociedad.

Gracias a la Dra. Guadalupe García de la Torre por mirarme y escucharme con atención y cariño, por impulsarme justo en el momento adecuado, por ser una *excelente* profesora y mujer. Dios me ha dado un regalo muy bello al permitirme conocerla y trabajar juntas.

Gracias a las autoridades, profesores y estudiantes del CCH sur, por dar luz a este trabajo con el compromiso de forjar conocimiento juntos.

Gracias a la Dra. Luciana Ramos por el tiempo invertido en este proyecto, por darme a conocer un tema para trabajar y por su ayuda para conseguir este producto.

Gracias a la Dra. Rebeca Aguirre por su disposición y entrega como docente; su atinada asesoría en el análisis estadístico de este trabajo fue pieza fundamental para culminarlo.

Gracias al Dr. Jorge Caraveo por seguir este trabajo desde que comenzó, por la mirada fuerte que me permitió hacerlo mejor y por el entusiasmo con el que alimentó los resultados y la discusión.

Gracias al Dr. Antonio Villa por la lectura detallada de esta tesis, por los comentarios brillantes que me compartió para mejorar y resaltar mi trabajo.

Gracias a la Dra. María Elena Medina-Mora por las observaciones realizadas a esta investigación.

Gracias a la Dra. Laura Moreno por mirar a los jóvenes profesionistas con cariño y respeto; se debe ser una gran académica y persona para reconocer el valor de quienes comenzamos.

Gracias al Dr. Juan Manuel Castro por compartir su mirada cuando se trata de aterrizar la teoría en cada persona, una a una.

Gracias a Elvira Sandoval por su paciente y puntual asesoría con el Análisis Factorial que se llevó a cabo en este trabajo.

Gracias a Gabriela de la Guardia por ser mi “cronograma de trabajo”, tu cariño y seguimiento en la recta final fueron la energía que necesitaba.

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

Gracias Dios por todo, todos los días.

Gracias Rogelio Canizales por tu infinito apoyo, ayuda, solidaridad y amor; por hacer de este posgrado una ante-sala de nuestra vida en Australia haciendo tu Doctorado.

Gracias a mi familia Gómez Muñoz por el amor incondicional, original, alegre y enriquecedor que me han dado desde que llegué a este mundo.

Gracias mamá por ser la mejor mamá para mi, por tu paciente ayuda al capturar los datos de este trabajo; gracias Omar por el tiempo compartido desde nuestra infancia, por tu alegría y solidaridad en las aplicaciones y captura de los cuestionarios; gracias Ale por ser la mejor hermana del mundo, porque con tu amable disposición, entusiasmo y alegría se vuelve un éxito trabajar contigo. Gracias papá porque *siempre* has sido mi motivación académica, es la mejor herencia que me has podido dar: el amor por estudiar.

Gracias a mi prima-hermana Adriana por nuestra destinada amistad infranqueable.

Gracias a mis dos ángeles que me cuidan y miran desde el cielo, mi Mamá-ita y mi Papá-Pedrito.

Gracias a mi familia que tanto amo y me significan con sus oraciones llenas de cariño: a mis tías Chelita, Ana y Laurita Muñoz, quienes son una extensión maternal para mi. Gracias a mi padrino Enedino Olmos, a Sandy y a mi amada MariFer, su cariño y sonrisas fueron alimento para este trabajo.

Gracias a la mamá de mi esposo, la Sra. América Pérez por ser un ejemplo de lucha y amor en cualquier cosa que nos presente la vida.

Gracias a mi familia Canizales Ponce por su cariño y apoyo, soy afortunada al hacer familia con ustedes.

Gracias a la naturaleza por permitirme conocer y sentir el cariño fiel y sincero de dos perritos en mi vida: Pingo y Pirata.

ÍNDICE

1. Introducción	7
2. Antecedentes	8
a. Personalidad	8
b. Trastornos de personalidad	10
-Trastornos de personalidad de acuerdo a la CIE-10	11
-Trastornos de personalidad de acuerdo al DSM-IV	12
-Prevalencia de los trastornos de personalidad	15
c. Trastorno de Personalidad Límite	16
- Trastorno de personalidad límite de acuerdo a la CIE-10	17
- Trastorno de personalidad límite de acuerdo al DSM-IV	18
- Cuadro descriptivo del paciente con trastorno de personalidad límite	20
- Prevalencia del trastorno de personalidad límite	21
- Factores de riesgo para el trastorno de personalidad límite	22
- Diagnóstico del Trastorno de Personalidad Límite	25
- Comorbilidad del Trastorno de Personalidad Límite	28
- Tratamiento del Trastorno de Personalidad Límite	29
3. Planteamiento del Problema	31
4. Justificación	32
5. Objetivos	33
6. Diseño de Investigación	34

7. Definición de la Población Objetivo	34
8. Criterios de Selección	34
9. Diseño Muestral	35
10. Definición de Variables	36
11. Aspectos Éticos	43
12. Plan de Análisis	43
13. Resultados	44
14. Discusión	73
15. Conclusiones	84
16. Anexo: Instrumento	86
17. Bibliografía	92

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales son considerados dentro de las enfermedades más graves debido a su alta prevalencia y cronicidad, su temprana edad de aparición y la grave discapacidad resultante.

Dentro de los trastornos mentales se encuentran los trastornos de personalidad, los cuales reflejan un grave desequilibrio en la personalidad de los sujetos, lo que implica severas consecuencias en el funcionamiento personal y social de quienes los sufren.

Uno de los trastornos de personalidad que ha tomado relevancia clínica, social y científica, es el Trastorno de Personalidad Límite (TPL), por su prevalencia así como por la dificultad en el tratamiento y por tanto, en el pronóstico de las personas que lo padecen.

Dicho trastorno es considerando una experiencia de vida “al límite”, dando a entender con ello características del cuadro clínico que los describe, como lo son, relaciones interpersonales en extremo inestables, intentos de suicidio, arrebatos de ira con grandes posibilidades de dañarse o dañar a otras personas, intentos extremos por impedir que sus vínculos sociales se vean perdidos así como constantes signos de despersonalización.

El TPL en edades adultas ha mostrado estrecha comorbilidad con otros trastornos mentales, como lo son: trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, pánico y trastorno por déficit de atención.

Diversos estudios internacionales han reportado un incremento en la prevalencia del Trastorno de Personalidad Límite, lo cual invita a los investigadores y profesionales del área de la salud a conocer los factores que se relacionan con la etiología y aumento de dicho trastorno, sin embargo, en México, no existe algún instrumento cuantitativo que

identifique a sujetos con rasgos de personalidad límite, lo cual dificulta la oportuna atención a estos sujetos para evitar el desarrollo del trastorno o posibles complicaciones en su estado de salud mental.

El objetivo de este estudio fue generar un instrumento cuantitativo de tamizaje que identifique con validez a sujetos que presenten rasgos del Trastorno de Personalidad Límite. Se buscó población entre 17 y 19 años con el propósito de identificar de manera oportuna el desarrollo del TPL y evitar con esto complicaciones como la comorbilidad con otros trastornos.

2. ANTECEDENTES

a. Personalidad

El término *personalidad* hace referencia a la organización sistemática del comportamiento y las conductas del individuo, las cuales se integran en su entorno biopsicosocial y le permiten interpretar y reaccionar a cualquier situación externa¹.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV), la personalidad se define como patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo².

La personalidad es el resultado de la interacción que existe entre el temperamento, carácter, inteligencia y autoimagen del sujeto. Los aspectos básicos a valorar en la personalidad se muestran en la siguiente tabla³:

Tabla 1.

Constitución de la personalidad

Objeto	Aspecto (Ámbito, contexto)
Temperamento	Emocional
Carácter	Conativo
Inteligencia	Cognitivo
Autoimagen	Constitución física

El *temperamento* se refiere a aquellas tendencias o aspectos de la personalidad que vienen determinados por la herencia o por factores biológicos que son susceptibles de valoración a través del contexto emocional del individuo⁴.

El concepto de *carácter* hace referencia a los rasgos de la personalidad que están determinados por el ambiente, es decir, por la interacción entre el individuo y su perimundo. No obstante, existe una segunda concepción de *carácter* que se utiliza en el mundo anglosajón y que se refiere a aspectos morales, es decir, de cómo el individuo ha asimilado las leyes morales y preceptos de la sociedad en la que vive. El aspecto a evaluar del carácter hace referencia al impulso para la acción, para el comportamiento, lo que se conoce como conación⁴.

Gardner propone una definición pragmática del concepto *inteligencia*, entendida como la capacidad de los sujetos para aprender, resolver problemas cotidianos, generar nuevos problemas para resolver y crear productos u ofrecer servicios valiosos dentro del propio ámbito cultural.

En su teoría de “Las inteligencias múltiples” explica la existencia de ocho inteligencias: lingüística, lógico-matemática, espacial, corporal-cinestésica, musical, interpersonal, intrapersonal y naturalista, todas ellas reflejadas en el aspecto cognitivo de los seres humanos⁵.

La noción de *autoimagen* describe la capacidad de una persona para construir una percepción precisa respecto de sí misma y de utilizar dicho conocimiento para organizar y dirigir la propia vida; dicha percepción se elabora a través de la autoestima y el autoconcepto. El ámbito de valoración de la autoimagen es la constitución física que hace la persona de sí misma⁶.

Al realizar una evaluación de la personalidad lo que se espera encontrar es unidad, estabilidad e integración de los aspectos que la constituyen. De esta manera, cuando se refleja un desequilibrio en la organización la personalidad, es posible considerar la presencia de un trastorno de la personalidad¹.

b. Trastornos de personalidad

El concepto <<trastorno de personalidad>> ha sido objeto de grandes controversias, constituyendo uno de los mayores interrogantes teóricos y prácticos de la psiquiatría clínica en los últimos tiempos⁷.

Los trastornos de personalidad (TP) constituyen formas de comportamiento rígidas, permanentes, arraigadas y maladaptativas del sujeto. Representan desviaciones o variaciones de la normalidad, tanto por exceso como por defecto, que dan lugar a patrones desadaptativos y consolidados de conducta, estables en el tiempo, que originan un malestar subjetivo y deterioro funcional significativo para el sujeto o para terceras personas⁷.

Actualmente existen dos clasificaciones que se utilizan internacionalmente para realizar el diagnóstico de los trastornos de la personalidad: la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV).

La clasificación de este tipo de trastornos que hacen tanto la CIE-10 como el DSM-IV parte de una perspectiva categorial, cuyo antecedente se encuentra en el modelo clásico de Kurt Schneider⁸, en el sentido de considerar los trastornos de la personalidad como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí. Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas⁹.

- Trastornos de personalidad de acuerdo a la CIE-10

La CIE-10 utiliza el término “trastorno” para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales¹⁰.

En la tabla 2 se muestra la clasificación que ofrece la CIE-10 en capítulo V acerca de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Tabla 2.

CIE 10, Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento

Código	Clasificación
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos).
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F70-F79	Retraso mental.
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico.
F90-F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
F99	Trastorno mental sin especificación.

La CIE-10 señala que un trastorno de personalidad incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida¹⁰.

- Trastornos de personalidad de acuerdo al DSM-IV

De acuerdo al DSM-IV un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto².

El DSM-IV define como *rasgos de personalidad* los patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Un trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son *egosintónicos* (es decir, la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse), se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable), y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo².

El DSM-IV utiliza un sistema multiaxial de diagnóstico que permite una evaluación sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad del sujeto. Dicho sistema

proporciona un formato para organizar y comunicar información clínica y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico¹¹.

El sistema multiaxial del DSM-IV está conformado por cinco ejes de evaluación que se resumen en la tabla 3.

Tabla 3.

DSM – IV

Evaluación multiaxial

Ejes de evaluación	Clasificación
Eje I	Trastornos clínicos
Eje II	Trastornos de la personalidad Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global

En el DSM-IV se distinguen diez tipos de trastornos de personalidad, reunidos en tres grupos por las similitudes de sus características:

Grupo A. Raros o excéntricos:

- **Paranoide** (desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva).
- **Esquizoide** (dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica).
- **Esquizotípico** (anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, que no llegan a reunir los criterios para la esquizofrenia).

► Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón agudo de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

Grupo B. Dramáticos, emotivos o inestables:

- **Antisocial** (conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta).
- **Límite** (inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal).
- **Histriónico** (conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación).
- **Narcisista** (sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal).

▶ Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo y emotividad excesiva. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

Grupo C. Ansiosos o temerosos:

- **Evitativo** (hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza; retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima).
- **Dependiente** (pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de confianza en sí mismo).
- **Obsesivo-compulsivo** (perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento; dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas).

▶ Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

- Prevalencia de los trastornos de personalidad

Se han realizado diferentes estudios con el objeto de conocer la prevalencia de los trastornos de personalidad; dichos estudios muestran una amplia variación en sus resultados. En una revisión sistemática de ellos, podemos observar que la prevalencia de cualquier trastorno de personalidad varía entre 5.9% y 22.5%, con una mediana de 11.1%; la principal limitación de estos estudios es que las muestras que utilizan no son representativas de la población general^{12, 13, 14, 15, 16, 17}.

Torgersen, Kringlen y Cramer realizaron un estudio transversal para estimar la prevalencia de los trastornos de personalidad en una muestra representativa de 2053 personas con edades entre 18 y 65 años en Oslo, Noruega. La información acerca de trastornos de personalidad la obtuvieron mediante una entrevista estructurada para el DSM-III-R de los Trastornos de Personalidad y una entrevista con la grabación de datos demográficos. Los sujetos fueron entrevistados en primer lugar en sus casas y algunos casos también en la clínica¹⁸.

La prevalencia de los trastornos de personalidad fue de 13.4%. Las medidas de prevalencia para los trastornos de personalidad específicos (independientemente de si una persona tiene 1 o más TP), fueron las siguientes: paranoide 2.4%; esquizoide 1.7%; esquizotípica 0.6%; antisocial 0.7%; sádico 0.2%; **límite 0.7%**; histriónico 2.0%; narcisista 0.8%; de evitación 5.0%; dependiente 1.5%; obsesivo-compulsivo 2.0%; pasivo-agresivo 1.7%; de frustración 0.8%¹⁸.

Un estudio piloto evaluó la presencia de los trastornos de personalidad en una muestra representativa de la delegación Tlalpan en la Ciudad de México. La prevalencia general de algún trastorno de personalidad que reportan es de 7.2%¹⁹.

Benjet, Borgues y Medina-Mora presentan las primeras estimaciones poblacionales de la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población mexicana. Aplicaron un

tamizaje a una muestra representativa de la población adulta mexicana en áreas urbanas (n = 2362), como parte de la Encuesta Mexicana Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Encontraron una prevalencia de 4.6% en el Grupo A (raros o excéntricos), **1.6% en el Grupo B** (dramáticos, emotivos o inestables), 2.4% en el Grupo C (ansiosos o temerosos), y 6.1% para cualquier trastorno de personalidad no especificado²⁰.

Todos los trastornos de personalidad poseen relevancia clínica y social por sí mismos; existe una vasta lista de artículos de investigación que pretenden conocer la etiología que los envuelve y el curso que siguen. Uno de los trastornos de personalidad que ha cobrado importancia por su prevalencia y dificultad en el tratamiento es el Trastorno de Personalidad Límite.

c. Trastorno de Personalidad Límite

El trastorno de personalidad límite también es conocido como limítrofe, fronterizo o borderline y ha sido uno de los más controvertidos dentro del campo de la psiquiatría descriptiva y del psicoanálisis durante los últimos años. A pesar de que en un principio se aplicó a pacientes que no podían ser clasificados de otra manera, ni como psicóticos ni como neuróticos, el término ha ido difundiéndose y adquiriendo una gran aceptación²¹.

Stone menciona cuatro diferentes usos del término "limítrofe"²²:

1. Como parte del espectro de dos psicosis clásicas: la esquizofrenia o la maníaco depresiva.
2. Como un síndrome.
- 3. Como un trastorno específico de la personalidad.**
4. Como un nivel de funcionamiento u organización psíquica.

En la actualidad, el *Trastorno de Personalidad Límite (TPL)* es entendido como un trastorno específico de la personalidad de acuerdo al DSM-IV y a la CIE-10, que es la nomenclatura oficial que se emplea en el ámbito psiquiátrico para hacer diagnósticos de tipo descriptivo, los cuales están basados en los rasgos y las conductas de los individuos. Dentro de estos manuales diagnósticos, el trastorno límite es un trastorno específico de la personalidad que incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables¹⁰.

- Trastorno de Personalidad Límite de acuerdo a la CIE-10

El TPL se encuentra incluido en los trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad en los que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y voluble. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo¹⁰.

- **F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo**

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

- ~ Incluye:

- Personalidad explosiva y agresiva.

- Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

- ~ Excluye:

- Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

- **F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite**

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

~ Incluye:

Personalidad "borderline".

Trastorno "borderline" de la personalidad.

- Trastorno de Personalidad Límite de acuerdo al DSM-IV

La categoría del TPL se encuentra incluido en el Eje II de la evaluación multiaxial del DSM-IV (Tabla 4)².

Tabla 4.

DSM – IV, Eje II

Trastornos de la personalidad

Código	Categoría
F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad
F60.2	Trastorno antisocial de la personalidad
F60.3	Trastorno límite de la personalidad
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad
F60.8	Trastorno narcisista de la personalidad
F60.6	Trastorno de la personalidad por evitación
F60.7	Trastorno de la personalidad por dependencia
F60.5	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado

El DSM-IV define al TPL como: “Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems²:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal humor, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

- Cuadro descriptivo del paciente con Trastorno de Personalidad Límite

Retomando lo apuntado por los principales autores que han trabajado en la nosología del TPL como Kernberg²³, Gunderson²⁴, Chessick²⁵ y el DSM-IV², el cuadro descriptivo del paciente límite podría ser el siguiente:

- Múltiples síntomas neuróticos o cuasipsicóticos, típicos en apariencia, pero cuya combinación resulta sumamente peculiar y, a veces, muy incapacitante.
- Si bien puede ser capaz de ser autosuficiente y en ocasiones sacar adelante a una familia o encajar más o menos bien en la sociedad, y funcionar en forma adecuada, particularmente en ambientes estructurados, su nivel general de logros es bajo a pesar de su aparente talento o capacidad.
- Con frecuencia parece “relacionarse” con los demás e incluso tener muchos conocidos. No obstante, detrás de una fachada socialmente aceptable, se oculta una falta de profundidad y genuina riqueza emocional en sus relaciones. Oscila entre vínculos superficiales y otros intensos, dependientes y manipuladores, caracterizados por formas extremas de idealización y devaluación.
- Parece tener un adecuado contacto con la realidad en su vida diaria, no obstante, bajo condiciones de estrés, drogas, alcohol, relaciones interpersonales muy cercanas o situaciones poco estructuradas puede caer en episodios psicóticos breves o experiencias cuasipsicóticas que comúnmente toman la forma de ideación paranoide transitoria o síntomas de despersonalización.
- Una característica común en estos pacientes es la presencia de intensos afectos episódicos (disforia, irritabilidad o ansiedad). La ira es el afecto predominante y, frecuentemente, se reportan sentimientos de vacío y soledad. Puede haber rápidas

y dramáticas fluctuaciones de un estado a otro (como respuesta a situaciones ambientales).

- Se muestra vulnerable a separaciones, rechazos y pérdidas de estructura externa, situaciones que son vividas como abandono, y pueden ocasionar acciones impulsivas como automutilaciones y conductas o amenazas suicidas.
- Presenta una historia de marcada impulsividad, principalmente bajo la forma de uso y abuso de drogas, alcohol, promiscuidad y desviaciones sexuales.
- Manifiesta alteraciones de identidad que se caracterizan por inestabilidad en el concepto de sí mismo y dramáticos cambios en cuanto a objetivos, valores y planes.

- Prevalencia del Trastorno de Personalidad Límite

El DSM-IV establece que la prevalencia del trastorno límite se estima en 2% de la población general; sostiene que el diagnóstico se establece mayoritariamente en las mujeres (75%) y que dicho trastorno representa el 10% de los pacientes que acuden a consulta externa y 20% de los pacientes hospitalizados².

Estudios realizados con muestras de diferentes partes del mundo han encontrado prevalencias que van desde 0% hasta 3.8%, siendo 1.24% la media de dichos valores^{12-17, 26, 27, 28, 29}.

En los hallazgos de Torgersen, Kringlen y Cramer, la prevalencia estimada es de 0.7%, siendo la edad (30 a 39 años) y vivir solos y en el centro de la ciudad las variables que encontraron estadísticamente significativas para el TPL. También encontraron que los trastornos de personalidad límite, histriónico, dependiente y frustrante son dos veces más comunes en las mujeres que en los hombres, sin embargo, de acuerdo al análisis estadístico que realizaron, las diferencias no son estadísticamente significativas¹⁸.

Skodol y Bender consideran que la verdadera prevalencia por sexo es desconocida y que los factores biológicos y socioculturales representan las principales hipótesis de explicación, en caso de que la verdadera prevalencia del TPL difiera por sexo³⁰.

En México no existen investigaciones que señalen la prevalencia del TPL en específico. El único estudio reciente que calcula la prevalencia de los trastornos de personalidad, no detalla la prevalencia para cada trastorno; la descripción de sus resultados es acorde con los grupos considerados en el Eje II del DSM-IV²⁰.

- Factores de riesgo para el Trastorno de Personalidad Límite

La etiología del trastorno de personalidad límite es multifactorial y se asocia con eventos de vida traumáticos durante la niñez, incluyendo abuso sexual y trastornos psiquiátricos familiares³¹.

Guzder, Paris, Zerkowitz y Feldman, realizaron un estudio de casos y controles con niños diagnosticados con TPL. En sus hallazgos reportan que el grupo de sujetos con TPL presentó mayor prevalencia de abuso físico, sexual, negligencia severa, así como desintegración familiar y tener padres criminales. En un análisis multivariado encontraron que las variables de mayor impacto fueron abuso sexual y padres criminales. En la siguiente tabla se resumen sus resultados³²:

Tabla 5.**Prevalencia de factores de riesgo en niños con y sin Trastorno de Personalidad Límite**

Variable	Con TPL n = 41 %	Sin TPL n = 53 %	χ^2	p
Abuso físico	80.5	54.7	6.8	0.01
Abuso sexual	34.1	7.5	10.6	0.001
Negligencia severa	73.2	45.3	7.4	0.01
Testigos de violencia	82.9	49.1	11.5	0.001
Separaciones frecuentes de sus padres	78.0	55.8	5	0.05
Padres divorciados	80.5	50.9	8.7	0.01
Padres criminales	65.9	34.6	9	0.01

χ^2 = Prueba estadística de *Chi cuadrada*; p = Valor de probabilidad

Un estudio dirigido por Bandelow tuvo por objeto conocer si los factores de riesgo asociados a eventos traumáticos en la vida temprana, actitudes de los padres, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos y la historia de nacimiento, se relacionaban con la presencia del TPL en la vida adulta. Encontraron que las experiencias traumáticas en la infancia fueron significativamente mayores en pacientes con TPL, incluidos en esta categoría abuso sexual, violencia física, separación de los padres y enfermedades en la infancia. La actitud de los padres se describe muy desfavorable en todos los aspectos para los sujetos con TPL; la prevalencia de trastornos psiquiátricos en las familias de los casos fue significativamente más alta que en los controles, especialmente trastornos de ansiedad, depresión y tendencias suicidas. Entre los factores de riesgo de nacimiento, se informó con mayor frecuencia nacimiento prematuro para los sujetos con TPL. Los factores que mostraron una influencia significativa a través de un análisis estadístico fueron: familiares con trastornos psiquiátricos, abuso sexual, separación de los padres y actitudes desfavorables de los mismos³¹.

Tabla 6.

Regresión logística: Factores asociados con el Trastorno de Personalidad Límite

Variable	Odds ratio	Intervalo de confianza	<i>p</i>
Parientes de primer grado con trastorno de espectro neurótico	22.00	2.5–196.03	0.0056
Abuso sexual en la infancia	17.63	4.49–69.26	< 0.0001
Separación de los padres	3.52	1.49–8.33	0.0042
Actitudes desfavorables de los padres	1.12	1.01–1.21	0.014
Violencia en la familia	4.54	0.55–37.69	0.16
Factores de riesgo al nacer	1.23	0.60–2.53	0.58
Alcoholismo de los padres	0.89	0.11–7.23	0.91

p = Valor de probabilidad

En el mismo estudio de Bandelow, podemos observar en la tabla 6 que los factores de riesgo que resultaron significativos para el TPL fueron parientes de primer grado con trastorno de espectro neurótico, abuso sexual en la infancia, separación de los padres y actitudes desfavorables de los padres.

En los estudios que han considerado el género como criterio de inclusión, se ha encontrado que para las mujeres, el abuso sexual infantil se configura como el principal factor de riesgo³³, así como el abuso físico y verbal experimentado por múltiples perpetradores y tener una historia de adopción³⁴; mientras que para los hombres, la separación o pérdida de los padres y el abuso sexual infantil, representan el riesgo más significativo para TPL³⁵.

Otro estudio realizado con una muestra de infantes encontró que los factores de riesgo para TPL son abuso sexual y físico, negligencia grave, padres delincuentes y con abuso de sustancias, siendo el abuso sexual y la negligencia los más significativos. Concluyen que los factores de riesgo para el TPL en los niños son similares a los encontrados en los adultos³⁶.

Finalmente, en un estudio hecho por Barone, concluye que algunas experiencias de apego en el desarrollo de vida de sujetos con TPL, parecen constituir factores de riesgo importantes de este trastorno³⁷.

No se ha reportado información referente a los factores de riesgo para el Trastorno de Personalidad Límite en población mexicana.

- Diagnóstico del Trastorno de Personalidad Límite

De acuerdo con el Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental³⁸, diagnosticar el Trastorno de Personalidad Límite es una tarea compleja a causa de la variabilidad de sus presentaciones clínicas. Además, la existencia de otras patologías asociadas y de características no siempre bien definidas que pueden subestimar o sobrestimar el propio diagnóstico.

Diferentes autores mencionan que identificar grupos de síntomas en edades tempranas puede ser altamente predictivo de la psicopatología posterior, además de que permite abordar la enfermedad de una forma más adecuada^{31, 32, 34, 36-38}. El no hacerlo implica mayor dificultad en la relación terapéutica y no detectar situaciones de riesgo como lo pueden ser las tentativas de suicidio y problemas legales del paciente³⁸.

El diagnóstico de TPL se puede obtener mediante la entrevista clínica o diferentes instrumentos de evaluación. La entrevista clínica ha mostrado poca confiabilidad entre los evaluadores. A continuación se muestra una revisión de los diferentes instrumentos de evaluación que han sido utilizados en diversos estudios, en cualquier caso, siempre es aconsejable recurrir a instrumentos estandarizados (entrevistas o cuestionarios) que sean completados con la entrevista clínica³⁸.

- **Entrevistas estructuradas**

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV: SCID-II.

Incluye los 10 diagnósticos del DSM-IV y también los trastornos de personalidad depresivo, pasivo-agresivo y no especificado. El entrevistador debe tener experiencia clínica y una formación específica para llevar a cabo esta entrevista³⁹.

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).

Promovido por la OMS y la FDA Americana, consta de dos módulos que evalúan respectivamente criterios DSM-IV y CIE-10. Para llevar a cabo este examen se requiere personal experimentado y con un entrenamiento previo⁴⁰.

Entrevista Estructurada para la Personalidad según el DSM-IV: SIDP-IV.

La SIPDP-IV es una entrevista semiestructurada, algo más extensa que las anteriores (entre 90 y 120 minutos) y que puede correr a cargo de personal no autorizado, con un entrenamiento previo. Evalúa criterios DSM-IV organizados en 17 secciones temáticas para facilitar la semejanza con una entrevista clínica⁴¹.

- **Cuestionarios autoadministrados**

Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada: DIB-R.

Versión revisada de la entrevista DIB que ha demostrado más eficacia diagnóstica y más especificidad ante otros trastornos del Eje II que la DIB original. Evalúa en el TPL 5 ámbitos de contenido: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales⁴².

Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III).

Es un instrumento formado por 24 escalas clínicas que valoran tanto la patología de la personalidad, según DSM-IV, como los trastornos de estado más prevalentes. Su realización requiere un tiempo comprendido entre los 20 y los 30 minutos⁴³.

Cuestionario diagnóstico de la personalidad (PDQ-4).

Utiliza los criterios diagnósticos del DSM-IV para los trastornos de la personalidad que evalúa los 10 diagnósticos oficiales, además del depresivo y el pasivo-agresivo. Se puede responder en media hora aproximadamente⁴⁴. En México se realizaron dos estudios con la versión anterior de este instrumento que utilizaba los criterios del DSM-III^{19, 45}.

López, Páez y cols. realizaron en 1996 un estudio sobre la traducción y validación del PDQ en su versión revisada con una muestra de 60 sujetos mexicanos. La prevalencia del TPL fue de 46.6%, con sensibilidad de 0.90 y especificidad de 0.75. Concluyeron que el PDQ-R tiene un comportamiento clinimétrico diferencial para cada grupo de trastornos y que al utilizarse se deben tener en cuenta sus limitaciones⁴⁵.

Posteriormente, Páez y cols. publicaron un estudio acerca de la prevalencia de los trastornos de personalidad con población de la delegación Tlalpan en la Ciudad de México, utilizando el PDQ-R en su versión en español. Se encontró una prevalencia de 24.5% para el TPL que, de acuerdo a una comparación que realiza el autor, es mayor al 4.6% encontrado por Zimmerman y cols. con el mismo instrumento en su versión en inglés en población estadounidense. Páez explica que el PDQ-R no se comporta de forma adecuada en los estudios de comunidad abierta, por lo que los valores de prevalencia que encontró no deben tomarse como veraces¹⁹.

Páez y cols. concluyen diciendo que el PDQ-R en su versión en español, no es un instrumento adecuado para evaluar los Trastornos de Personalidad en la comunidad, pues tiende a sobrediagnosticar las categorías¹⁹.

- **Instrumentos dimensionales**

Inventario NEO de la Personalidad Revisado (NEO PI-R).

Inspirado en el modelo precursor de Cattell, el modelo de los cinco factores básicos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad). El Inventario de Personalidad NEO Revisado se puede responder en 30 ó 40 minutos⁴⁶.

Inventario del Temperamento y el Carácter.

Cloninger ha desarrollado progresivamente desde los años ochenta un modelo que integra el papel de dimensiones temperamentales heredables (identifica nuevos comportamientos, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y variables caracterológicas que se modifican durante el desarrollo (autodirección, cooperación y autotranscendencia). El TCI ha mostrado una concordancia aceptable con los trastornos de la personalidad del DSM-IV⁴⁷.

No existe algún instrumento estandarizado en población mexicana para identificar sujetos con el Trastorno de Personalidad Límite.

Comorbilidad del Trastorno de Personalidad Límite

Como consecuencia de la variada sintomatología que presenta, sumada a la inestabilidad afectiva y a la disminución del control que caracterizan este patrón y que provocan la aparición periódica de diferentes trastornos del Eje I, síndromes ansiosos, somatoformes, depresivos, esquizofrénicos y abusos de sustancias es muy probable que este trastorno se manifieste junto con otros trastornos de la personalidad⁴⁸.

La comorbilidad que se presenta con diagnósticos del Eje I se puede observar en la siguiente tabla⁴⁸:

Tabla 7.

Comorbilidad del Trastorno de Personalidad Límite con otros diagnósticos

Porcentaje de comorbilidad con la Categoría Diagnóstica	Categoría Diagnóstica	Diagnóstico	Porcentaje de comorbilidad con el Diagnóstico
93%	Trastorno Afectivo	Depresión Mayor	83
		Distimia	38
		Bipolares II	9
88%	Trastorno de Ansiedad	Trastornos por Estrés Postraumático	56
		Crisis de Angustia (Trastorno de Pánico)	48
		Fobia Social	46
		Fobia Simple	32
		Trastorno Obsesivo Compulsivo	16
		Trastorno por Ansiedad Generalizada	13
		Agorafobia	12
64%	Trastorno por Uso De Sustancias	Abuso de Alcohol	52
		Abuso de Otras Sustancias	46
53%	Trastorno del Comportamiento Alimentario	Bulimia	26
		Anorexia	21

El TPL suele ser comórbido con otros trastornos de personalidad (Eje II), en concreto con el trastorno antisocial, el evitativo, el histriónico, el narcisista y el esquizotípico³⁹.

Tratamiento del Trastorno de Personalidad Límite

La mayoría de los pacientes con TPL, clasificados de acuerdo al DSM-IV, reciben un tratamiento usual que consiste en terapia de apoyo, medicación y hospitalizaciones breves. López y cols. consideran que existen tratamientos más específicos para esta psicopatología, como la psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia focalizada en la transferencia, la terapia dialéctico conductual, la hospitalización parcial, la terapia de

grupo, la terapia de familia y la terapia de apoyo. Este mismo autor describe que los sujetos con TPL *“en general, se considera que son intratables o que requieren tratamientos largos y costosos, aplicados por terapeutas de gran experiencia”*⁴⁹.

Con el tratamiento usual la tasa de deserción es de 60% y los pacientes que persisten en tratamiento por varios años tienen muy poca mejoría, aun con terapeutas experimentados⁴⁹.

Con las terapias específicas para el TPL se obtienen mejorías significativas entre los 12 y 18 meses. La tasa de deserción para la terapia focalizada en la transferencia es de 19.1%, para la terapia dialéctico-conductual es de 16.7%, para la psicoterapia del *self* de 16% y del 12% para la hospitalización parcial⁴⁹.

El TPL sin manifestaciones suicidas agudas y graves puede ser tratado con *olanzapina*, *valproato* y *ácido graso omega-3*^{50, 51}. Sin embargo, cuando existe una conducta suicida grave, se recomiendan tratamientos conjuntos con psicoterapia y farmacoterapia con objeto de mantener un contacto personal con los pacientes, que permita evaluar el riesgo suicida en forma continua y realizar las medidas psicoterapéuticas necesarias para contener la tendencia suicida⁵².

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La personalidad forma parte indisoluble de todos los seres humanos; se trata de aquellas características psicológicas que nos definen y sostienen. Dichas características no aparecen de forma espontánea; es necesario un intercambio genético y una infinidad de interacciones sociales para elaborar y re-elaborar la personalidad de cada individuo.

Cuando las interacciones sociales son negativas para el bienestar de los sujetos, existe una gran posibilidad de que su personalidad resulte seriamente dañada. En la actualidad, constan diferentes formas de aproximarse a la valoración de dicho daño, una de ellas es categórica y descriptiva y ofrece definiciones que engloban las principales características de determinados trastornos de personalidad.

Los trastornos de personalidad forman parte de los trastornos mentales; se estima para ellos prevalencias altas entre la población general, lo cual representa un problema de salud pública, dado que cada sujeto con un trastorno de personalidad se encuentra seriamente afectado de forma personal y social, lo que implica malestar constante y pérdidas socio-económicas importantes.

El Trastorno de Personalidad Límite forma parte de los trastornos de personalidad; se considera uno de los más graves de acuerdo a la prevalencia que tiene, así como a la dificultad en el tratamiento y pronóstico de quienes lo sufren. Es poco lo que se conoce con respecto a la epidemiología de este trastorno; en México no se cuenta con estudios que describan dicha información.

Diversos estudios han manifestado la necesidad de identificar a los sujetos que manifiestan rasgos del TPL en edades tempranas, con el propósito de evitar su desarrollo o futuras complicaciones como la perene inestabilidad en las relaciones sociales que establecen así como la comorbilidad con otros trastornos mentales.

En México, el diagnóstico de TPL es realizado por profesionales de la salud mental a sujetos adultos a través de una entrevista cualitativa en donde determinan la presencia o no de los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV. No contamos con algún instrumento cuantitativo que identifique de forma válida a sujetos jóvenes con rasgos del TPL.

Tomar la valiosa información que se ha generado en torno a este problema para favorecer el desarrollo científico en nuestro país a través de la elaboración de un instrumento cuantitativo que identifique a sujetos con rasgos del Trastorno de Personalidad Límite, conduce a la pregunta: **¿El instrumento elaborado identifica de forma válida sujetos con rasgos del Trastorno de Personalidad Límite?**

4. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud insta en la promoción de investigaciones que ayuden a conocer las causas que se asocian a los trastornos mentales para llevar a cabo acciones específicas en la prevención primaria y secundaria debido a que dichos trastornos son comunes en todos los países y causan un sufrimiento incalculable. Las personas con estos trastornos a menudo son sometidas a aislamiento social, una mala calidad de vida y un mayor riesgo de mortalidad. Estos trastornos son la causa de elevados costos económicos y sociales⁵³.

El Trastorno de Personalidad Límite es uno de los más frecuentes dentro de los trastornos de personalidad¹⁰ y su tratamiento es prolongado, costoso y con resultados limitados^{49, 54}, por lo que resulta necesario conocer su prevalencia en diferentes grupos de jóvenes y describir los factores que lo desencadenan debido a las posibles implicaciones que se pueden desprender para el tratamiento y pronóstico de los sujetos.

Se ha reportado en la investigación científica que a mayor edad en los sujetos con diagnóstico de TPL, tienen mayor probabilidad de presentar comorbilidad con otros trastornos mentales, como lo son: trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de estrés postraumático, pánico y trastorno por déficit de atención con hiperactividad, lo que deriva en severas complicaciones para su tratamiento⁵⁵.

El instrumento elaborado busca identificar a sujetos con rasgos de personalidad límite en edades tempranas, con el propósito de medir el TPL en su forma más pura, sin la presencia de algún otro trastorno mental, de forma que, dicho instrumento de tamizaje facilite la detección oportuna del TPL y así se puedan elaborar y brindar medidas de control.

En nuestro país no se cuenta con información que apunte hacia la prevalencia del TPL, por lo que elaborar un instrumento que identifique a sujetos con rasgos de dicho trastorno, representa un importante avance teórico que puede favorecer los niveles de prevención para el TPL, así como impulsar la investigación en torno a la etiología del problema.

5. OBJETIVOS

GENERAL

- Identificar con validez sujetos que presenten rasgos del Trastorno de Personalidad Límite.

ESPECÍFICOS

- Evaluar la validez del instrumento elaborado.
- Cuantificar la confiabilidad del instrumento elaborado.

- Estimar la proporción de sujetos con rasgos de Trastorno de Personalidad Límite de acuerdo al instrumento elaborado.

6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de validación de un instrumento de tamizaje.

7. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

El estudio se realizó con una muestra de jóvenes entre 16 y 19 años tomada del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Sur.

8. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Inclusión
 - ~ Hombres y mujeres con edades entre 16 y 19 años de edad.
- Exclusión
 - ~ Quienes no desearon participar.
- Eliminación
 - ~ Sujetos que no completaron el cuestionario.

9. DISEÑO MUESTRAL

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo del tamaño de muestra se realizó de acuerdo al número de reactivos que existen en el instrumento⁵⁶; estimamos 10 sujetos por cada reactivo, lo que da por resultado:

$$n = \text{número de reactivos} * 10$$

$$n = 57 * 10$$

$$n = 570$$

Sumamos el 10% del tamaño de muestra calculado para amortiguar la pérdida estadística:

$$n = 570 + (570 * 0.10)$$

$$n = 570 * 57$$

$$n = 627$$

Se obtuvo un tamaño de muestra de 627 sujetos.

TIPO DE MUESTREO

La muestra se conformó seleccionando todos los casos elegibles de acuerdo a los criterios de selección establecidos hasta completar el tamaño de muestra.

10. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

a. SEXO

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

Órganos sexuales⁵⁷.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Cada sujeto responderá en el instrumento si es hombre o mujer.

- **ESCALA DE MEDICIÓN**

Variable cualitativa, nominal, dicotómica.

- **INDICADORES**

H = Hombre

M = Mujer

b. EDAD

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

Tiempo que ha vivido una persona⁴².

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Cada sujeto responderá en el instrumento cuántos años tiene de edad.

- **ESCALA DE MEDICIÓN**

Variable cuantitativa, continua, de razón.

- **INDICADORES**

Números que significaran la cantidad de años vividos.

c. DISTRACTORES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Reactivos del instrumento que buscan información no relacionada con los rasgos de personalidad límite y que tienen como propósito distraer la atención del sujeto de los contenidos específicos del instrumento para obtener el mayor número de respuestas verdaderas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se evaluarán a través de los siguientes reactivos:

- Te gusta la principal actividad a la que te dedicas...
- La lectura te parece algo apasionante...
- Practicas alguna actividad física...
- Te parece difícil organizar eficientemente tus gastos...
- Cuando asistes a fiestas te la pasas muy mal...
- Te resulta sencillo establecer una conversación con alguien desconocido...
- Pensar en tu vida a futuro te causa temor...

ESCALA DE MEDICIÓN

Variable cualitativa, nominal.

INDICADORES

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

d. TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al

principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal humor, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves².

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se considerará sujeto con rasgos de personalidad límite cuando presente cinco de los nueve criterios.

ESCALA DE MEDICIÓN

Variable cuantitativa, discreta.

INDICADORES

1. El criterio 1 que consiste en esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado, se medirá a través de los reactivos:
 - Imaginas que “esa persona” importante para ti quiere dejarte...
 - Eres capaz de realizar cualquier cosa con tal de no perder una relación personal importante para ti...
 - Cuando discutes con “esa persona” importante para ti, te resulta fácil controlar tu comportamiento...
 - Tienes comportamientos llenos de ira (por ejemplo: gritos, amenazas, golpes) cuando percibes que puedes perder una relación personal importante para ti...
 - Te parece vital tener una relación importante de pareja en tu vida...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos tres de los cinco reactivos que lo miden.

2. El criterio 2 que consiste en un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación, se medirá a través de los reactivos:
 - Quieres o admiras a alguien y luego pasas a considerarla(o) lo peor del mundo...
 - Eres capaz de identificar los defectos de las personas que son importantes para ti...
 - Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son estables...
 - Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son demasiado conflictivas...
 - Cuando una persona es importante para ti, pasas de quererla mucho a no quererla nada...
 - La relación que tienes con tu familia es estable...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos tres de los seis reactivos que lo miden.

3. El criterio 3 que consiste en alteración de identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable, se medirá a través de los reactivos:
- Mantienes tu opinión firme con respecto a una situación en todo momento...
 - Tus proyectos importantes y que consideras “seguros, inamovibles”, de un momento a otro los cambias radicalmente...
 - Te sientes inconforme con tu forma de ser...
 - Calificarías tu rendimiento escolar y/o laboral como “excelente”...
 - Te sientes cómodo con un grupo de amigos (asumes la forma de pensar que tienen, su “look” y sus actividades), pero de un momento a otro, abandonas a ese grupo porque te sientes más identificado con un grupo distinto...
 - Te gusta tu imagen física...
 - Consideras que tu identidad sexual (sentirte hombre o mujer), es estable...
 - Consideras que tus preferencias sexuales son estables...
 - En ciertos períodos te atraen personas de tu mismo sexo y en otros períodos te atraen personas del sexo opuesto...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos cinco de los nueve reactivos que lo miden.

4. El criterio 4 que consiste en impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida), se medirá a través de los reactivos:
- Realizas tus gastos utilizando únicamente el dinero del que dispones...
 - Actúas de forma impulsiva...
 - Llegas a tener atracones de comida que no puedes controlar...
 - Apuestas dinero...
 - Tienes relaciones sexuales con personas que acabas de conocer...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos tres de los cinco reactivos que lo miden.

5. El criterio 5 que consiste en comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación, se medirá a través de los reactivos:

- Tienes ideas relacionadas con hacerte daño a ti misma(o) (cortarte, golpearte, etc.)...
- Cuando te haces daño (por ejemplo: insultarte, golpearte, cortarte, dejar de comer), logras disminuir el enojo o la ansiedad...
- Lastimas tu cuerpo, por ejemplo, con golpes, cortadas, quemaduras o dejando de comer por periodos prolongados...
- Piensas en suicidarte...
- Has intentado suicidarte...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos tres de los cinco reactivos que lo miden.

6. El criterio 6 que consiste en inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días), se medirá a través de los reactivos:

- Cuando experimentas ataques de risa o de llanto puedes controlarlos con facilidad...
- Tu estado de ánimo es tan cambiante que de un momento a otro, puedes pasar de una gran alegría a un fuerte enojo...
- Te resulta sencillo controlar tus estados de ánimo...
- Te resulta difícil mantenerte estable en tus emociones...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos dos de los cuatro reactivos que lo miden.

7. El criterio 7 que consiste en sentimientos crónicos de vacío, se medirá a través de los reactivos:

- Experimentas alegría y satisfacción con las cosas que realizas...
- Te sientes tan triste que dejas de hacer tu vida cotidiana...
- Piensas que tu vida no tiene sentido...
- Te has sentido sin esperanza...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos dos de los cuatro reactivos que lo miden.

8. El criterio 8 que consiste en ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal humor, enfado constante, peleas físicas recurrentes), se medirá a través de los reactivos:

- Te gusta contradecir a la gente, aún cuando sepas que no tienes razón...
- Te encuentras de mal humor y te enfadas demasiado por cualquier situación...
- Cuando te sientes muy enojada(o), es probable que rompas cosas...
- Acostumbras arreglar los problemas a golpes...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos dos de los cuatro reactivos que lo miden.

9. El criterio 9 que consiste en ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves, se medirá a través de los reactivos:

- Estás muy pendiente de los murmullos de las personas porque piensas que pueden estar hablando de ti...
- Cuando experimentas mucho estrés, llegas a tener la sensación de estar fuera de tu cuerpo...
- Piensas que los demás te critican o que te quieren hacer daño...
- Actúas con una única y definida personalidad...

- Has sentido que las personas, objetos o el mundo no son reales...
- Tienes la sensación de escuchar la voz de otras personas cuando en realidad no están presentes...
- Tienes la sensación de que tu cuerpo no es tuyo...
- Al verte a ti misma(o) llegas a pensar que esa persona no eres tú...

El sujeto presentará este criterio cuando responda: siempre o muchas veces, en al menos cuatro de los ocho reactivos que lo miden.

11. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación que aquí se presenta se realizó de acuerdo a la Ley Federal de Salud, en su Título Quinto: Investigación para la Salud⁵⁸.

Se le solicitó a cada uno de los participantes su asentimiento para participar en la investigación, informándoles de forma verbal el propósito del estudio, en qué consistiría su participación, así como el uso que se daría a la información que proporcionarán. Se les informó de los servicios que ofrece el CCH sur para resolver las posibles inquietudes que pudieran surgir al responder el instrumento. La aplicación se realizó únicamente con aquellos sujetos que otorgaron su asentimiento.

12. PLAN DE ANÁLISIS

Las respuestas proporcionadas por los 741 sujetos se capturaron en el programa *IBM SPSS Statistics 19*. A partir de la base de datos generada y con el mismo paquete estadístico, se realizó el análisis descriptivo de los datos. Posteriormente, se evaluó la factibilidad de aplicar la técnica de Análisis de Factores para obtener la validación del instrumento.

Se calculó la confiabilidad a través del *Alpha de Cronbach* y se realizó un Análisis de Factores por “*Factorización de Ejes Principales*”.

Una vez que se conoció de que forma se agruparon los reactivos en factores e indicadores, se clasificó a los sujetos en “*Casos y No Casos*”, a partir del número de respuestas “*Positivas*” a las preguntas; se determinó la presencia de criterios diagnósticos. Se realizó un análisis descriptivo de los sujetos que presentaron uno o más criterios diagnósticos.

Posteriormente, se estableció una clasificación de Riesgo (Sin Riesgo, Riesgo, Alto Riesgo y con Posible TPL), de acuerdo al número de criterios que presentaba cada sujeto; se realizó análisis descriptivo de dichas categorías.

Finalmente se calcularon las Razones de Momios para la Prevalencia (RMP) para los sujetos con posible TPL, para conocer la magnitud que cada criterio tiene para determinar el diagnóstico del TPL.

13. RESULTADOS

Se elaboró un instrumento auto-aplicable, con 57 reactivos que exploran los 9 criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad Límite (TPL), de acuerdo al DSM-IV (*Anexo*).

Los reactivos se redactaron en afirmación, con 4 opciones de respuesta tipo Likert. Por ejemplo:

Eres capaz de realizar cualquier cosa con tal de no perder una relación personal importante para ti...

a) *Siempre*

b) *Muchas veces*

c) *Pocas veces*

d) *Nunca*

El instrumento cuenta con validez aparente (*face validity*), dado que fue revisado y aprobado por dos expertos en Salud Mental.

El estudio se realizó con una muestra de jóvenes entre 15 y 21 años de edad tomada del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel sur, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

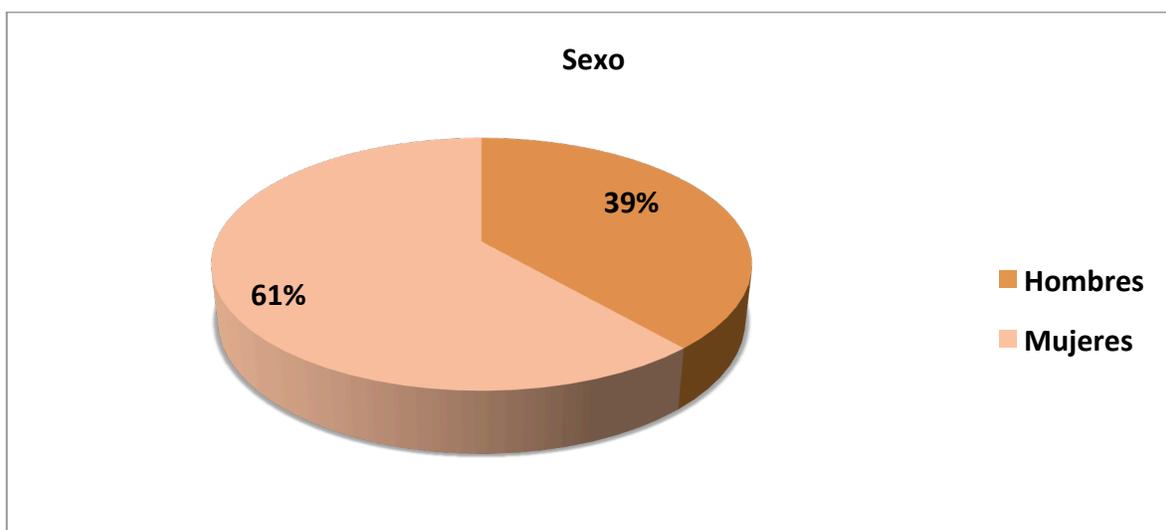
La fase de campo se realizó los días 25, 26 y 27 de abril de 2011. Se aplicaron 741 cuestionarios.

Características socio-demográficas: sexo, edad y semestre.

SEXO

La muestra se conformó por 455 mujeres y 286 hombres.

Gráfico 1. Sexo



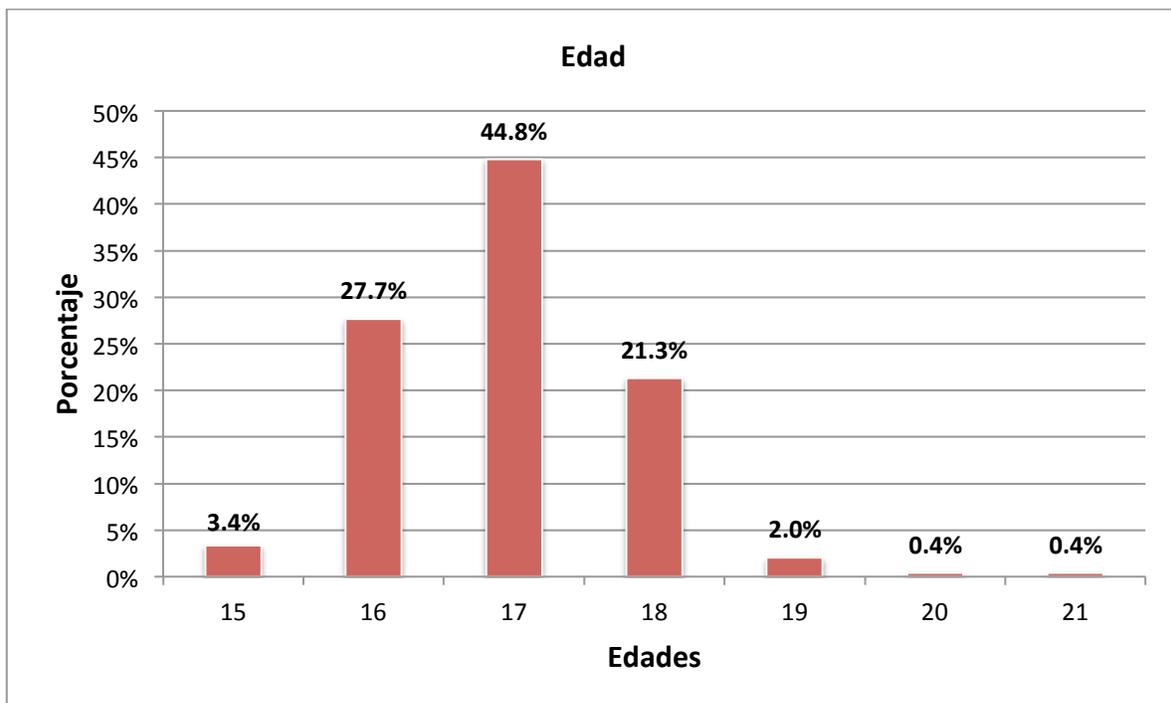
EDAD

La media de la variable edad fue de 16.94 años, con una moda de 17 años; el 94% de la muestra tuvo edades entre 16 y 18 años.

Tabla 8. Medidas de tendencia central: Edad

Media	Moda	Desviación Estándar
16.94	17	0.897

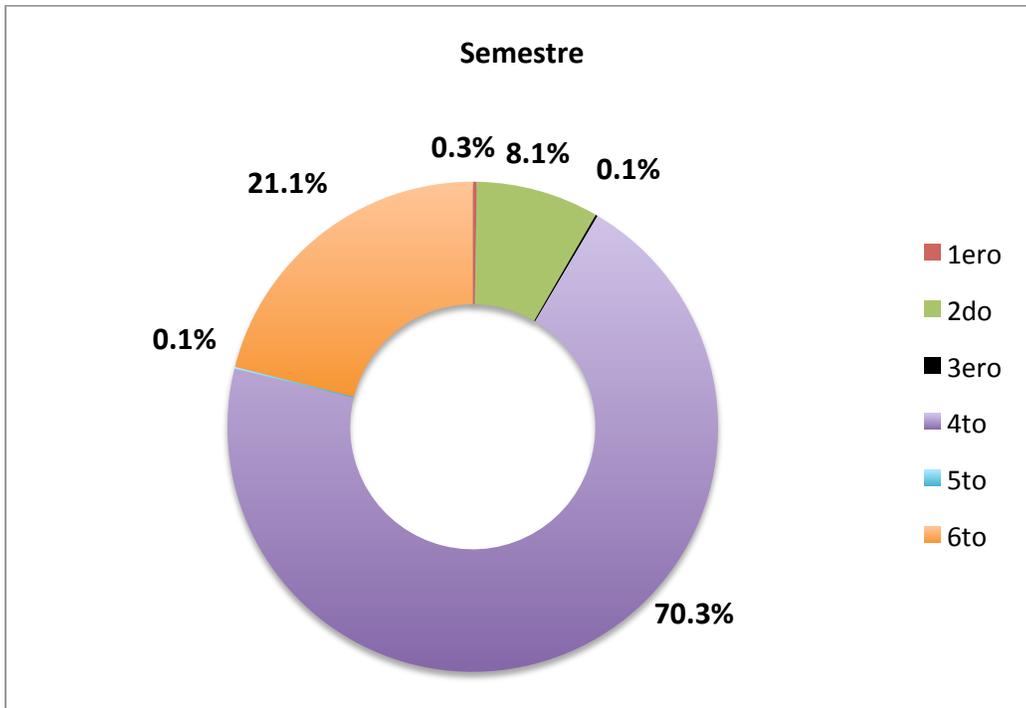
Gráfico 2. Frecuencia: Edad



SEMESTRE

En el momento de la aplicación, los estudiantes cursaban el semestre 2011-2, por lo que la mayor parte de los estudiantes se agruparon en los semestres “pares”, es decir, en segundo, cuarto y sexto semestre. La moda de la variable semestre fue cuarto.

Gráfico 3. Frecuencia: Semestre



Análisis de Factores

El análisis de factores es un método estadístico multivariado cuyo propósito es definir la estructura subyacente en una matriz de datos.

Analiza la estructura de las correlaciones entre un gran número de variables con la definición de una serie de dimensiones subyacentes comunes, conocidas como factores.

El principal objetivo del Análisis de Factores es la reducción de datos.

Se siguió la técnica de Análisis de Factores con el programa *IBM SPSS Statistics 19*.

- Se calculó la suma total de respuestas para cada variable, para conocer la distribución de respuestas que obtuvieron los sujetos (a mayor sumatoria, mayor frecuencia de comportamientos relacionados con el TPL).
- Se calcularon los cuartiles de la variable “suma total” para discriminar a los sujetos que tuvieron respuestas que reflejan menor frecuencia de comportamientos relacionados con el TPL de aquellos que tuvieron mayor frecuencia de dichos comportamientos.

Tabla 9. Percentiles

Percentil	Valor
25	157
50	166
75	174

- A partir de los cuartiles, se calculó una nueva variable llamada “grupos extremos”, a la que se le aplicó una prueba “t” de student para muestras independientes. Los grupos extremos se conformaron por los sujetos que se encontraron en los percentiles 25 y 75. Se aplicó la prueba “t” para conocer si las respuestas de estos dos grupos fueron diferentes con significancia estadística.
- A partir de la prueba “t”, se eliminaron 8 reactivos que no arrojaron respuestas con diferencias estadísticamente significativas (>0.05), entre los grupos. Los reactivos eliminados se presentan a continuación:

Tabla 11. Reactivos eliminados (1era. etapa)

Reactivo	Criterio que medía	Significancia
1. Te gusta la principal actividad a la que te dedicas...	Distractor	0.18
6. Eres capaz de identificar los defectos de las personas que son importantes para ti...	Relaciones interpersonales inestables	0.99
7. La lectura te parece algo apasionante...	Distractor	0.06

Reactivo	Criterio que medía	Significancia
13. Practicas alguna actividad física...	Distractor	0.58
21. Te parece difícil organizar eficientemente tus gastos...	Distractor	0.94
34. Cuando asistes a fiestas te la pasas muy mal...	Distractor	0.48
41. Te resulta sencillo establecer una conversación con alguien desconocido...	Distractor	0.55
49. Pensar en tu vida a futuro te causa temor...	Distractor	0.78

- El instrumento hasta esta etapa obtuvo confiabilidad de 0.878.

Tabla 10. Estadísticos de confiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Número de elementos
0.878	0.887	49

- Se calculó la correlación de los 49 reactivos restantes; dichas correlaciones fueron <0.6 , por lo que se decidió realizar una rotación ortogonal.
- Como segunda fase de eliminación, se quitaron 3 reactivos que obtuvieron correlaciones <0.2 (Tabla 12).

Tabla 12. Reactivos eliminados (2da. etapa)

Reactivo	Criterio que medía	Correlación
3. Mantienes tu opinión firme con respecto a una situación en todo momento...	Alteración de la identidad	0.11
28. Apuestas dinero...	Impulsividad	0.12
45. Te parece vital tener una relación importante de pareja en tu vida...	Evitar abandono de personas cercanas	0.01

- Finalmente, se realizó un análisis de factores usando el método de “Factorización de Ejes Principales”.

La medida global de adecuación muestral que se obtuvo fue de 0.895, la cual puede ir de 0 a 1 y explica en qué grado una variable es predicha sin error por las otras variables.

De acuerdo con Hair⁵⁹, si la medida de adecuación muestral es 0.80 o mayor, se considera sobresaliente.

Tabla 13. KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		0.895
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	8297.892
	Grados de Libertad	1035
	Significancia	0.000

La Varianza total explicada con 9 factores fue de 47%, la cual asegura una significación práctica de los factores derivados.

En las ciencias sociales se considera que una solución que represente un 60% de la varianza total (y en algunos casos menos) es satisfactoria⁵⁹.

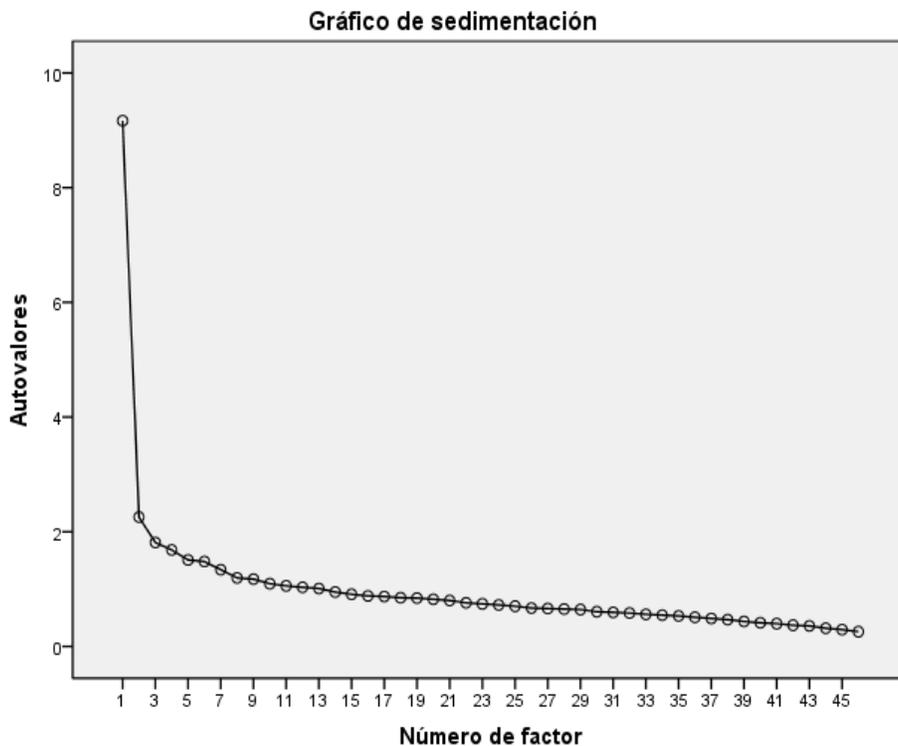
Tabla 14. Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9.167	19.927	19.927	8.575	18.641	18.641	2.938	6.387	6.387
2	2.256	4.904	24.831	1.677	3.645	22.286	2.693	5.855	12.242
3	1.812	3.940	28.771	1.308	2.844	25.130	1.765	3.838	16.079
4	1.683	3.658	32.429	1.017	2.211	27.341	1.757	3.820	19.899
5	1.508	3.279	35.708	.887	1.929	29.269	1.711	3.719	23.618
6	1.480	3.218	38.926	.863	1.876	31.145	1.678	3.648	27.266
7	1.339	2.910	41.836	.722	1.570	32.715	1.651	3.590	30.856
8	1.195	2.598	44.434	.557	1.211	33.926	1.338	2.908	33.764
9	1.174	2.552	46.986	.486	1.056	34.982	.560	1.218	34.982

Método de extracción: Factorización de Ejes principales.

El gráfico de sedimentación que se obtuvo fue el siguiente:

Gráfico 4. Gráfico de sedimentación



De acuerdo al gráfico de sedimentación, se observa la presencia de 2 factores con clara diferenciación y 7 factores con autovalores en los que se observan pequeños cambios antes de que en el factor 9 comience una línea asintótica.

Se utilizó el método *Varimax* para calcular la matriz de factores rotados (Tabla 15). Se encontraron:

- 5 Factores
- 3 Indicadores

Tabla 15. Matriz de Factores Rotados

Reactivo	Factor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Te gusta contradecir a la gente, aún cuando sepas que no tienes razón...								
4. Quieres o admiras a alguien y luego pasas a considerarla(o) lo peor del mundo...								
5. Te encuentras de mal humor y te enfadas demasiado por cualquier situación...		0.51						
8. Realizas tus gastos utilizando únicamente el dinero del que dispones...								
9. Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son estables...					0.52			
10. Cuando experimentas ataques de risa o de llanto puedes controlarlos con facilidad...								
11. Tus proyectos importantes y que consideras "seguros, inamovibles", de un momento a otro los cambias radicalmente...								
12. Imaginas que "esa persona" importante para ti quiere dejarte...								
14. Te sientes inconforme con tu forma de ser...				0.423				
15. Calificarías tu rendimiento escolar y/o laboral como "excelente" ...								

Reactivo	Factor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Experimentas alegría y satisfacción con las cosas que realizas...				0.481				
17. Actúas de forma impulsiva...		0.43						
18. Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son demasiado conflictivas...					0.641			
19. Tu estado de ánimo es tan cambiante que de un momento a otro, puedes pasar de una gran alegría a un fuerte enojo...		0.495						
20. Te sientes cómodo con un grupo de amigos (asumes la forma de pensar que tienen, su "look" y sus actividades), pero de un momento a otro, abandonas a ese grupo porque te sientes más identificado con un grupo distinto...								
22. Cuando una persona es importante para ti, pasas de quererla mucho a no quererla nada...								
23. Llegas a tener atracones de comida que no puedes controlar...								
24. Cuando te sientes muy enojada(o), es probable que rompas cosas...								
25. Te sientes tan triste que dejas de hacer tu vida cotidiana...								

Reactivo	Factor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Eres capaz de realizar cualquier cosa con tal de no perder una relación personal importante para ti...								
27. La relación que tienes con tu familia es estable...					-0.508			
29. Te resulta sencillo controlar tus estados de ánimo...		0.467						
30. Piensas que tu vida no tiene sentido...								
31. Cuando discutes con "esa persona" importante para ti, te resulta fácil controlar tu comportamiento...								
32. Te gusta tu imagen física...								
33. Acostumbas arreglar los problemas a golpes...								0.52
35. Estás muy pendiente de los murmullos de las personas porque piensas que pueden estar hablando de ti...							0.546	
36. Tienes comportamientos llenos de ira (por ejemplo: gritos, amenazas, golpes) cuando percibes que puedes perder una relación personal importante para ti...								
37. Cuando experimentas mucho estrés, llegas a tener la sensación de estar fuera de tu cuerpo...								

Reactivo	Factor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
38. Tienes relaciones sexuales con personas que acabas de conocer...				0.569				
39. Consideras que tu identidad sexual (sentirte hombre o mujer), es estable...						0.533		
40. Consideras que tus preferencias sexuales son estables...						0.84		
42. Piensas que los demás te critican o que te quieren hacer daño...							0.603	
43. Te has sentido sin esperanza...								
44. Actúas con una única y definida personalidad...								
46. Tienes ideas relacionadas con hacerte daño a ti misma(o) (cortarte, golpearte, etc.)...	0.768							0.432
47. Has sentido que las personas, objetos o el mundo no son reales...								
48. Tienes la sensación de escuchar la voz de otras personas cuando en realidad no están presentes...								
50. Cuando te haces daño (por ejemplo: insultarte, golpearte, cortarte, dejar de comer), logras disminuir el enojo o la ansiedad...								
51. En ciertos períodos te atraen personas de tu mismo sexo y en otros períodos te atraen personas del sexo opuesto...						0.591		

Reactivo	Factor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
52. Tienes la sensación de que tu cuerpo no es tuyo...			0.614					
53. Te resulta difícil mantenerte estable en tus emociones...								
54. Lastimas tu cuerpo, por ejemplo, con golpes, cortadas, quemaduras o dejando de comer por periodos prolongados...	0.741							
55. Al verte a ti misma(o) llegas a pensar que esa persona no eres tú...			0.581					
56. Piensas en suicidarte...	0.654							
57. Has intentado suicidarte...	0.507							

Confiabilidad

De acuerdo con el alfa de Cronbach la confiabilidad del instrumento final que contiene 23 reactivos fue de 0.794.

Tabla 16. Estadísticos de confiabilidad

Alfa de Cronbach	Número de elementos
0.794	23

Agrupación de los reactivos en factores e indicadores.

En la tabla 17 se pueden observar las preguntas que, de acuerdo al Análisis de Factores que se realizó, poseen fuerza para identificar ciertos rasgos de personalidad que en conjunto, configuran un posible Trastorno de Personalidad Límite.

Tabla 17. Agrupación de los reactivos en factores e indicadores

FACTOR-INDICADOR	REACTIVO	CRITERIO QUE MIDE
<p><i>FACTOR 1</i></p> <p>SUICIDIO Y AUTOMUTILACIÓN</p>	46. Tienes ideas relacionadas con hacerte daño a ti misma(o) (cortarte, golpearte, etc.)...	<p>Criterio 5</p> <p><i>Suicidio y automutilación</i></p>
	54. Lastimas tu cuerpo, por ejemplo, con golpes, cortadas, quemaduras o dejando de comer por periodos prolongados...	
	56. Piensas en suicidarte...	
	57. Has intentado suicidarte...	
<p><i>FACTOR 2</i></p> <p>REACTIVIDAD ANÍMICA</p>	5. Te encuentras de mal humor y te enfadas demasiado por cualquier situación...	<p>Criterio 8</p> <p><i>Ira intensa</i></p>
	17. Actúas de forma impulsiva...	<p>Criterio 4</p> <p><i>Impulsividad</i></p>
	19. Tu estado de ánimo es tan cambiante que de un momento a otro, puedes pasar de una gran alegría a un fuerte enojo...	<p>Criterio 6</p> <p><i>Reactividad Anímica</i></p>
	29. Te resulta sencillo controlar tus estados de ánimo...	
<p><i>FACTOR 3</i></p> <p>CONCEPTO DE SÍ MISMO</p>	14. Te sientes inconforme con tu forma de ser...	<p>Criterio 3</p> <p><i>Alteración de la identidad</i></p>
	32. Te gusta tu imagen física...	<p>Criterio 7</p> <p><i>Sentimientos crónicos de vacío</i></p>
	16. Experimentas alegría y satisfacción con las cosas que realizas...	
<p><i>FACTOR 4</i></p> <p>RELACIONES INTERPERSONALES INESTABLES</p>	9. Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son estables...	<p>Criterio 2</p> <p><i>Relaciones interpersonales inestables</i></p>
	27. La relación que tienes con tu familia	

FACTOR-INDICADOR	REACTIVO	CRITERIO QUE MIDE
	es estable... 18. Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son demasiado conflictivas...	
FACTOR 5 PREFERENCIA SEXUAL INESTABLE	39. Consideras que tu identidad sexual (sentirte hombre o mujer), es estable... 40. Consideras que tus preferencias sexuales son estables... 51. En ciertos períodos te atraen personas de tu mismo sexo y en otros períodos te atraen personas del sexo opuesto...	Criterio 3 <i>Alteración de la identidad</i>
INDICADOR 1 RASGOS DISOCIATIVOS	52. Tienes la sensación de que tu cuerpo no es tuyo... 55. Al verte a ti misma(o) llegas a pensar que esa persona no eres tú...	Criterio 9 <i>Rasgos paranoides y/o disociativos</i>
INDICADOR 2 RASGOS PARANOIDES	35. Estás muy pendiente de los murmullos de las personas porque piensas que pueden estar hablando de ti... 42. Piensas que los demás te critican o que te quieren hacer daño...	Criterio 9 <i>Rasgos paranoides y/o disociativos</i>
INDICADOR 3 IMPULSIVIDAD	33. Acostumbas arreglar los problemas a golpes... 38. Tienes relaciones sexuales con personas que acabas de conocer...	Criterio 8 <i>Ira intensa</i> Criterio 4 <i>Impulsividad</i>

El factor 1 contiene cuatro reactivos que coinciden entre ellos para el criterio diagnóstico del DSM-IV que se refiere a “Suicidio y automutilación”.

En el factor 2 se agruparon reactivos que se redactaron pensando en 3 criterios distintos, sin embargo, por el contenido de las preguntas, se nombró a dicho factor “Reactividad Anímica”.

El factor 3 incluye dos reactivos que se refieren al criterio diagnóstico “Alteración de la identidad” y un reactivo para “Sentimientos crónicos de vacío”; de igual forma que en el factor 2, por el contenido de las preguntas se nombró a este factor “Concepto de sí mismo”.

En el factor 4 se agruparon tres reactivos que se pensaron para identificar “Relaciones interpersonales inestables”, por tanto, se nombró de la misma forma.

El factor 5 agrupó tres reactivos que buscaban identificar “Alteración de la identidad”, que de acuerdo al DSM-IV se puede manifestar a través de una autoimagen y sentido de sí mismo persistentemente inestable. Por el contenido de las preguntas, el factor se nombró: “Preferencia sexual inestable”.

El criterio diagnóstico del DSM-IV que dice: “Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves”, se pretendió identificar a través de diferentes reactivos que, de acuerdo al Análisis de Factores, se agruparon en dos indicadores independientes entre sí. El primero de ellos incluyó dos reactivos que refieren “Rasgos disociativos” y el segundo indicador reunió dos reactivos relacionados con “Rasgos paranoides”.

Finalmente, el indicador 3 agrupó un reactivo redactado para el criterio diagnóstico de “Ira intensa” y otro reactivo para “Impulsividad”; a este indicador se le nombró: “Impulsividad”.

Casos y No casos

CLASIFICACIÓN DE LOS REACTIVOS

En la tabla 18 se encuentra la clasificación que se siguió con cada uno de los reactivos que construyen el instrumento final. De acuerdo a la respuesta que seleccionaron los sujetos se incluían en la categoría “Positivo” o “Negativo” para el reactivo en cuestión.

Las preguntas que exploraban información de comportamientos esperados en la etapa de la adolescencia, se consideraban “Positivas” cuando se reportaron las respuestas: “Siempre” y “Muchas veces”. Esto ocurrió para los criterios:

- Relaciones interpersonales inestables
- Concepto de sí mismo
- Reactividad anímica
- Impulsividad

Las preguntas que exploraban información de comportamientos menos esperados, se clasificaron como “Positivos” con las respuestas: “Siempre”, “Muchas veces” y “Pocas veces”.

- Preferencia sexual inestable
- Suicidio y/o automutilación
- Rasgos disociativos
- Rasgos paranoides

Tabla 18. Clasificación de las respuestas para cada reactivo

REACTIVO	POSITIVO	NEGATIVO
5. Te encuentras de mal humor y te enfadas demasiado por cualquier situación...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
9. Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son estables...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
14. Te sientes inconforme con tu forma de ser...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
16. Experimentas alegría y satisfacción con las cosas que realizas...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
17. Actúas de forma impulsiva...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
18. Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son demasiado conflictivas...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
19. Tu estado de ánimo es tan cambiante que de un momento a otro, puedes pasar de una gran alegría a un fuerte enojo...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
27. La relación que tienes con tu familia es estable...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
29. Te resulta sencillo controlar tus estados de ánimo...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
32. Te gusta tu imagen física...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
33. Acostumbras arreglar los problemas a golpes...	Siempre Muchas veces	Nunca Pocas veces
35. Estás muy pendiente de los murmullos de las personas porque piensas que pueden estar hablando de ti...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
38. Tienes relaciones sexuales con personas que acabas de conocer...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca

REACTIVO	POSITIVO	NEGATIVO
39. Consideras que tu identidad sexual (sentirte hombre o mujer), es estable...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
40. Consideras que tus preferencias sexuales son estables...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
42. Piensas que los demás te critican o que te quieren hacer daño...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
46. Tienes ideas relacionadas con hacerte daño a ti misma(o) (cortarte, golpearte, etc.)...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
51. En ciertos períodos te atraen personas de tu mismo sexo y en otros períodos te atraen personas del sexo opuesto...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
52. Tienes la sensación de que tu cuerpo no es tuyo...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
54. Lastimas tu cuerpo, por ejemplo, con golpes, cortadas, quemaduras o dejando de comer por periodos prolongados...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
55. Al verte a ti misma(o) llegas a pensar que esa persona no eres tú...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
56. Piensas en suicidarte...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca
57. Has intentado suicidarte...	Siempre Muchas veces Pocas veces	Nunca

CLASIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS

Se consideró que los sujetos tenían algún criterio “Presente” cuando respondían de forma “Positiva” al menos a 2 reactivos del grupo de reactivos que miden al criterio. Cuando los sujetos resultaban “Positivos” únicamente para 1 reactivo o para ninguno, se consideró que el criterio tenía calificación de “Ausente” en esos sujetos.

Tabla 19. Clasificación de la presencia de los criterios

CRITERIO	PRESENTE	AUSENTE
2 Relaciones interpersonales inestables	2 y 3 reactivos	0 y 1 reactivo
3.1 Concepto de sí mismo	2 y 3 reactivos	0 y 1 reactivo
3.2 Preferencia sexual inestable	2 y 3 reactivos	0 y 1 reactivo
4 Impulsividad	2 reactivos	0 y 1 reactivo
5 Suicidio y/o automutilación	2 y 3 reactivos	0 y 1 reactivo
6 Reactividad anímica	2, 3 y 4 reactivos	0 y 1 reactivo
9.1 Rasgos disociativos	2 reactivos	0 y 1 reactivo
9.2 Rasgos paranoides	2 reactivos	0 y 1 reactivo

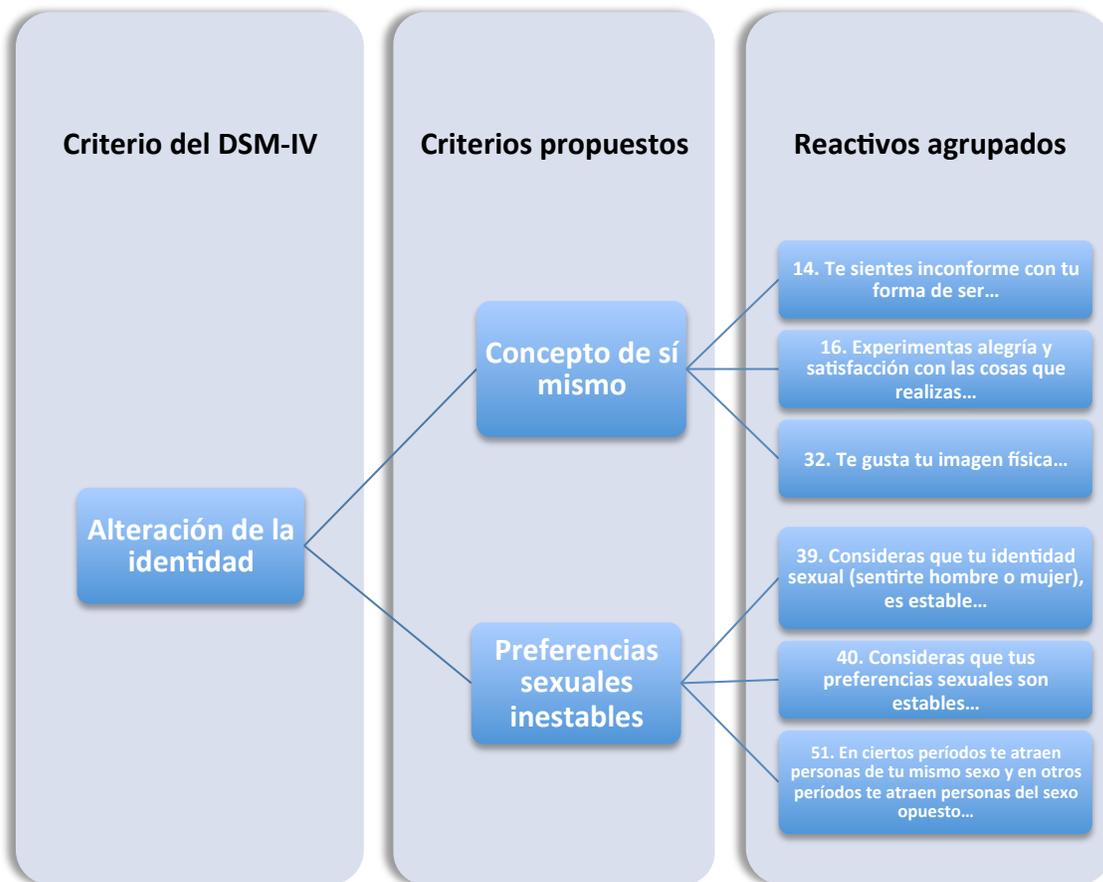
CLASIFICACIÓN DE LOS SUJETOS EN “CASOS Y NO CASOS”

Habitualmente, los sujetos son diagnosticados con “Trastorno de Personalidad Límite” cuando presentan 5 ó más criterios diagnósticos de los 9 establecidos por el DSM-IV.

De acuerdo a los resultados obtenidos con la técnica de Análisis de Factores, el instrumento elaborado en este trabajo de tesis logra identificar 4 criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV.

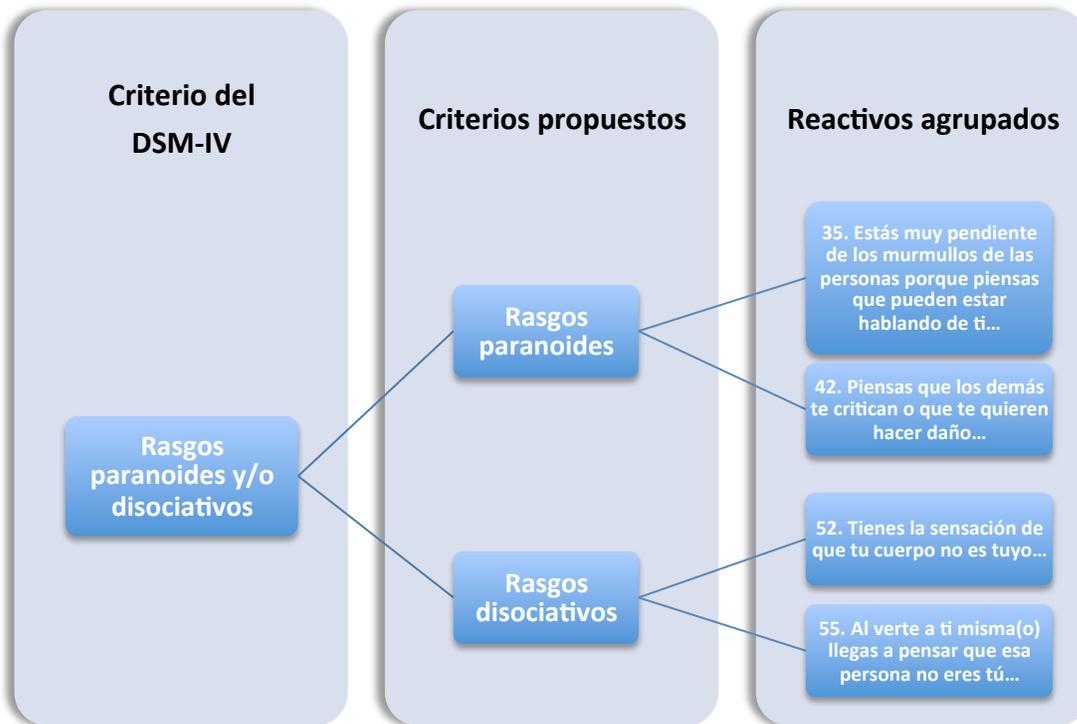
Como se observa en la siguiente figura, dentro de los reactivos que se redactaron para el criterio diagnóstico “Alteración de la identidad” el instrumento agrupó 2 categorías independientes entre sí, que por el contenido de los reactivos que en ellas se agrupan, se nombró a dichas categorías: “Concepto de sí mismo” y “Preferencia sexual inestable”.

Figura 1. Criterio “Alteración de la identidad”



Lo mismo ocurrió con el criterio “Rasgos paranoides y/o disociativos”, en donde las dos categorías que se agruparon fueron nombradas: “Rasgos paranoides” y “Rasgos disociativos”, como se puede apreciar en la siguiente figura:

Figura 2. Criterio “Rasgos paranoides y/o disociativos”



Esto da como resultado final la identificación de 8 criterios diagnósticos para el Trastorno de Personalidad Límite: 4 originales del DSM-IV y 4 adicionales que se desprenden de 2 criterios originales.

Los 4 criterios originales que identifica el instrumento son:

- Relaciones interpersonales inestables
- Impulsividad
- Suicidio y/o automutilación
- Reactividad anímica

Los 4 criterios adicionales se desprenden de los siguientes 2 criterios originales:

- Alteración de la identidad
- Rasgos paranoides y/o disociativos

Finalmente, los 3 criterios originales que no consiguió identificar el instrumento son:

- Evitar el abandono de personas cercanas.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira intensa.

La clasificación de los sujetos en “Casos” consistió en la presencia de al menos 5 criterios de los 8 que identifica el instrumento. Los sujetos que presentaron 4 ó menos criterios se consideraron “No casos”.

Criterios diagnósticos para el TPL identificados por el instrumento

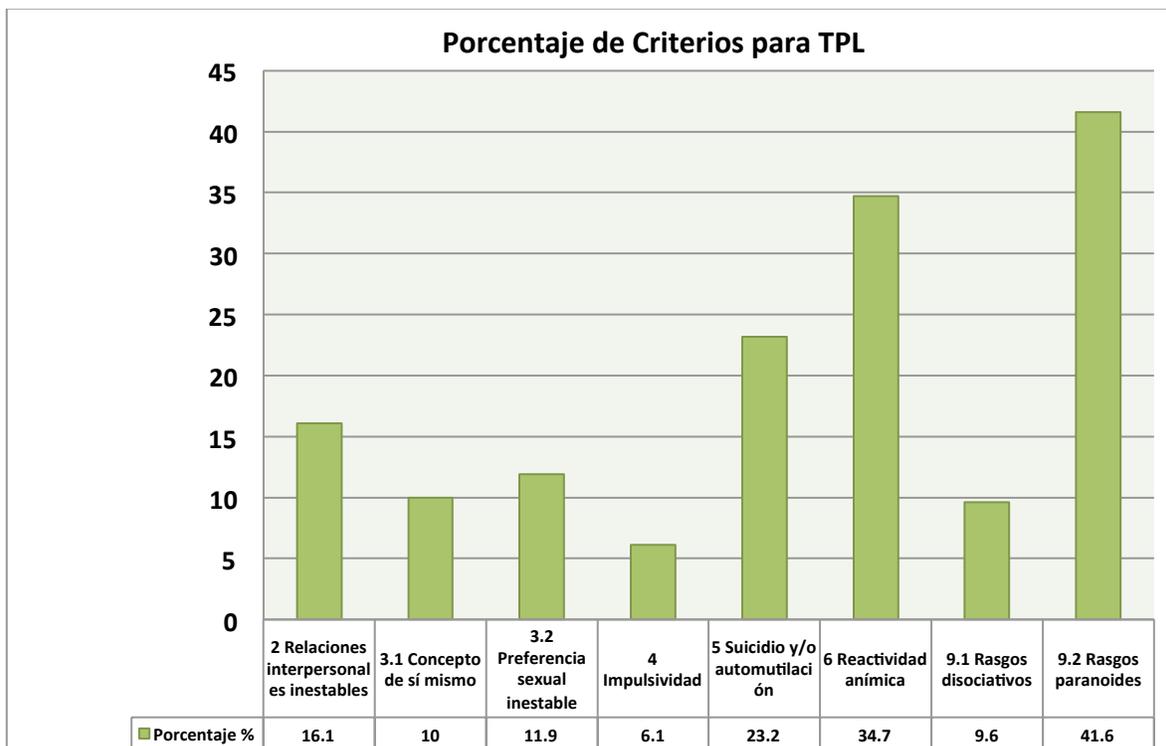
PROPORCIÓN DE LOS CRITERIOS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

Como se puede observar en el gráfico 5, los criterios que obtuvieron mayor porcentaje fueron “Rasgos paranoides” con 41.6%; “Reactividad Anímica” con 34.7% y “Suicidio y/o automutilación” con 23.2%.

Los criterios que presentaron menor porcentaje fueron “Impulsividad” con 6.1%; “Rasgos disociativos” con 9.6% y “Concepto de sí mismo” con 10%.

“Preferencia sexual inestable” se presentó en el 11.9% de la muestra y el 16.1% manifestaron tener “Relaciones interpersonales inestables”.

Gráfico 5. Porcentaje de los criterios

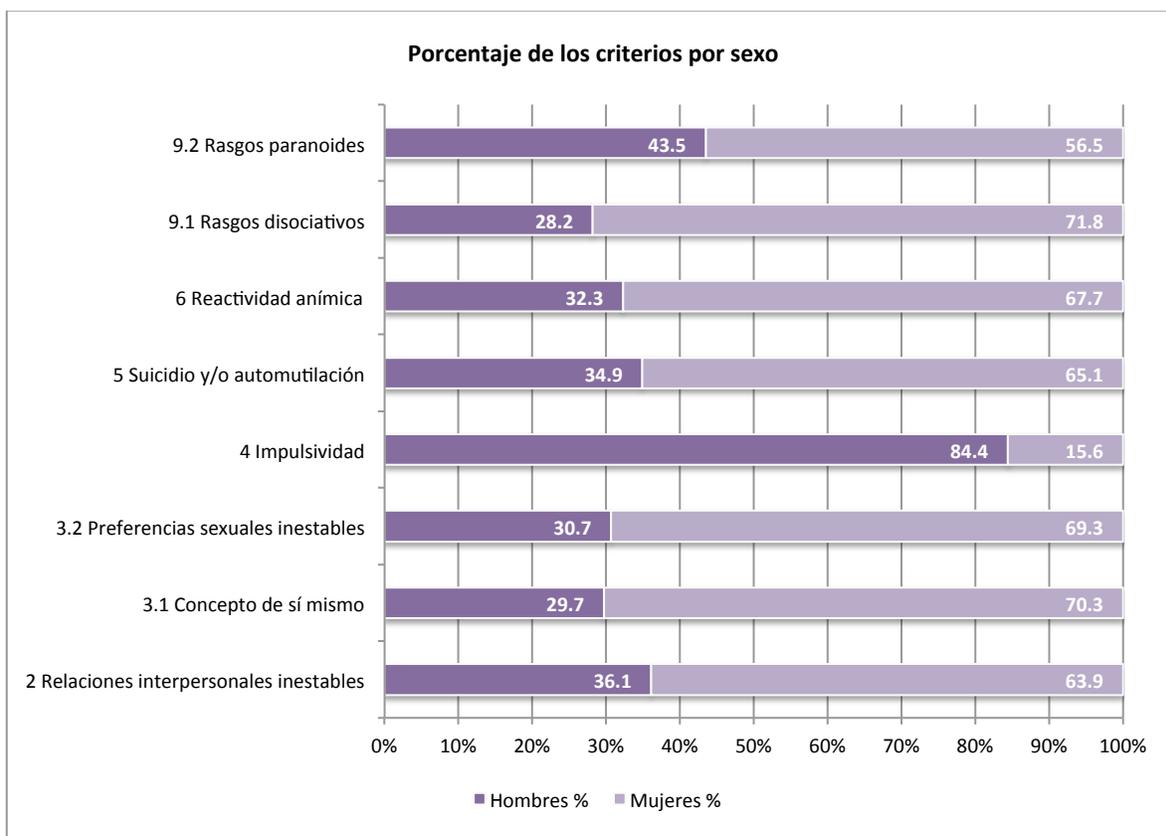


SEXO

El porcentaje de los criterios encontrados fue mayor para las mujeres excepto para el criterio “Impulsividad”, en el que el 84.4% de las personas que lo presentaron fueron hombres.

El promedio general indica que el 60% de las mujeres presentaron algún criterio diagnóstico, mientras que el 40% de los hombres lo hizo.

Gráfico 6. Porcentaje de los criterios por sexo



EDAD Y SEMESTRE

En la siguiente tabla se puede observar que la media de edad de los sujetos que presentaron alguno de los criterios diagnósticos es de 17 años; mientras que la moda del semestre que cursaban fue cuarto semestre.

Tabla 20. Medidas de tendencia central para los criterios

CRITERIO	MEDIA EDAD	MODA SEMESTRE
2 Relaciones interpersonales inestables	17.05	4
3.1 Concepto de sí mismo	17.03	4
3.2 Preferencia sexual inestable	16.94	4
4 Impulsividad	17.20	4
5 Suicidio y/o automutilación	16.90	4
6 Reactividad anímica	17.01	4

CRITERIO	MEDIA EDAD	MODA SEMESTRE
9.1 Rasgos disociativos	16.92	4
9.2 Rasgos paranoides	16.92	4
General	17.00	4

Categorías de Riesgo

Se establecieron categorías de riesgo para desarrollar TPL de acuerdo al número de criterios diagnósticos que presentaron los sujetos de la muestra.

Tabla 21. Categorías de riesgo

Número de criterios	Categoría
0	Sin riesgo
1 ó 2	Riesgo
3 ó 4	Alto riesgo
5 ó más	Posible TPL

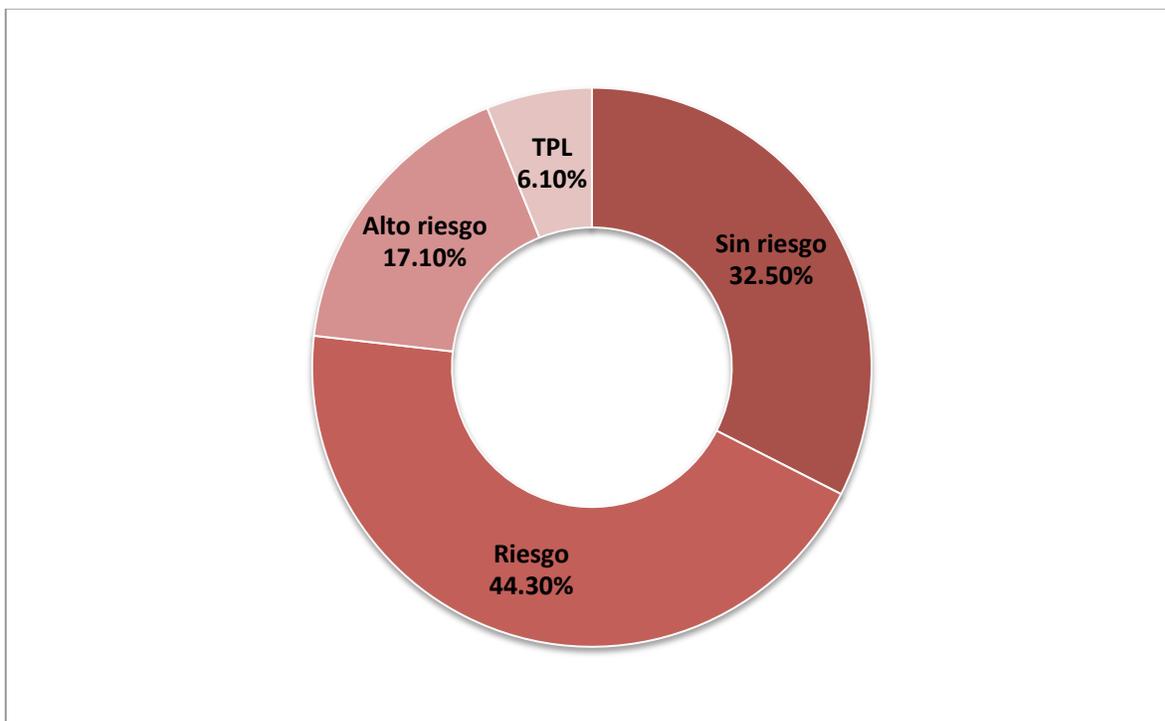
PROPORCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE RIESGO

El 32.5% de los sujetos se encuentran en una situación “Sin riesgo”, al no presentar algún criterio diagnóstico. El mayor porcentaje de sujetos se concentró en la categoría “Riesgo”, es decir, el 44.3% de las personas de la muestra presentaron 1 o 2 criterios diagnósticos.

Consideramos que presentar 3 ó 4 criterios diagnósticos coloca a los sujetos en una posición de “Alto riesgo”; el 17.1% se encuentran en dicha categoría.

De acuerdo al DSM-IV, los sujetos con al menos 5 de 9 criterios diagnósticos se considera que tienen *Trastorno de Personalidad Límite*. El instrumento explora 8 criterios y se consideró que los sujetos que presentaran al menos 5 de esos 8 criterios, se clasificarían como sujetos con “Posible Trastorno de Personalidad Límite”. El 6.1% de los sujetos caen en esta categoría.

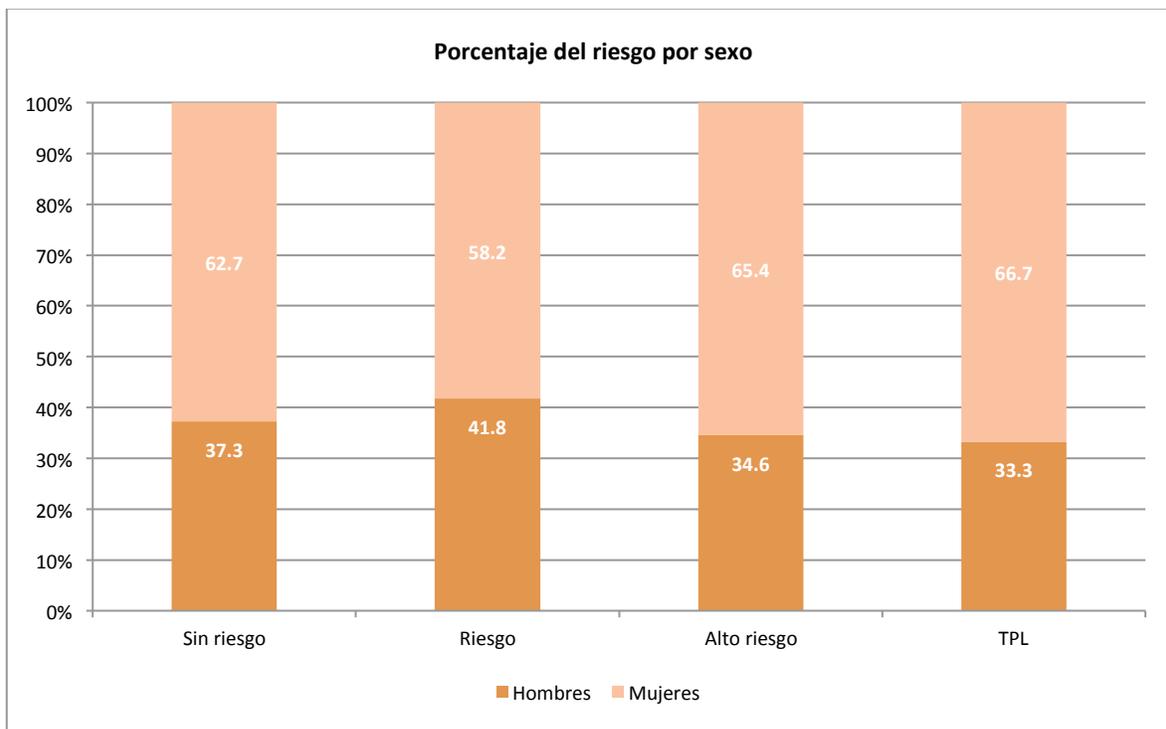
Gráfico 8. Porcentaje de las categorías de riesgo



SEXO

Para todas las categorías de riesgo, las mujeres tuvieron una mayor proporción. El promedio general para mujeres fue de 63% y para hombres de 37%. La categoría con mayor porcentaje de mujeres fue “posible Trastorno de Personalidad Límite” con 66.7%; la categoría con mayor porcentaje de hombres fue “Riesgo”, con 41.8%.

Gráfico 7. Porcentaje de las categorías de riesgo por sexo



EDAD Y SEMESTRE

La media de edad para cada categoría fue de 17 años en promedio. El 4to. semestre fue el dato que más se repitió entre la variable semestre.

Tabla 22. Medidas de tendencia central para las categorías

Categoría	Media Edad	Moda Semestre
Sin riesgo	16.92	4
Riesgo	16.94	4
Alto riesgo	16.93	4
TPL	17.07	4
General	17.00	4

Magnitud de Asociación

Se calculó la Magnitud de Asociación a través de la Razón de Momios para la Prevalencia, para ponderar los criterios en relación al desarrollo del TPL.

La tabla 23 muestra la “Razón de momios para la prevalencia” para los criterios encontrados en relación con la presencia o ausencia del TPL; se puede observar que existe una mayor magnitud de asociación para los criterios:

- Relaciones interpersonales inestables
- Suicidio y/o automutilación
- Reactividad anímica

Tabla 23. Razones de Momios de los criterios

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	RAZÓN DE MOMIOS PARA LA PREVALENCIA (RMP)	INTERVALO DE CONFIANZA	
			LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
2	<i>Relaciones interpersonales inestables</i>	112.4	34.0	371.2
3.1	<i>Concepto de sí mismo</i>	18.5	9.6	35.8
3.2	<i>Preferencia sexual inestable</i>	13.9	7.3	26.7
4	<i>Impulsividad</i>	4.6	2.1	10.2
5	<i>Suicidio y/o automutilación</i>	44.2	15.6	125.6
6	<i>Reactividad anímica</i>	31.3	9.6	102.2
9.1	<i>Rasgos disociativos</i>	26.5	13.3	52.6
9.2	<i>Rasgos paranoides</i>	21.9	6.7	71.6

14. DISCUSIÓN

Es necesario discutir sobre algunos aspectos que surgen de la metodología y resultados de esta investigación, con el propósito de que los hallazgos encontrados se tomen con claridad y el trabajo realizado sea susceptible de mejoras.

El propósito del estudio fue elaborar un instrumento de tamizaje que contara con sencilla aplicación y calificación para población abierta, con el objetivo de identificar sujetos con rasgos del “Trastorno de Personalidad Límite” de forma válida y confiable. De acuerdo a los antecedentes que se exponen en este trabajo, el diagnóstico del TPL se realiza a partir de los 18 años de edad y por lo regular, los sujetos presentan comorbilidad con otros Trastornos como Afectivos, de Ansiedad, por Uso de Sustancias y del Comportamiento Alimentario⁴⁸. La importancia de identificar sujetos con rasgos del TPL en edades tempranas resulta importante para evitar el desarrollo del trastorno y sus complicaciones a través de intervenciones oportunas.

El Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de España, expone que en la adolescencia la personalidad aún se está desarrollando, por tanto, diagnosticar cualquier trastorno en ese momento supone muchas limitaciones además de que existen pocos estudios sobre el TPL en esa etapa de la vida³⁸.

Es por ello que se decidió aplicar el instrumento para su validación en una muestra conformada por sujetos con edades entre 16 y 19 años, la cual fue obtenida en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel sur, en la Ciudad de México.

La media de la edad de los sujetos que conformaron la muestra fue de 17 años, lo que confirma que el proceso de validación se realizó en sujetos jóvenes, con quienes aún no es posible establecer un diagnóstico sino sólo identificar a los sujetos que presenten riesgo de desarrollarlo.

Sin embargo, la propia muestra representa algunos problemas con los resultados que arroja, pues el grupo de sujetos “estudiantes del CCH sur”, no conforman una muestra representativa de todos los jóvenes de la Ciudad de México, debido a que entre ellos, comparten características que los hacen formar parte de un mismo escenario escolar.

Seguramente no poseen las mismas características de jóvenes estudiantes inscritos en otras escuelas o de otros jóvenes que quizá no han tenido la oportunidad de continuar estudiando y que pueden dedicarse a otras actividades, como por ejemplo, laborales.

Esto nos indica que si se aplicara el instrumento en una muestra de jóvenes representativos de la Ciudad de México, existe la posibilidad de que se obtengan resultados diferentes.

El tamaño de la muestra que era necesario para realizar el análisis de validez, se alcanzó; esto puede corroborarse con la Medida de Adecuación Muestral que se obtuvo de 0.895, lo cual de acuerdo a Hair, se considera “sobresaliente”⁵⁹.

El instrumento se elaboró considerando la definición y los 9 criterios diagnósticos que establece el DSM-IV para el TPL, por lo que se esperaba que el análisis factores arrojará 9 factores en dónde se agruparan los reactivos de acuerdo al sustento teórico con el que se elaboraron. De acuerdo a la matriz de factores rotados, los reactivos con comunalidades mayores a 0.4, se agruparon en 5 factores y 3 criterios, con lo que se explica un 47% de la varianza total, lo que para las Ciencias Sociales se puede considerar como “satisfactorio”⁵⁹, más, tratándose de una aproximación cuantitativa a rasgos de personalidad, como es el motivo de esta investigación.

Los criterios diagnósticos que se lograron identificar fueron:

- Relaciones interpersonales inestables
- Alteración de la identidad

- Impulsividad
- Suicidio y/o automutilación
- Reactividad anímica
- Rasgos paranoides y/o disociativos

Los criterios diagnósticos que no se lograron identificar fueron:

- Evitar el abandono de personas cercanas.
- Sentimientos crónicos de vacío
- Ira intensa

El primer aspecto que se debe discutir cuando nos preguntamos por qué se identificaron 6 factores y 3 no, es la redacción de las preguntas. La elaboración de los reactivos surgió a partir de la revisión de los antecedentes del tema, incluyendo la definición del Trastorno de acuerdo al DSM-IV, así como los diferentes instrumentos que se utilizan para diagnosticar el TPL³⁹⁻⁴⁷; por lo que el origen de los reactivos es puramente teórico.

Una vez que se concretó la primer versión del instrumento, se le pidió a dos expertos en Salud Mental que lo revisarán y evaluarán si los reactivos podían identificar los rasgos de personalidad que se estaban buscando; ambos expertos coincidieron en que el contenido de las preguntas era consistente con los rasgos de personalidad para el TPL, las sugerencias que realizaron se llevaron a cabo; con esta fase se consiguió *Validez Aparente o Face Validity* para el instrumento. Posterior a esto se realizó una prueba piloto en la que se aplicó el instrumento a 40 sujetos, de dónde se desprendieron sugerencias de redacción que se atendieron, quedando entonces la versión final del instrumento.

Quizá las preguntas que se elaboraron para los 3 criterios que no se identificaron con el instrumento se deba a que la redacción no fue cercana a la teoría o no fue clara para los sujetos.

Otra posibilidad es que los sujetos con las edades que mostraron, no presenten estos rasgos como características propias de la etapa que viven o quizá no son características propias de los sujetos que conformaron la muestra.

La escala Lickert que se utilizó fue de 4 opciones: *siempre, muchas veces, pocas veces y nunca.*

Lo que se buscó al reducir las opciones de respuesta a cuatro, fue que los sujetos polarizaran sus respuestas de forma que pudiéramos discriminar con claridad a los sujetos que reportaban patrones de comportamiento muy frecuentes de aquellos que experimentaban dichos patrones de forma esporádica; es por ello que no incluimos una opción de respuesta intermedia, ya que los sujetos que cayeran en dicha respuesta no se discriminarían en términos de frecuencia e intensidad del comportamiento.

Esto funcionó para la clasificación de quienes respondieron de forma positiva o negativa a cada reactivo, en la presencia o ausencia de los criterios en cada sujeto, así como en la clasificación de riesgo que se utilizó en los resultados. Este trabajo no explora factores de riesgo asociados al TPL, por tanto, la clasificación de riesgo que se establece debe entenderse como la posibilidad que tienen los sujetos para desarrollar TPL de acuerdo al número de criterios que tienen, a mayor criterios, mayor posibilidad de configurar una personalidad límite.

Sin embargo, es posible que la escala Lickert utilizada haya provocado que no captáramos la información con mayor detalle y que podamos estar sobreestimando o subestimando la presencia positiva de los reactivos en los sujetos.

La operacionalización diferencial que se estableció con los reactivos pudo favorecer la inclusión de sujetos que respondieron “Pocas veces” a preguntas relacionadas con comportamientos graves (como conductas suicidas o de automutilación); se evaluó la

posibilidad de sobreestimar la presencia del trastorno con dicha operacionalización, sin embargo, con la intención de hacer un estudio de tamizaje se decidió hacer de esta forma; esto debe considerarse para un análisis posterior de los resultados o futuras investigaciones en las que el propósito no sea un tamizaje sino la medición de la prevalencia del trastorno.

Otro motivo por el cual pudieron no presentarse los tres criterios mencionados es debido a que la muestra no corresponde a una muestra clínica, es decir, a sujetos que poseen características relacionadas con problemas de Salud Mental, lo que invariablemente genera la posibilidad de que la muestra que se utilizó, no posea todos los rasgos de personalidad que se buscaban.

Existió un indicador que reunió 2 reactivos, uno de ellos se redactó para el criterio “Ira intensa” y el otro para el criterio “Impulsividad”. De acuerdo al contenido de ambos, decidimos nombrar a este indicador “Impulsividad”; lo que nos conduce a pensar que la redacción de las preguntas no consiguió discriminar entre ambos criterios o que el mismo DSM-IV está considerando como dos criterios diferentes rasgos de personalidad que pueden ser dependientes entre sí o que al menos las personas los entienden como parte de un mismo patrón de comportamiento.

Como se señaló en la sección de *Resultados*, de dos criterios establecidos por el DSM-IV que se lograron identificar se desprendieron dos criterios de cada uno de ellos:

- Alteración de la identidad
 - Concepto de sí mismo
 - Preferencia sexual inestable
- Rasgos paranoides y/o disociativos
 - Rasgos paranoides
 - Rasgos disociativos

Esto refleja que el análisis de factores agrupó en 2 factores distintas preguntas que se redactaron en función de un mismo criterio diagnóstico; lo que puede indicar que cada uno de esos dos criterios pretenden medir dos características distintas e independientes entre sí.

Para el caso de “Alteración de la identidad”, los reactivos se dividieron en dos criterios que por su contenido se nombraron: “Concepto de sí mismo” y “Preferencia sexual inestable”.

En el criterio “Rasgos paranoides y/o disociativos”, los reactivos se agruparon en dos categorías distintas que reflejaron claramente el contenido de “Rasgos paranoides” para uno de ellos y “Rasgos disociativos” para el otro.

Esto constituye una aportación que debe ser considerada en la próxima revisión del DSM-IV, en la sección que se refiere a la definición y criterios diagnósticos del TPL, dado que al incluir rasgos de personalidad diferentes e independientes entre sí, así como dos criterios que pueden estar midiendo los mismos rasgos de personalidad (para el caso de “Ira intensa” e “Impulsividad”), se puede estar sub-estimando o sobre-estimando la presencia del TPL en la población general, al contemplar que el DSM-IV constituye la herramienta diagnóstica de mayor uso y aprobación entre la comunidad científica.

Si consideramos la adición de los dos nuevos criterios que identifica el instrumento propuesto y la fusión de los criterios “*Ira intensa con impulsividad*”, los criterios diagnósticos para TPL serían 10. El instrumento elaborado identifica 8 criterios de estos 10, lo que nos lleva a decir que si bien no cubre el total de criterios diagnósticos que establece el DSM-IV, sí ofrece una propuesta de tamizaje que logra identificar de forma válida la presencia de 8 criterios diagnósticos, lo que permite identificar a sujetos con posible TPL, al considerar la presencia de al menos 5 de ellos; esto es una aportación dado que para México no existe algún instrumento que lo haga.

La literatura indica que la mayor proporción de casos de TPL se presenta en mujeres con un 75% con respecto de los hombres². En esta investigación se encontró un 67% de mujeres con el trastorno. Esta diferencia se puede explicar en función del sexo y del género, entendiendo por sexo aquellas diferencias biológicas que generan mayor predisposición a la presencia de los signos y síntomas relacionados con el trastorno. El género contribuye a que sean más las mujeres quienes sufren este trastorno a partir de las diferencias sociales que atribuimos a los roles femenino y masculino; las mujeres tienen una mayor desventaja social, lo que las coloca en situación de riesgo para su salud y bienestar psicológico.

Una razón que puede explicar la diferencia entre hombres y mujeres observada en los resultados que aquí se presentan puede ser la maduración acelerada que desarrollan las mujeres a nivel psicológico con respecto de los hombres en la adolescencia. En general para esta etapa de la vida, los hombres mantienen sus intereses en situaciones que enfrentan a corto plazo mientras que las mujeres sostienen un pensamiento abstracto en el que integran los diferentes escenarios que viven con un alcance a largo plazo³.

De acuerdo con la clasificación que se propone en función del “Riesgo” que presentan los sujetos, podemos observar que el 6.1% de sujetos con posible TPL que se observó es mayor que lo que indica la literatura acerca de la prevalencia del trastorno^{12-18, 26-29}; de acuerdo al mismo DSM-IV, existe una prevalencia de 2% del trastorno en la población general².

En este estudio se encontró una proporción de 0.061 de sujetos con posible TPL, como ya se mencionó, este dato es mayor al reportado por diferentes estudios lo cual se puede deber al tipo de sujetos que conformaron la muestra; se trata de adolescentes que por la etapa del ciclo de vida que están atravesando, experimentan algunos de los comportamientos que configuran el TPL como parte normal de su desarrollo; este efecto se trató de minimizar clasificando como “positivos” a cada reactivo a aquellos sujetos que

tenían respuestas extremas en cuánto a la frecuencia de los comportamientos que explora el instrumento.

Aún cuando el porcentaje de sujetos que se encontró con TPL es mayor al que se espera en población general, se trata de una cifra más consistente que la encontrada en un estudio realizado con población de la Ciudad de México en 1997, en donde la prevalencia del TPL fue de 46.6%, dato que de acuerdo con los autores, debe considerarse no veraz dado que el instrumento utilizado no funcionó para medir Trastornos de Personalidad en la comunidad¹⁹.

Otra razón que puede explicar por qué la proporción que se midió es mayor comparada con otros datos publicados es porque se trata de la primera vez que se realiza esta estimación de forma válida y confiable en población mexicana, lo que puede marcar una diferencia en proporción con respecto a otros estudios en los que las muestras han sido conformadas por sujetos con otras nacionalidades. Será necesario realizar otras investigaciones en las que se obtenga la prevalencia del TPL para población mexicana para poder confirmar o no esta suposición.

Es necesario reiterar lo que ya se mencionó sobre la característica que presenta el instrumento al poder subestimar la presencia del trastorno, dado que no identifica 3 de los criterios diagnósticos necesarios para el DSM-IV.

Las categorías que nombramos “Sin Riesgo” y “Riesgo” suman el 61.4%, lo que indica que más de la mitad de la muestra estudiada presenta al menos dos de los criterios diagnósticos para TPL, esto se puede considerar normal por el grupo de edad que conformó la muestra. Los sujetos con “Alto Riesgo” requieren información y escucha atenta de sus necesidades y situaciones de vida, de forma que consigan mantener un paso estable por la adolescencia.

Aún con las apreciaciones que se han detallado acerca cómo la edad puede ser un factor que indique “normalidad” en la presencia de los criterios diagnósticos para TPL, debemos enfatizar que 46 de 741 estudiantes que respondieron el cuestionario están presentando un conjunto de rasgos de personalidad a los que se les debe prestar atención a través de orientación, información, atención psicológica y trabajo conjunto de autoridades, miembros de las familias y redes sociales de los estudiantes, para promover la resolución no violenta de conflictos así como favorecer un óptimo desarrollo de la personalidad en edades tempranas. Con esto puede evitarse en algunos de ellos el desarrollo del TPL y quizá, disminuir la presencia de los trastornos asociados a éste, como lo son los Trastornos Afectivos, de Ansiedad, por Uso de Sustancias y del Comportamiento Alimentario⁴⁸.

Considerando las medidas de Razón de Momios para la Prevalencia que se obtuvieron de cada criterio diagnóstico, es posible determinar la magnitud con la que cada criterio contribuye con la configuración del TPL. Así, tenemos que los criterios diagnósticos que sostienen mayor magnitud de asociación con el TPL son:

- Relaciones interpersonales inestables
- Reactividad Anímica
- Suicidio y/o Automutilación

Lo que conduce al planteamiento de una propuesta de diagnóstico en donde se califiquen a estos tres criterios como “Principales” y al resto como “Complementarios”, de forma que aquellas personas que muestren la presencia de estos tres criterios diagnósticos a la vez, pueda ser considerada con posible TPL, sin necesidad de alcanzar al menos 5 criterios diagnósticos. Esto puede favorecer el diagnóstico entre adolescentes y mejorar la identificación sujetos en riesgo para que reciban atención y orientación profesional de forma que pueda evitarse el desarrollo del trastorno y sus complicaciones.

Puede observarse en la tabla 23 que los intervalos de confianza que tienen las Razones de Momios (RM) son amplios, esto es, que tienen poca precisión; esto puede ser explicado por el número pequeño de casos con TPL, dado que cada RM se calculó a partir de una tabla de contingencia con las variables TPL y el criterio seleccionado. Aún cuando los intervalos de confianza poseen poca precisión, las RM ofrecen una cifra que arroja información interesante en torno a los criterios que tienen mayor relación con el diagnóstico de TPL.

Las personas que sufren el Trastorno de Personalidad Límite muestran daño en áreas fundamentales para la vida, como lo son la emocional, interpersonal, conductual, cognitiva y problemas de identidad. Más allá de la identificación válida del TPL en la población de estudio, es necesario resaltar que este trabajo muestra lo que los sujetos piensan y sienten en torno a sí mismos. Más del 60% de la muestra, refirió problemas en alguna de las áreas mencionadas, se trata de un número grande de jóvenes que sostienen algún tipo de problema psicológico que no les permiten disfrutar de un óptimo estado de Salud Mental.

Es indispensable considerar la creación de espacios que brinden un Primer Nivel de Atención en Salud Mental a los jóvenes para que puedan acercarse a solicitar ayuda con diversas problemáticas que se les generan malestar y que pueden configurar una serie de problemáticas en la vida adulta.

Las personas con Trastorno de Personalidad Límite muestran comportamientos, emociones y pensamientos “al límite”, justo como la vida que sostenemos en la sociedad actual, en nuestro país. Sería un grave error descontextualizar a este grupo de jóvenes del macro-escenario en el que se encuentran insertos. La violencia, falta de empleos, salarios bajos así como la falta de oportunidades y de acceso a un sistema de salud de calidad, son sólo algunas de las características que matizan a nuestra sociedad.

Es por ello que no debe extrañarnos que el TPL se convierta en una forma de personalidad “esperada” y consecuente con las formas de vida que ofrece nuestro país. Quizá, esta sea otra razón de por qué la proporción que se obtuvo triplicó a la esperada.

Sociedades que ofrecen “vidas al límite”, es probable que se conformen por sujetos con “personalidades al límite”. Esta es una idea que puede materializarse en una hipótesis de estudio para una futura investigación en torno al Trastorno de Personalidad Límite.

15. CONCLUSIONES

Esta investigación comenzó con la pregunta: ¿el instrumento elaborado identifica de forma válida a los sujetos con rasgos del Trastorno de Personalidad Límite? Con los resultados que se obtuvieron, podemos decir que el instrumento final que contiene 23 preguntas, logra identificar de forma válida a sujetos con rasgos del Trastorno de Personalidad Límite relacionados con 6 de 9 criterios diagnósticos del DSM-IV.

Al considerar la propuesta de adicionar los criterios que emergieron como comportamientos independientes de dos criterios originales, así como fusionar los criterios “Impulsividad e Ira intensa”, podemos decir que el instrumento consigue identificar 8 criterios de 10 que pueden configurar la presencia del TPL en la población.

Este trabajo representa una primera aproximación al tema de la construcción de un instrumento válido para la identificación del TPL en población abierta mexicana, por lo que resulta necesario realizar otros estudios en los que se consiga mejorar las limitaciones que se han mencionado en la *Discusión*, de forma que alcancemos una mayor proximidad con esa realidad que perseguimos todos los investigadores.

Para nuevas aplicaciones se sugiere utilizar una muestra conformada por sujetos que representen a los adolescentes de la Ciudad de México, de manera que se distinga si se presentan nuevamente los 8 criterios que se encontraron y si aparecen o no los dos criterios que en esta investigación no se reportaron.

De igual forma sería interesante conocer qué resultados se obtienen con una muestra de sujetos que tengan mayor vulnerabilidad educativa a diferencia de los estudiantes del CCH Sur, quienes poseen la posibilidad de estudiar e ingresar a la principal institución del país en educación superior, la UNAM.

En cualquier escenario muestral, será necesario redactar más preguntas para aproximarnos a los rasgos de personalidad que se buscan, de forma que los indicadores adquieran la fuerza de factores, así como conseguir la presencia de aquellos criterios que no se reportaron en este estudio.

Si después de otras aplicaciones, nuevamente no aparecieran los dos criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV para el TPL (“Evitar el abandono de personas cercanas y Sentimientos crónicos de vacío”), y/o se confirma la presencia de los criterios que adiciona este instrumento, así como la fusión de los criterios “Impulsividad” e “Ira Intensa”, sería necesario considerar la posibilidad de que los criterios que plantea el DSM-IV para establecer el diagnóstico del TPL deban ser replanteados para población mexicana.

Una vez que se cuenta con un instrumento que de manera válida y confiable puede identificar a sujetos con Rasgos del Trastorno de Personalidad Límite se vuelve necesario conocer los factores de riesgo que se asocian a la presencia de dichos rasgos. Como se describió en la sección de *Antecedentes*, los factores que se han encontrado asociados con este trastorno están relacionados con experiencias de violencia durante la infancia, por lo que resulta importante generar trabajos de investigación en los que se pueda conocer si la violencia durante la infancia es un factor de riesgo para el TPL en población mexicana.

El instrumento elaborado surge a partir del DSM-IV como la herramienta de diagnóstico más utilizada para este fin, sin embargo, realizar este tipo de estudios nos permiten conocer de forma cercana lo que la gente experimenta, lo cual, no siempre es consistente con la teoría. Es por ello que esta investigación proporciona importantes aportaciones que se deben considerar en la próxima revisión del DSM-IV, así como a la comunidad científica, recordándonos que las personas tienen comportamientos que son resultado de sus pensamientos, sentimientos y experiencias de vida, que no siempre se reflejan en un único número de criterios diagnósticos.

16. ANEXO: INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

FOLIO _____

Este es un cuestionario que se ha diseñado para que lo respondas por ti misma(o).

Contiene aspectos relacionados con tu estilo de vida y conducta. También incluye preguntas de carácter personal, por lo que cabe enfatizar que la información que nos proporcionas, será utilizada única y exclusivamente con fines estadísticos y de investigación científica

Aunque muchas de las preguntas incluyen aspectos íntimos, te garantizamos la absoluta confidencialidad de la información que nos proporcionas y te solicitamos nos respondas con sinceridad.

Si alguna pregunta no te resulta suficientemente clara, por favor dile al entrevistador.

Gracias por tu tiempo y colaboración.

Escuela _____

Semestre que cursa _____

Sexo (H = Hombre; M = Mujer) _____

Edad _____

Fecha de aplicación _____

Subraya la opción que más se acerque a tu opinión o forma de actuar.

1. **Te gusta la principal actividad a la que te dedicas...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
2. **Te gusta contradecir a la gente, aún cuando sepas que no tienes razón...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
3. **Mantienes tu opinión firme con respecto a una situación en todo momento...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
4. **Quieres o admiras a alguien y luego pasas a considerarla(o) lo peor del mundo...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
5. **Te encuentras de mal humor y te enfadas demasiado por cualquier situación...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
6. **Eres capaz de identificar los defectos de las personas que son importantes para ti...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
7. **La lectura te parece algo apasionante...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
8. **Realizas tus gastos utilizando únicamente el dinero del que dispones...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
9. **Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son estables...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
10. **Cuando experimentas ataques de risa o de llanto puedes controlarlos con facilidad...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
11. **Tus proyectos importantes y que consideras "seguros, inamovibles", de un momento a otro los cambias radicalmente...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
12. **Imaginas que "esa persona" importante para ti quiere dejarte...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
13. **Practicas alguna actividad física...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
14. **Te sientes inconforme con tu forma de ser...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
15. **Calificarías tu rendimiento escolar y/o laboral como "excelente"...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca
16. **Experimentas alegría y satisfacción con las cosas que realizas...**
 - a) Siempre
 - b) Muchas veces
 - c) Pocas veces
 - d) Nunca

- 17. Actúas de forma impulsiva...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 18. Consideras que tus relaciones personales (de amistad, pareja, laborales o familiares), son demasiado conflictivas...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 19. Tu estado de ánimo es tan cambiante que de un momento a otro, puedes pasar de una gran alegría a un fuerte enojo...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 20. Te sientes cómodo con un grupo de amigos (asumes la forma de pensar que tienen, su "look" y sus actividades), pero de un momento a otro, abandonas a ese grupo porque te sientes más identificado con un grupo distinto...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 21. Te parece difícil organizar eficientemente tus gastos...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 22. Cuando una persona es importante para ti, pasas de quererla mucho a no quererla nada...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 23. Llegas a tener atracones de comida que no puedes controlar...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 24. Cuando te sientes muy enojada(o), es probable que rompas cosas...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 25. Te sientes tan triste que dejas de hacer tu vida cotidiana...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 26. Eres capaz de realizar cualquier cosa con tal de no perder una relación personal importante para ti...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 27. La relación que tienes con tu familia es estable...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 28. Apuestas dinero...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 29. Te resulta sencillo controlar tus estados de ánimo...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 30. Piensas que tu vida no tiene sentido...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 31. Cuando discutes con "esa persona" importante para ti, te resulta fácil controlar tu comportamiento...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 32. Te gusta tu imagen física...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 33. Acostumbas arreglar los problemas a golpes...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca

- 34. Cuando asistes a fiestas te la pasas muy mal...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 35. Estás muy pendiente de los murmullos de las personas porque piensas que pueden estar hablando de ti...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 36. Tienes comportamientos llenos de ira (por ejemplo: gritos, amenazas, golpes) cuando percibes que puedes perder una relación personal importante para ti...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 37. Cuando experimentas mucho estrés, llegas a tener la sensación de estar fuera de tu cuerpo...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 38. Tienes relaciones sexuales con personas que acabas de conocer...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 39. Consideras que tu identidad sexual (sentirte hombre o mujer), es estable...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 40. Consideras que tus preferencias sexuales son estables...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 41. Te resulta sencillo establecer una conversación con alguien desconocido...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 42. Piensas que los demás te critican o que te quieren hacer daño...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 43. Te has sentido sin esperanza...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 44. Actúas con una única y definida personalidad...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 45. Te parece vital tener una relación importante de pareja en tu vida...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 46. Tienes ideas relacionadas con hacerte daño a ti misma(o) (cortarte, golpear, etc.)...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 47. Has sentido que las personas, objetos o el mundo no son reales...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 48. Tienes la sensación de escuchar la voz de otras personas cuando en realidad no están presentes...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca
- 49. Pensar en tu vida a futuro te causa temor...**
a) Siempre
b) Muchas veces
c) Pocas veces
d) Nunca

50. Cuando te haces daño (por ejemplo: insultarte, golpearte, cortarte, dejar de comer), logras disminuir el enojo o la ansiedad...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

51. En ciertos períodos te atraen personas de tu mismo sexo y en otros períodos te atraen personas del sexo opuesto...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

52. Tienes la sensación de que tu cuerpo no es tuyo...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

53. Te resulta difícil mantenerte estable en tus emociones...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

54. Lastimas tu cuerpo, por ejemplo, con golpes, cortadas, quemaduras o dejando de comer por periodos prolongados...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

55. Al verte a ti misma(o) llegas a pensar que esa persona no eres tú...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

56. Piensas en suicidarte...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

57. Has intentado suicidarte...

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Pocas veces
- d) Nunca

17. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Muñoz A. *Evaluación de la Personalidad*. Facultad de Psicología. UNAM. México. 2004.
- ² American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington, DC. 1994.
- ³ Craig G., Baucum D., Pecina J. *Desarrollo Psicológico*. México. Prentice Hall. 2001.
- ⁴ Sánchez P., Quemada J. *Trastorno orgánico de la personalidad. Aspectos conceptuales y diagnósticos*. Servicio de Daño Cerebral, Hospital Aita Menni, Guipúzcoa, España. Dirección electrónica: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-2-6.html>
- ⁵ Gardner H. *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books. 1983.
- ⁶ Rosemberg M. *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Paidós. Buenos Aires. 1973.
- ⁷ Pérez A., Vega F., Martín N., Molina R., Mosqueira I., Rubio V. *Discrepancias diagnósticas entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de personalidad*. Actas Españolas Psiquiátricas. 2005; 33(4):244-253.
- ⁸ Schneider K. *Psicopatología Clínica*. 4ta. Edición. Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1975.
- ⁹ Díaz-Marsá M., Cavero M., Fombellida C. *Trastornos de la personalidad*. Dirección electrónica: <http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tper.htm>
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. *CIE-10 Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revision). 1992.
- ¹¹ López V. *Trastorno límite de personalidad*. Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. México. 2002.
- ¹² Zimmerman M., Coryell W. *DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: demographic correlates and comorbidity*. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46:682-689.

-
- ¹³ Reich J., Yates W., Nduaguba M. *Prevalences of DSM-III personality disorders in the community*. Soc Psychiatry Epidemiology. 1989; 24:12-16.
- ¹⁴ Maier W., Lichtermann D., Klingler T., Heun R., Hallmayer J. *Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community*. J Personal Disorders. 1992; 6:187-196.
- ¹⁵ Samuels J., Nestadt G., Romanoski A., Folstein M., McHugh P. *DSM-III personality disorders in the community*. Am J Psychiatry. 1994; 151:1055-1062.
- ¹⁶ Moldin S., Rice J., Erlenmeyer-Kimling L., Squires-Wheeler E. *Latent structure of DSM-III-R Axis II psychopathology in a normal sample*. J Abnorm Psychology. 1994; 103:259-266.
- ¹⁷ Lenzenweger M., Loranger A., Korfine L., Neff C. *Detecting personality disorders in a nonclinical population: application of a 2-stage procedure for case identification*. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54:345-351.
- ¹⁸ Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. *The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample*. Arch Gen Psychiatry. 2001; 58:590-596.
- ¹⁹ Páez F., Rodríguez R., Pérez V., Colmenares E., Coello F., Apiquian R., Dickinson M., Ponce R., Nicolini H. *Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. Resultados de un estudio piloto*. Salud Mental. 1997; 20:19-23.
- ²⁰ Benjet C., Borges G., Medina-Mora ME. *DSM-IV personality disorders in Mexico: results from a general population survey*. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(3):227-234.
- ²¹ Sugarman A., Lerner H. *Reflections on the current state of the borderline concept*. Kwawer, Lerner, Lerner, Sugarman (eds). En: Borderline Phenomena and the Rorschach Test. International Universities Press. Nueva York. 1989.
- ²² Stone M. *The Personality Disorders and Neuroses*. Psychiatry Series: Vol. 1, Editorial Board, 1986.
- ²³ Kernberg O. *Trastornos Graves de la Personalidad*. Manual Moderno. México. 1987.

-
- ²⁴ Gunderson J., Singer M. *Defining borderline patients: An Overview*. Am J Psychiatry. 1975; 132(1):1-8.
- ²⁵ Chessick R. *The outpatient psychotherapy of the borderline patient*. Am J Psychotherapy. 1993; 47(2):206-227.
- ²⁶ Drake R., Adler D., Vaillant G. *Antecedents of personality disorders in a community sample of men*. J Personal Disord. 1988; 2:60-68.
- ²⁷ Black D., Noyes J., Pfohl B., Goldstein R., Blum N. *Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their firstdegree relatives*. Am J Psychiatry. 1993; 150:1226-1232.
- ²⁸ Bodlund O., Ekselius L., Lindström E. *Personality traits and disorders among psychiatric outpatients and normal subjects on the basis of the SCID screen questionnaire*. Nord Psykiatr Tidsskr. 1993; 47:425-433.
- ²⁹ Klein D., Riso L., Donaldson S., Schwartz J., Anderson R., Oiumette P., Lizardi H., Aronson T. *Family study of early-onset dysthymia: mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depressive and normal controls*. Arch Gen Psychiatry. 1995; 52:487-496.
- ³⁰ Skodol A., Bender D. *Why are women diagnosed borderline more than men?* Psychiatr Q. 2003; 74(4):349-360.
- ³¹ Bandelow B., Krause J., Wedekind D., Broocks A., Hajak G., Rütger E. *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls*. Psychiatry Research. 2005; 134(2): 169-179.
- ³² Guzder J., Paris J., Zelkowitz P., Feldman. *Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 1999; 38(2):206-212.
- ³³ Paris J., Zweig-Frank H., Guzder J. *Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients*. Comprehensive psychiatry. 1994; 35(4):301-305.
- ³⁴ Laportel L., Guttman H. *Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders*. Journal of personality disorders. 1996; 10(3):247-259.

-
- ³⁵ Paris J., Zweig-Frank H., Guzder J. *Risk factors for borderline personality in male outpatients*. The journal of nervous and mental disease. 1994; 182(7):375-380.
- ³⁶ Guzder J., Paris J., Zerkowitz P. *Risk Factors for Borderline Pathology in Children*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996; 35(1): 26-33.
- ³⁷ Barone L. *Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview*. Attachment and Human Development. 2003; 5(1): 64 – 77.
- ³⁸ Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. *Trastorno de la Personalidad Límite*. Generalitat de Catalunya Departament de Salut Edición, CatSalut 1era edición. Barcelona. Febrero 2006.
- ³⁹ First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Benjamin L.S. *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.
- ⁴⁰ OMS, IPDE. *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Meditor, 1996.
- ⁴¹ Pfohl B., Blum N., Zimmerman M. *Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.
- ⁴² Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L. *The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders*. J Pers Dis, 1989; 3, 10-18.
- ⁴³ Millon T., Millon C., Davis R. *MCMI-III Manual*. Minneapolis: National Computer Systems, 1994.
- ⁴⁴ Hyler S.E. *PDQ-4 Personality Questionnaire*. New York State Psychiatric Institute. 1994.
- ⁴⁵ López J., Páez F., Apiquían R., Sánchez de Carmona M., Fresán A., Robles R., Nicolini H. Estudio sobre la traducción y la validación del Cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). Salud Mental. 1996; 19(3):39-42.
- ⁴⁶ Costa P.T., McCrae R.R. *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)*. En: Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. *Trastorno de la Personalidad Límite*. Generalitat de Catalunya Departament de Salut Edición, CatSalut 1era edición. Barcelona. Febrero 2006.

-
- ⁴⁷ Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality, 1994.
- ⁴⁸ Dolan-Sewell R.T., Krueger R.F., Shea M.T. *Co-Occurrence with Syndrome Disorders*. A Livesley WJ (Ed.), "Handbook of personality disorders". Nueva York: Guilford, 2001.
- ⁴⁹ López D., Cuevas P., Gómez A., Mendoza J. *Psicoterapia focalizada en la transferencia para el Trastorno Límite de la Personalidad. Un estudio con pacientes femeninas*. Salud Mental. 2004; 27(4):44-54.
- ⁵⁰ Zanarini M.C., Frankenburg F.R. *Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double blind, placebo controlled study*. J Clin Psychiatry. 2001; 62(11):849-854.
- ⁵¹ Zanarini M.C., Frankenburg F.R. *Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double blind, placebo controlled study*. Am J Psychiatry. 2003; 160:167-169.
- ⁵² Waldinger R.J., Gunderson J.G. *Effective psychotherapy with borderline patients*. American Psychiatric Press. Washington, 1989.
- ⁵³ Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/mental_health/en/index.html
- ⁵⁴ Cuevas P., Camacho J., Mejía R., Rosario I., Parres R., Mendoza J., López D. *Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica*. Salud Mental. 2000; 23(6):1-11.
- ⁵⁵ Meza T. *Trastorno Límite de personalidad: constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 2007; Año 16, Vol. 14, Núm. 2:55-64.
- ⁵⁶ Nunnally J., Bernstein I. *Psychometry Theory*. McGraw Hill, 3era edición. USA. 1994.
- ⁵⁷ Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 22ª edición. 2001.
- ⁵⁸ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México. *Ley General de Salud*. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 16 de noviembre de 2011.

⁵⁹ Hair J. *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, Prentice Hall. New Jersey. 1998