



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría

“Ramón de la Fuente Muñiz”

“Características de personalidad de acuerdo al SWAP en  
pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la  
personalidad con y sin experiencias disociativas”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA QUE

PRESENTA:

Gustavo Adolfo Bastien Torres

Asesor teórico:

Dr. Iván Arango De Montis

Asesor metodológico:

Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco

Ciudad de México, Julio 2018

005520





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.

## Tabla de contenido

ANTECEDENTES .....	4
Definición y evolución del concepto .....	4
CRITERIOS DIAGNOSTICOS.....	5
Trastorno límite dentro de la categoría dimensional .....	8
CIE-10 .....	9
Epidemiología, curso clínico y pronóstico.....	10
Etiología.....	11
Factores psicosociales.....	12
Disociación. ....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
JUSTIFICACIÓN .....	15
OBJETIVOS .....	16
Hipótesis.....	16
Material y métodos .....	17
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	17
Procedimiento .....	18
Escalas de Medición .....	18
SWAP-200.....	20
Métodos de recolección de datos.....	22
Análisis Estadístico .....	22
Implicaciones éticas .....	22
RESULTADOS .....	23
DISCUSION.....	29
CONCLUSIONES .....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	36
ESCALAS UTILIZADAS.....	40

## Agradecimientos

A mis padres, por hacer realidad mis estudios

A mis hermanos, por creer en mi

A Adriana Reyes, por ser compañera de vida

A mis abuelos, en especial al Dr Nicolás Bonfilio, fuente de inspiración para mi crecimiento personal

A mis tíos, Edith y Abel, porque sin ellos hubiera sido difícil seguir el camino del estudio ya que participaron como padres en mi camino

Al Dr Arango y al Dr Escamilla, por el apoyo brindado

A la Dra Ana Fresán, por la colaboración prestada

## ANTECEDENTES

### Personalidad

La personalidad es un complejo patrón de características psicológicas, profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Estas características pueden ser resultado de una base heredable individual o bien, consecuencia de la memoria de la experiencia individual. Así, es posible distinguir dos componentes en la personalidad: el temperamento, que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos, normalmente heredada, que se manifiesta desde etapas tempranas del desarrollo y se mantiene estable a lo largo del ciclo vital, y el carácter, que se refiere a las características adquiridas durante el crecimiento y posee un vínculo con las normas sociales. La personalidad incluye la totalidad de características de la persona, sociales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas.<sup>38</sup>

El perfil de personalidad<sup>42</sup> es complejo de medir y está limitada por factores que distorsionan el proceso. Algunas de las mismas inmiscuyen al mismo entrevistador. Otras surgen porque el grado de patología no permite que el sujeto identifique sus propios errores, cognitivos o de comportamiento y por ello no los reporta o no permite que salgan a flote. El perfil de personalidad consiste en el resultado de una serie de instrumentos de medición que evalúan un conjunto de características psicológicas, sociales, culturales y rasgos que definen a una persona. El objetivo es obtener una interpretación de la persona en su totalidad.

### Definición y evolución del concepto

El Trastorno Límite de Personalidad consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en el afecto y la autoimagen con escaso control de impulsos. La heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad han derivado en una gran cantidad de términos y en un desacuerdo entre los distintos autores en cuanto a los atributos esenciales que caracterizan esta entidad ya que puede presentarse de manera distinta y en diferentes grados en cada paciente y así individualizar cada caso haciéndolo parecer distinto. Stern<sup>1</sup> en 1938 fue el primero en utilizar el término límite en una publicación psicoanalítica para referirse a pacientes que no podían ser clasificados claramente en las categorías neuróticas o psicóticas denominándolos “grupo límite de la neurosis”. En los años posteriores diferentes autores utilizaron distintos términos para referirse a estos pacientes: “esquizofrenia ambulatoria”<sup>2</sup>, “esquizofrenia pseudoneurótica”<sup>3</sup>, “carácter psicótico”<sup>4</sup> u “organización borderline de la personalidad”. El estado actual del concepto

“borderline” puede sintetizarse en función de las distintas concepciones sobre el trastorno. Se lo ha considerado, dentro del espectro del desorden esquizofrénico, como una forma grave de una organización estructural de la personalidad, como una forma específica de alteración de la personalidad al margen de los síndromes esquizofrénicos y de los estados neuróticos, dentro de los trastornos afectivos, como un trastorno de los impulsos; y, en los últimos años, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático por la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos. En 1980 se incorpora por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como entidad definida en el DSM-III.<sup>5</sup> (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, por sus siglas en inglés). A pesar de las numerosas críticas y propuestas alternativas. En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) finalmente se incorporó como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo<sup>6</sup>.

## DEFINICIÓN

El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad se caracteriza por ésta misma y por una marcada predisposición a actuar en forma impulsiva, aunada a una inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad y la autoimagen, comienza frecuentemente al principio de la edad adulta y en general estas características llevan al paciente a un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, ocupacional y de otras áreas. Además son individuos sensibles al abandono que realizan esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario, reaccionando frecuentemente con ira inapropiada, actitudes violentas, manifestaciones explosivas o comportamientos impulsivos como automutilaciones o el suicida.<sup>42</sup>

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS<sup>41</sup>

(Tomado del DSM-5)

Trastorno límite de la personalidad (DSM-5)

Patrón predominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.)

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej. gastos, sexo, drogas, conducta temeraria, atracones alimentarios). . (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida reactividad notable del estado de ánimo. (p. ej. episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días)
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej. exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntoma disociativos graves.

#### El sistema dimensional del DSM-5<sup>41</sup>

Los sistemas dimensionales presentan claras ventajas frente a las categorías: reflejan mejor la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones, evitan solapamientos y diagnósticos múltiples, y cuentan con una base empírica sólida. En conjunto, incrementan la fiabilidad en un 15 % y la validez en un 37 % (Markon, Chmielewski & Miller, 2011; Morey *et al.*, 2012). El Grupo de Trabajo del DSM-5 propuso un modelo de 25 facetas (rasgos) de personalidad agrupados en 5 dominios (dimensiones de orden superior). El modelo se inspira en intentos integradores previos (Widiger & Simonsen, 2005) y en cierta medida intenta representar las variantes patológicas de los Cinco Grandes (Krueger *et al.*, 2011). Aunque todos estos modelos difieren entre sí en cuanto al número y la naturaleza de sus variables — p.e. incluyen o no una dimensión de Psicoticismo, o consideran la Compulsividad y la Impulsividad como dimensiones opuestas o como independientes — las diferencias son superficiales: todos ellos pueden integrarse en una estructura jerárquica común a la que el modelo DSM-5 es una aproximación plausible (Markon, Krueger & Watson, 2005). Para evaluar esta taxonomía se desarrolló el Inventario de la Personalidad para el DSM-5 (PID-5), un autoinforme todavía en fase de validación (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012).

## LA NUEVA DEFINICIÓN DE TRASTORNO

La Sección II continúa diagnosticando el TP (Trastorno de Personalidad) por la presencia de malestar clínicamente significativo y deterioro funcional. La Sección III sugiere en cambio que estos criterios no son suficientemente específicos de TP, y propone que lo nuclear a la patología de la personalidad son los desajustes en el funcionamiento del *self* y en el desempeño interpersonal. Las alteraciones en la integridad del *self* se refieren a problemas de identidad (vivencia de uno mismo como único, diferenciado del otro) y dificultades en la autodirección (capacidad para fijar y cumplir metas a corto y largo plazo ajustándose a un patrón normativo interno). El deterioro en el ámbito interpersonal engloba dificultades para la empatía (capacidad para entender y tolerar motivaciones ajenas y vislumbrar los efectos de la propia conducta en el otro) y la intimidad (deseo de cercanía y capacidad para la conducta recíproca). El clínico debe valorar en un continuo de cinco puntos la presencia de deterioro en estos cuatro ámbitos de funcionamiento, que se suponen capaces de diferenciar personalidades patológicas de sujetos sanos o con otros trastornos. Los fundamentos de esta aproximación pueden encontrarse tanto en la literatura psicoanalítica (Bender, Morey & Skodol, 2011; Morey *et al.*, 2011) como en el concepto de fracaso adaptativo de Livesley o las dimensiones de carácter de Cloninger (Skodol *et al.*, 2011).

Elementos del funcionamiento de la personalidad: **Self:** 1) *Identidad:* experiencia del si mismo única, con clara delimitación self/otros, estabilidad de la autoestima y precisión de la autoevaluación, capacidad y habilidad para regular un amplio rango de experiencias emocionales 2) *Autodirección:* búsqueda de metas a corto y largo plazo coherentes y significativas, utilización de estándares internos de conductas constructivas y prosociales, habilidad para autoreflexionar productivamente **Interpersonal:** 1) *Empatía:* comprensión y apreciación de las experiencias y motivaciones de los otros, tolerancia de diferentes perspectivas, comprensión de los efectos [impacto] de la propia conducta en los otros 2) *Intimidad:* profundidad y duración de la conexión con los otros, deseo y capacidad para la intimidad con los otros, mutualidad reflejada en la conducta interpersonal.

### Nivel de funcionamiento de la personalidad

La psicopatología de la personalidad fundamentalmente emana de las perturbaciones en el pensamiento sobre sí mismo y los demás. Debido a que puede haber un mayor o menor grado de perturbación, cada paciente debe ser evaluado en el continuo compuesto por los siguientes niveles de funcionamiento: interpersonal (Empatía, Intimidad y Cooperación, y Complejidad e integración de las representaciones de los otros) y personal (Identidad, Auto-concepto y Auto-dirección). Al igual que para los criterios generales de los TP, al aplicar estas dimensiones de funcionamiento interpersonal y personal, tienen que darse los siguientes elementos: 1) ser de varios años de duración; 2) no ser manifestación o consecuencia de otro trastorno mental; y 3) no deberse únicamente a los efectos fisiológicos de una droga o de una enfermedad médica. Las afectaciones del funcionamiento personal e interpersonal, a similitud con la CIF (Clasificación Internacional de



Funcionamiento), muestran los siguientes niveles de gravedad: 0 = No afectación. 1 = Deterioro leve. 2 = Deterioro moderado. 3 = Daño grave. 4 = Deterioro extremo.

Este modelo es consistente con múltiples teorías de la personalidad y se fundamenta en cómo las personas piensan sobre sí mismas/los demás y en cómo se relacionan con otros. Así, por ejemplo, la alteración de la identidad en los TP ha sido subrayada por Schmeck et al. o, anteriormente, por Kernberg<sup>39</sup>, para quien la patología central de los pacientes con trastornos graves de la personalidad borderline y otros se puede encontrar en un deterioro de la integración de la identidad. Según Skodol et al., la proyección de cinco ítems relacionados con la identidad predice la presencia de un TP con una sensibilidad del 79% y una especificidad del 54%. El papel de la autodirección, relacionado a su vez con el nivel de autoestima, y el de la cooperación, asociada a la empatía, han sido subrayados también por el modelo psicobiológico de Cloninger et al. Por otra parte, como ha enfatizado Sullivan, la calidad de las dimensiones interpersonales es un reflejo de la estructura de la personalidad. Por ello, el fracaso para lograr la seguridad y la autoestima en situaciones interpersonales provoca la disregulación emocional, que, cuando es crónica y extrema, es un reflejo de la patología de la personalidad y complica tanto las situaciones interpersonales del día a día como las relaciones a largo plazo. A su vez, la empatía supone ponerse en el lugar de la otra persona a nivel cognitivo y emocional a partir de lo que se observa, de los contenidos verbales o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva). En síntesis, según la escala de valoración del funcionamiento de la personalidad del DSM-5, una personalidad adaptativa tiene la conciencia permanente de un yo único, manteniendo roles apropiados (identidad); aspira a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales (autodirección); es capaz de comprender con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones (empatía); y, por último, mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas tanto en la vida personal como la comunitaria (intimidad).

## **Trastorno límite dentro de la categoría dimensional**

Los pacientes con este trastorno tienen un concepto de sí mismo muy frágil, que es fácilmente alterado y fragmentado bajo situaciones de estrés, lo que se traduce en un nivel de identidad pobre y en sentimientos crónicos de vacío. Como resultado de ello, presentan inestabilidad emocional y tienen dificultades para mantener relaciones íntimas duraderas. Estos pacientes experimentan rápidos cambios de humor, de forma intensa e impredecible, pudiendo mostrarse extremadamente ansiosos o deprimidos. También pueden enojarse o ser hostiles si se sienten incomprendidos o maltratados. Pueden implicarse en agresiones verbales o físicas cuando están enojados. Las reacciones emocionales suelen darse en respuesta a acontecimientos

interpersonales negativos que implican pérdida o decepción. Las relaciones se basan en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono. La dependencia implica tanto el apego inseguro, expresado como dificultad para tolerar la soledad, como la necesidad urgente de contacto con otras personas significativas cuando está estresado, acompañada a veces por un comportamiento sumiso. Al mismo tiempo, la intensa e íntima dependencia de otra persona a menudo conduce a un miedo a la pérdida de la identidad propia. Por lo tanto, las relaciones interpersonales son muy inestables y se alternan entre la dependencia excesiva y la huida. Los principales rasgos y conductas interpersonales pueden estar asociados con una alteración de la regulación cognitiva. Es decir, las funciones cognitivas pueden deteriorarse en momentos de tensión interpersonal, lo que conduce a un procesamiento de la información escindido o dicotómico, del tipo de blanco o negro. Asimismo pueden experimentar reacciones cuasi-psicóticas, incluyendo la paranoia y la disociación, que pueden progresar a cuadros de psicosis transitoria. Los individuos con este tipo se caracterizan por ser impulsivos, actuando con la emoción del momento, y por implicarse en actividades potencialmente negativas. Los actos deliberados de autolesión (por ejemplo, cortarse o quemarse), la ideación suicida y los intentos de suicidio ocurren típicamente acompañados de una angustia intensa y de disforia, en particular en el contexto de los sentimientos de abandono, cuando una relación importante se rompe. Una angustia intensa también puede llevar a otras conductas de riesgo, incluyendo el abuso de drogas, la conducción temeraria, los atracones de comida o la promiscuidad sexual. Los dominios y rasgos asociados son los siguientes: 1. Emocionalidad negativa: Labilidad emocional; 2. Emocionalidad negativa: Autolesiones; 3. Emocionalidad negativa: Inseguridad de separación; 4. Emocionalidad negativa: Ansiedad; 5. Emocionalidad Negativa: Baja autoestima; 6. Emocionalidad negativa: Depresividad; 7. Antagonismo: Hostilidad; 8. Antagonismo: Agresión; 9. Desinhibición: Impulsividad; 10. *Esquizotipia: Propensión a la disociación.*

## CIE-10<sup>6</sup>

### F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. 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 mismo.

#### 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.

## **Epidemiología, curso clínico y pronóstico**

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complejo, debido, entre otros factores, a la diversidad de instrumentos de evaluación para identificar el trastorno, y la existencia de una elevada comorbilidad. Existe además dificultad al comparar los datos obtenidos en diferentes épocas y países y con metodologías completamente distintas. Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP (Trastorno Límite de la Personalidad). En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general<sup>6</sup>, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio. Afecta entre el 0.9-3% de la población comunitaria menor de 18 años. Si se aplican umbrales más bajos de presencia

de síntomas, el porcentaje aumenta hasta entre el 10.8-14%<sup>26,27</sup>. Chanen et al. citan<sup>7</sup> datos que sugieren una tasa de prevalencia del 11% en pacientes ambulatorios adolescentes. Grilo et al<sup>8</sup> publican una tasa de prevalencia del 49% en adolescentes hospitalizados. La tasa de suicidio es aprox del 9% siendo el riesgo mayor en los primeros años de la edad adulta.<sup>41</sup>

El *curso clínico* de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosos episodios de reactivación de síntomas que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo en el que existen numerosas situaciones tanto internas como externas que pueden inducir o iniciar una crisis. En etapas posteriores de la vida la mayoría alcanzan mayor estabilidad en su funcionamiento social y profesional. En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral. Paris et al<sup>9</sup> encontraron que sólo el 25% seguían cumpliendo criterios para el TLP pero con mejoría en todas las áreas. Aunque con mejor funcionamiento global, continúan presentando cierto grado de disfunción en distintas áreas y entre el 8 y el 10% fallecen por suicidio consumado, siendo la mayor tasa en los primeros 5 años. En un estudio de seguimiento a 27 años, Paris señala que la mayoría de pacientes funcionaban aún mejor que la valoración a los 15 años, sólo un 8% de los pacientes cumplía criterios para TLP y un 22% cumplía criterios para trastorno distímico. Aunque las características del trastorno pueden estar presentes a lo largo de la vida de las personas con TLP, la intensidad sintomatológica puede variar. Por lo tanto, estos estudios ponen en entredicho la estabilidad en el tiempo del diagnóstico de TLP dado que, si los pacientes mejoran, ya no cumplen criterios diagnósticos.

## Etiología

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. La guía de práctica clínica de NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) 2009<sup>10</sup> describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: *vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores<sup>12</sup> y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego<sup>27</sup>*. El conocimiento del que

disponemos hoy en día en relación a los determinantes etiológicos del TLP es polémico ya que no existen datos suficientes que avalen la contribución de cada uno de ellos en la aparición del trastorno.

### **Vulnerabilidad genética**

Estudios en gemelos sugieren que el factor de heredabilidad del TLP es de 0,6937, es decir, que la influencia genética en el TLP es del 69%<sup>11</sup>. Aun así, es probable que los rasgos asociados a la agresión impulsiva y a la disregulación del estado de ánimo, y no tanto el propio trastorno límite de la personalidad, sean hereditarios. La evidencia actual sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad en general, no concretamente en el TLP, actúa a nivel tanto individual como en asociación a factores ambientales anómalos.

### **Alteración de los neurotransmisores**

Los neurotransmisores están implicados en la regulación de los impulsos, la agresión y el afecto. La serotonina ha sido el que más se ha estudiado, y se ha demostrado que existe una relación inversamente proporcional entre los niveles de serotonina y los de agresión. Aunque no está clara cuál es la vía causal, la reducción de la actividad serotoninérgica puede inhibir la capacidad de la persona de modular o controlar los impulsos destructivos. Existe poca evidencia sobre la influencia de las catecolaminas (los neurotransmisores noradrenalina y dopamina) en la disregulación del afecto<sup>12</sup>. Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la fenomenología del TLP son la acetilcolina, la vasopresina, el colesterol, y los ácidos grasos, así como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.<sup>13</sup>

### **Disfunción neurobiológica**

En el TLP se han descrito evidencias de un déficit estructural y funcional en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva. Estas áreas son la amígdala, el hipocampo y las regiones orbitofrontales<sup>14</sup>. Las personas con TLP muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal, dorsolateral y en la cuña, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso. Asimismo, también se ha descrito una mayor activación de la amígdala durante la visualización de imágenes emocionalmente aversivas<sup>15</sup> o rostros emocionales<sup>33</sup>.

## **Factores psicosociales**

En estudios de familias se han identificado varios factores que pueden ser importantes en la aparición del TLP como, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares. La evidencia reciente también sugiere que la negligencia así como la falta de implicación emocional<sup>20</sup> por parte de los cuidadores, tienen repercusiones y pueden contribuir a las dificultades de socialización del niño y, tal vez, al riesgo de suicidio. En un mismo contexto familiar pueden producirse abusos

físicos, sexuales y emocionales de forma concurrente<sup>17</sup>. La incidencia de maltrato es muy alta en las personas con TLP<sup>17</sup>. Zanarini et al<sup>18</sup> publicaron que el 84% de quienes sufren un TLP describen de forma retrospectiva una experiencia de maltrato psicológico y negligencia por parte de ambos progenitores antes de cumplir los 18 años. La negación emocional de sus experiencias por parte de quienes cuidaban de ellos es un predictor de TLP (ambiente invalidante). El maltrato, por sí solo, no es ni necesario ni suficiente para que una persona desarrolle TLP, y es probable que los factores predisponentes y las características contextuales de la relación progenitor-hijo sean factores que influyen en su aparición. Los estudios que han analizado el contexto familiar del trauma infantil en el TLP tienden a considerar que el principal facilitador de los malos tratos y la disfunción de la personalidad es un entorno familiar inestable y poco favorable para el desarrollo de la persona<sup>20-23</sup>.

*Proceso de Apego.* Existe bastante literatura que habla y que se ha publicado acerca del proceso de apego y el desarrollo del TLP<sup>23-28</sup>. Aunque no existe una relación patognomónica con el diagnóstico de TLP y una categoría de apego concreta, el trastorno está muy asociado a un apego inseguro (sólo en el 6-8% de los pacientes con TLP se codifica el apego como “seguro”) y sobre todo con el apego desorganizado. Fonagy et al<sup>28</sup> sugieren que los efectos adversos derivados de relaciones de apego inseguro y/o desorganizado se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización. Esta formulación del apego concuerda con la importancia del entorno familiar invalidante descrito por Linehan<sup>30</sup> (misma quien desarrolló la terapia dialéctica conductual la cual ha sido la más eficaz para el tratamiento para el TLP) que incluye las experiencias emocionales negativas, la simplificación de la resolución de problemas, la negligencia, el apego inseguro, el abuso físico, sexual y emocional así como el trauma. Linehan sitúa este factor en la génesis del TLP, idea que desarrollaron posteriormente Fruzzetti et al<sup>30-31</sup>.

## Disociación.

Comenzaremos comentando la dificultad que ha existido a través del tiempo para definir el fenómeno de la disociación, pes ha pasado por diferentes categorías diagnósticas así como por distintas clasificaciones a lo largo de la historia. Por el momento haremos hincapié en las definiciones de las dos autoridades internacionales de la psiquiatría actual :

-Según la CIE-10<sup>6</sup>, la principal característica de los trastornos disociativos sería “la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales”

-Por otro lado, la clasificación de los trastornos mentales de la American Psychiatric association, DSM-IV<sup>45</sup>, puntualiza que “los trastornos disociativos consisten en una alteración de las funciones integradoras de la

conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica”

Abordando algunos antecedentes, los síntomas disociativos han estado presentes desde hace bastante tiempo, tenemos algunas descripciones históricas por lo menos desde el antiguo Egipto en los papiros, donde ya había descripciones de la histeria. En Grecia fue donde se acuñó este término, donde se creía que era una enfermedad propia de la mujer ya que recidía en el útero. Muy posteriormente, Lepois (1618) ubica el trastorno en el cerebro y hace el nombramiento de la histeria masculina. En 1791, Eberhardt Gmelin describe un caso de una mujer alemana que cambia de personalidad a una mujer que hablaba perfectamente francés y que tenía sus propias actividades y habilidades, pero la mujer alemana no reconocía la existencia de la francesa ni de sus actividades.

Ya en una época más moderna comenzó a utilizarse la hipnosis en casos de personas que padecían « histeria » con algunos efectos curativos temporales. Cabe descartar que los síntomas disociativos han estado estrechamente relacionados con temas de agresión, abuso, violencia, etc. en las personas que los padecen. Así como con casos de estrés postraumático o estrés extremo.

Ahora, es importante resaltar que desde varios enfoques en el que se miran las experiencias disociativas, se habla de una pérdida de la integridad, de la consciencia, de la identidad o del entorno. Esto es interesante porque habla de un continuum, ya que la disociación puede ir desde alguien que puede no escuchar una llamada o llegar a ser una patología más grave llegando a ser alguien que puede cambiar de personalidad o salir a deambular por horas sin darse cuenta de ello.

En cualquier caso, y tras una década de investigaciones en este área, tenemos dos instrumentos fundamentales que permiten cuantificar la presencia de los estados disociativos: la *Dissociative Experiences Scale (DES)* (Bernstein y Putnam, 1986) y también contamos con la escala SWAP<sup>36</sup> que ambas se pretenden usar en este protocolo de investigación.

Por otra parte, algunos estudios han planteado la hipótesis de que el abuso se refiere principalmente a los síntomas afectivos de la psicopatía, con experiencias disociativas que median en esta relación<sup>35</sup>. La relación de psicopatología y presencia de síntomas disociativos es una asociación que se ha encontrado en la clínica de trastorno límite de la personalidad. La disociación se relaciona positivamente con los aspectos de la agresión y, en particular, a una actitud de hostilidad.<sup>35</sup>

Diferentes estudios de investigación refieren una alta frecuencia de disociación entre pacientes con TLP (Galletly, 1997; Paris & Zweig-Frank, 1997; Chu & Dill, 1991). Algunos investigadores afirman que muchos pacientes con TLP tienen también un trastorno disociativo no diagnosticado. Estos estudios emplean una aproximación categorial a la disociación que, sin embargo, no incluye aquellos casos en los que los rasgos disociativos no cumplen todos los criterios para un diagnóstico DSM de trastorno disociativo tal como pasa en algunos pacientes que tienen TLP y presentan algunas experiencias disociativas, pero no cumplen categóricamente el diagnóstico de algún trastorno disociativo. Aún así, estos estudios reflejan cuan relevante es la disociación en los pacientes TLP. En un estudio empírico con pacientes psiquiátricos ingresados Ross (2007) encuentra que un 59% de pacientes TLP cumplen criterios para un trastorno disociativo según la DSM-IV-TR<sup>45</sup>, en comparación con un 22% en pacientes no TLP.

Es cierto que el criterio 9 del DSM-5<sup>41</sup> del TLP (ideación paranoide transitoria, relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves) tiene en cuenta síntomas disociativos. Sin embargo, estos pueden pasar desapercibidos para terapeutas o psiquiatras que no están familiarizados con los trastornos disociativos. Es importante comentar que dentro de las categorías dimensionales comentadas en el anexo del DSM-5<sup>41</sup>, habla sobre los dominios o rasgos asociados al TLP, en el número 10 (esquizotipia) lo menciona como « propenso a la disociación »

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características clínicas de acuerdo al SWAP en pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con y sin experiencias disociativas que reciben tratamiento en la clínica de trastorno límite del INPRFM?

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio busca determinar de una forma objetiva y medible la asociación existente entre las características de personalidad en los pacientes con y sin síntomas disociativos y diagnóstico de Trastorno límite de personalidad que acuden a la clínica de trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.



El contar con datos objetivos sobre esta probable asociación en los pacientes de la clínica de pacientes límite del INPRF permitirá en un futuro el poder implementar medidas preventivas y mayor psicoeducación, que permitan tomar en cuenta las características de cada paciente y por ende, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## OBJETIVOS

### *Objetivo General*

Determinar las características clínicas entre los pacientes con y sin síntomas de disociación en los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que reciben tratamiento en la clínica de trastorno límite de personalidad del INPRFM.

### *Objetivos Específicos*

- 1.- Comparar las características clínicas del padecimiento entre los pacientes con trastorno límite que muestren síntomas disociativos y que no los muestren.
- 2.- Determinar cuáles son los principales factores clínicos que intervienen en pacientes con trastorno límite de personalidad con síntomas disociativos.

## Hipótesis

### *Hipótesis General*

Los pacientes con Trastorno límite de personalidad y síntomas disociativos muestran diferencias en la escala SWAP-200 comparado con los que no presentan dichos síntomas.

### *Hipótesis Específica:*

- Los pacientes con Trastorno límite de personalidad que presentan síntomas disociativos, puntúan más alto en la categoría de "hostilidad" en la escala SWAP-200.

## Material y métodos

### *Tipo de estudio*

El presente se trata de un estudio transversal comparativo de casos conformado por dos grupos de análisis; el primero, por aquellos pacientes con síntomas disociativas y el segundo grupo de análisis, por aquellos pacientes sin síntomas de disociación y ambos con diagnóstico de Trastorno límite de personalidad.

### *Población en estudio; selección y tamaño de la muestra*

De acuerdo a *Epi calc 2000*, el tamaño de la muestra de proporción simple quedaría de la siguiente manera:

Proporción: 72.5%

Valor de la hipótesis nula: 50%

Significancia: 0.05

Potencia de: 80%

El tamaño de la muestra sería de 36 pacientes.

Tipo de estudio: observacional, trasversal, analítico.

Se incluirán pacientes que están siendo tratados en la Clínica de Trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplen los siguientes criterios:

## Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

### *Criterios de inclusión*

Pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 15 y los 40 años.

Que hayan reunido criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad según el DSM-V.

Los pacientes aceptan voluntariamente su participación en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

### *Criterios de exclusión*

Cumplir criterios para algún otro diagnóstico en EJE II según el DSM-V.

Contar con diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático.

Enfermedad médica o neurológica en condición inestable, entendiendo por condición inestable cualquier estado clínico que requiera una intervención inmediata ya sea clínica o farmacológica.

#### *Criterios de eliminación*

Que a lo largo del estudio algún paciente fallezca.

Que previamente haber aceptado participar en el estudio, algún paciente decida retirar su consentimiento para seguir participando.

## **Procedimiento**

Para llevar a cabo este proyecto de investigación se llevará a cabo el reclutamiento de pacientes en la consulta externa del INPRF con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que cumplan los criterios de inclusión y que pertenezcan a la Clínica de trastorno límite de la personalidad. Posterior a la valoración inicial, los pacientes serán invitados a participar en el estudio. Se informará al paciente respecto a los objetivos y procedimientos del estudio y se les entregará al consentimiento informado, incluyendo solo a aquellos pacientes que deseen participar. En forma previa a la inclusión al estudio se corroborará el diagnóstico, también se recolectará información con respecto a las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación). Se aplicarán las escalas de experiencias disociativas y SWAP-200. Durante el estudio se reafirmará constantemente la absoluta confidencialidad de la información obtenida.

## **Escalas de Medición**

La confiabilidad, se refiere al grado en que el instrumento en su aplicación repetida en el mismo individuo u objeto produce resultados iguales. Generalmente, se miden de dos formas: mediante el test-retest (coeficiente de correlación) con el cual se mide la estabilidad de la escala en sus puntajes individuales, a través del tiempo y con la consistencia interna (coeficiente Alpha de Cronbach) que mide la precisión con la que los ítems de la escala miden el constructo en estudio.

La validez, se refiere al grado en que el instrumento mide la variable que pretende medir.

- Validez de contenido: se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido.
- Validez de criterio: se compara con algún criterio externo que mide lo mismo. Si el criterio se fija en el mismo momento, se habla de *validez concurrente*.
- Validez de constructo: debe explicar el modelo teórico empírico, que subyace a la variable de interés.
- Validez de expertos: los expertos definen si el instrumento mide la variable en cuestión.

La validez total se gana con una mayor validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio en el instrumento de medición.

La relación entre la confiabilidad y la validez. El instrumento puede ser confiable pero no válido. Se requiere que se cumplan ambas características.

Factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez: la improvisación, utilizar instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados en el país de aplicación, es inadecuado para las personas a quienes se le aplica, las condiciones desfavorables en las que se aplica.

La *Dissociative Experiences Scale (DES)* (Bernstein y Putnam, 1986) evalúa los distintos tipos de experiencias disociativas y la frecuencia con que se experimentan. También constituye una herramienta de investigación para la cuantificación de experiencias disociativas. consiste en 28 preguntas acerca de experiencias que el paciente puede haber tenido en su vida diaria. Contiene 28 descripciones de experiencias que provienen de entrevistas profundas con pacientes afectados de disociación y expertos clínicos. Las escalas incluyen un amplio rango de experiencias como desajustes en la memoria, problemas de identidad, cognición y sensaciones de despersonalización, desrealización, absorción y experiencias imaginativas. El formato original de la DES requiere marcar las respuestas sobre una escala analógico-visual de 10 cm de ancho mientras que la DES-II emplea una escala tipo Likert de 11 puntos que va desde 0% (“no me pasa nunca”) al 100 % (“me pasa siempre”).

*Criterios de calidad:* **Fiabilidad:** fiabilidad test-retest oscila entre 0,78-0,93 y la consistencia interna es de 0,93.

**Validez:** presenta una excelente validez de constructo (altas correlaciones ítem-test) y una elevada validez convergente con otras pruebas: 0,76 con la SCID-D; 0,63 con la Escala de Alteraciones Perceptuales (Sandres, 1986); 0,53 con la escala de Absorción de Tellegen (Tellegen y Atkinson, 1974); 0,80 con el Cuestionario de Experiencias de Disociación (Riley, 1988) y 0,68 con la DDIS..

La consistencia interna de la escala (Alpha de Cronbach=.91) concuerda con las halladas en otros estudios (Carlson y Putnam, 1993; Ensink y Otterloo:1989). Asimismo, todos los ítems correlacionan significativamente de forma positiva con la puntuación total obtenida en la escala ( $P < 0,001$ ).

*Tiempo de administración:* 10-20 minutos.

*Normas de aplicación:* La persona debe señalar el porcentaje de tiempo que más estrechamente se ajusta a la situación experimentada por ella en condiciones normales, es decir, sin encontrarse bajo la influencia de alcohol o drogas.

*Corrección e interpretación:* La DES-II se corrige sumando los porcentajes señalados y dividiendo el total por 28. Puntuaciones de 30 o superiores indican la posible existencia de un trastorno disociativo y sugieren la necesidad de una evaluación complementaria mediante el proceso de evaluación clínica o entrevistas diagnósticas ya que la escala no proporciona diagnósticos DSM. Los pacientes con trastorno por estrés postraumático también obtienen puntuaciones altas. Personas sanas o con otras patologías mentales suelen puntuar por debajo de 20.

## SWAP-200<sup>37</sup>

[Tomado directamente de la pagina oficial de Shedler-Westen (SWAP-200)]

El procedimiento de evaluación Shedler-Westen (SWAP-200) es una herramienta de evaluación psicológica para el diagnóstico de la personalidad y la formulación de caso clínico desarrollado por los psicólogos Jonathan Shedler y Drew Westen. SWAP-200 se completa con un profesional de salud mental (por ejemplo, un psicólogo o un psiquiatra con licencia) después de desarrollar un conocimiento profundo de un paciente o cliente en un contexto de tratamiento o evaluación profesional. Debido a que SWAP-200 se completa con los médicos y no los pacientes, los hallazgos diagnósticos no dependen de la exactitud de la información proporcionada por los pacientes. Los instrumentos de permuta se basan en más de 16 años de investigación empírica y se han descrito en más de 100 artículos en revistas científicas revisadas por pares. SWAP-200 ha sido traducida a catorce idiomas. Otras versiones de SWAP incluyen la revisión del SWAP-II y el SWAP-II-A para adolescentes.

SWAP-200 es utilizado por los profesionales clínicos para identificar los problemas psicológicos básicos en la psicoterapia, para el diagnóstico de trastorno de la personalidad, por profesionales de la salud mental forense en los casos civiles y penales, y por las agencias del gobierno federal de los Estados Unidos para la evaluación de personal para puestos sensibles, tales como aquellos que requieren acceso a información clasificada.

### Calificación e interpretación

SWAP-200 consta de 200 artículos o declaraciones de personalidad-descriptiva, cada uno de los cuales puede describir a una persona determinada, así, un poco, o nada en absoluto. El evaluador ordena o clasifica a los estados en ocho categorías, de la mayor parte descriptiva de la persona (anotando 7) para no descriptiva o irrelevante (puntuación 0). SWAP-200 artículos están escritos en lenguaje libre ("Tiende a expresar la ira de manera pasiva e indirecta; pueden cometer errores, posponer las cosas, olvidar, etc.") y proporcionar un "vocabulario estándar" para la descripción de un caso clínico que es relevante para los médicos de todas las orientaciones teóricas. El instrumento de intercambio se basa en el método Q-clase, un método psicométrico diseñado para maximizar la fiabilidad y minimizar la varianza de error.

Cuando el evaluador completa el procedimiento de calificación, algoritmos de puntuación basados en software gráfico calculan y 37 escalas diagnósticas organizan en tres perfiles de puntuación. Las escalas de diagnóstico se expresan como T-score (media = 50, SD = 10). Los perfiles de puntuación proporcionan: diagnósticos de trastorno de la personalidad, diagnósticos de personalidad, síndromes de personalidad derivadas empíricamente alternativos, las puntuaciones de rasgos dimensionales.

La Edición de Seguridad Nacional de SWAP-200, desarrollado en colaboración con las agencias del gobierno federal de los Estados Unidos, incluye los indicadores disposicionales de exposición al riesgo (DIRE) Escala para la evaluación de riesgos de seguridad, desarrollado para evaluar el potencial de alto riesgo o comportamiento destructivo entre el personal empleado, o ser evaluados para posiciones sensibles, tales como las que requieren el acceso a información clasificada.

Cuando una evaluación del SWAP-200 se lleva a cabo en el contexto de la psicoterapia, el instrumento puede ser anotado por el médico después de un mínimo de seis horas de contacto clínicos. En la investigación, forense, personal y otros contextos de evaluación, SWAP-200 se puede marcar sobre la base de la Entrevista de Diagnóstico Clínico (CDI), una versión sistemática de la clase de las entrevistas que los médicos cualificados se dedican a evaluar la personalidad en las primeras horas del contacto con el paciente. La entrevista se puede completar en aproximadamente 2 1/2 horas. SWAP también se puede marcar de forma fiable a partir de otras fuentes de entrevistas, comparativamente psicológicamente ricos.

### ***La fiabilidad y validez***

La escala diagnóstica SWAP-200 muestran una alta fiabilidad y validez. La mediana entre los calificadores fiabilidad de las escalas de diagnóstico SWAP está por encima de 0,80 y la mediana de la fiabilidad test-retest en un intervalo de cuatro a seis meses es 0,90. Las escalas muestran una alta validez convergente con una amplia gama de variables criterio incluyendo variables de la historia genética (por ejemplo, psicosis y abuso

de sustancias en los familiares biológicos de primer y segundo grado), variables de la historia del desarrollo (por ejemplo, el abuso físico infantil, el abuso sexual, el absentismo escolar, problemas relacionados con la escuela), acontecimientos de la vida (hospitalizaciones psiquiátricas, intentos de suicidio, detenciones, violencia criminal, violencia doméstica), medidas de funcionamiento ocupacional, medidas de funcionamiento interpersonal, el funcionamiento de adaptación global, la respuesta al tratamiento de la salud mental, y otras medidas de criterio

## Métodos de recolección de datos

El estudio se llevará a cabo con pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en la clínica de trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, en el módulo D. A los pacientes que serán candidatos a participar en el estudio, se les explicará los objetivos del estudio, en qué consistirá su participación, a los que acepten, se valorará que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio y se solicitará que firmen el consentimiento informado para su participación. Se aplicará el SWAP-200 y la escala de experiencias disociativas. Durante el estudio se reafirmará constantemente la absoluta confidencialidad de la información obtenida.

## Análisis Estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizará con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Para la comparación entre pacientes con y sin experiencias disociativas y las dimensiones evaluadas por el SWAP-200 se emplearán la chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para los contrastes de las variables categóricas y t de Student para muestras independientes para el contraste de las variables continuas. El nivel de significancia estadística se fijará en una  $p \leq 0.05$

## Implicaciones éticas

A todas las participantes se les otorgó un consentimiento informado y sin excepción se les informó de manera verbal los procedimientos a llevar a cabo, objetivos y consignas del estudio; respetando su confidencialidad y

conformidad para reportar los resultados. En relación a la confidencialidad, a cada uno de los pacientes que aceptaron participar se les asignó un número de expediente para los análisis estadísticos, por lo que su nombre y datos generales quedaron bajo el resguardo de los investigadores del estudio y no aparecen en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

A cada uno de los pacientes se le ofreció participar voluntariamente con una previa explicación verbal de los procedimientos, objetivos, duración y las posibles ventajas del estudio, para posteriormente brindar consentimiento informado escrito, en el cual se describió el estudio, así como incluía información sobre la confidencialidad del mismo, la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento y si así lo deseaba el participante y el hecho de que la atención médica brindada en la institución no cambiaría de aceptar o no participar en la investigación.

## RESULTADOS

### **Características demográficas y clínicas de la muestra.**

Se cuenta con la evaluación de un total de 36 pacientes de la clínica de Trastorno límite de personalidad, de los cuales todos completaron los instrumentos de evaluación.

De los pacientes analizados, el 88.9% (n=32) eran mujeres y el 11.1% (n=4) hombres, con una edad promedio de 30.14 años (D.E.= 7.2 años). El 88.9% (n=32) de los pacientes se encontraba sin pareja al momento del estudio. Aquellos que se encontraban con pareja, el 8.3% (n=3) eran casados y el 2.8% (n=1) vivía en unión libre.

Del total de la muestra, el 52.8% (n = 19) era equivalente a la escolaridad de bachillerato y el resto 47.2% (n = 17) fue correspondiente a licenciatura o mayor. Se decidió realizar esta división en dos valores para poder hacer las comparaciones posteriores.

Por otro lado, el 44.4% (n=16) de los pacientes habían tenido al menos una hospitalización psiquiátrica a lo largo del padecimiento siendo el promedio de 2 hospitalizaciones (D.E.=1.96, rango 1-8 hospitalizaciones).

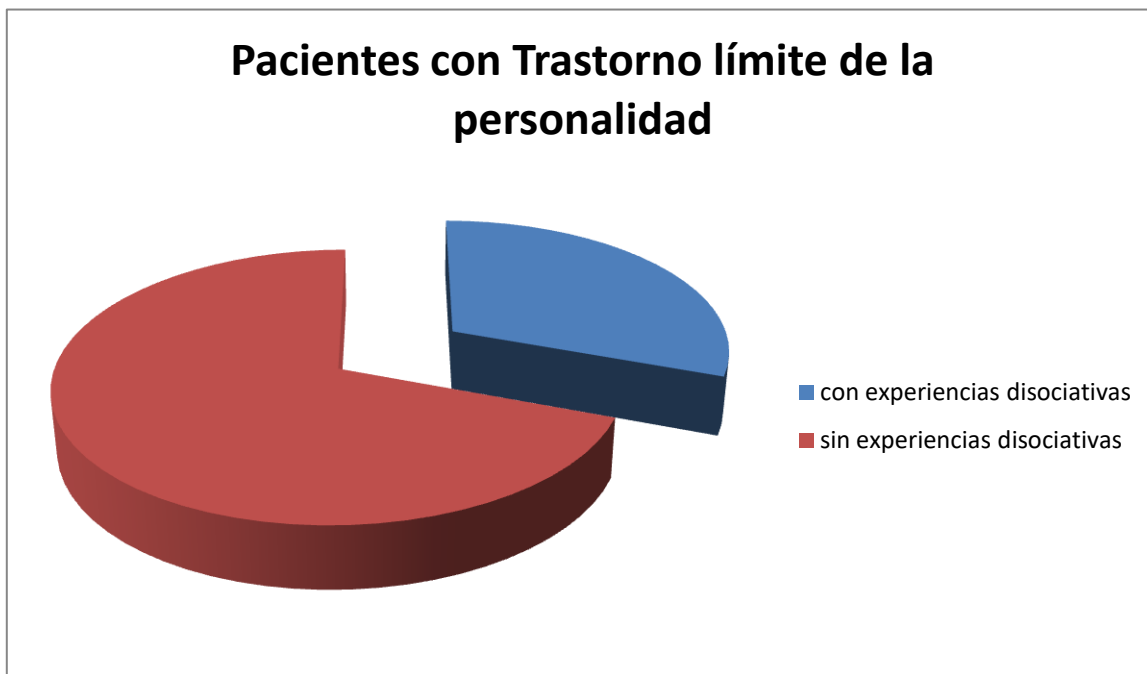
El nivel socioeconómico se dividió en bajo, medio y alto de acuerdo a los parámetros institucionales establecidos por trabajo social, con una muestra correspondiente para cada uno de 50.0% (n=18), 47.2% (n=17) y 2.8% (n=1).



### Comparación de características clínicas y demográficas entre pacientes con y sin experiencias disociativas

La mayoría de los pacientes no mostraron experiencias disociativas, 69.4% (n= 25) y el resto 30.6 % (n = 11) sí las presentaron. La distribución de los pacientes se muestra en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Pacientes TLP con y sin síntomas disociativos.



A continuación, se muestra la comparación de las principales características demográficas y clínicas de la muestra entre pacientes con y sin experiencias disociativas. De forma global, ambos grupos fueron muy similares tanto en las variables demográficas como clínicas evaluadas en el presente estudio.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas entre pacientes con síntomas disociativos y sin síntomas disociativos

	Pacientes sin experiencias disociativas		Pacientes con experiencias disociativas		Estadística
	n	%	n	%	
<b>Estado Civil</b>					
Sin pareja	22	88.0	10	90.0	$\chi^2 = 0.065$ , 1 gl, $p=0.79$
Con pareja	3	12.0	1	9.1	
<b>Nivel Socioeconómico</b>					
Bajo	13	52.0	5	45.5	$\chi^2 = 0.16$ , 1 gl, $p=0.68$
Medio	11	44.0	6	54.5	
Alto	1	4.0	0	0	
<b>Hospitalización previa</b>					
No	14	56.0	6	54.5	$\chi^2 = .007$ , 1 gl, $p=0.936$
Si	11	44.0	5	45.5	
<b>Escolaridad</b>					
Licenciatura y mayor	11	44.0	6	54.5	$\chi^2 = 0.341$ , 1 gl, $p=0.559$
Bachillerato y menor	14	56.0	5	45.5	
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Estadística</b>
<b>Edad</b>	31.28	7.3	27.55	6.4	$t=1.4$ , 34 gl, $p=0.156$
<b>Número de hospitalizaciones</b>	1.73	1.73	2.60	3.05	$t=-0.814$ , 14 gl, $p=0.430$

Dentro de las comparaciones entre las poblaciones clínicas existe predominio de los pacientes sin pareja, tanto en las pacientes sin experiencias disociativas ( $n=22$ , 88.0%), como en aquellas que sí las presentan ( $n=10$ , 90.0%).

Dentro de la variable hospitalización, en el grupo de pacientes sin experiencias disociativas el 56.0% ( $n=14$ ) no había tenido hospitalización previa, y el 44.0% ( $n=11$ ) había tenido al menos una hospitalización previa. Y dentro del grupo de pacientes con experiencias disociativas, el 54.5% ( $n=6$ ) no había contado con hospitalizaciones anteriores, y el 45.5% ( $n=5$ ) había tenido al menos una hospitalización.

### Características clínicas del SWAP entre pacientes con y sin síntomas disociativos

Es importante recordar que la escala SWAP 200 tiene **tres perfiles de puntuación** de la personalidad, en que distingue diferentes maneras de abordar la evaluación de la misma. **La primera consta** del perfil PD T-scores que proporciona una puntuación para cada trastorno de la personalidad basado en el DSM IV, es decir, que coincide con un diagnóstico formal del eje II. (Tabla 2)

Tabla 2. Trastornos de personalidad en pacientes TLP con y sin síntomas disociativos.

	Pacientes sin experiencias disociativas		Pacientes con experiencias disociativas		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	Estadística
Esquizotípico	49.1	5.0	52.2	3.2	t=-2.2, 34 gl, p=0.03
Evitativo	45.5	6.2	42.5	4.3	t=1.45, 34gl, p=0.154
Antisocial	52.3	7.3	56.5	4.0	t=-2.1, 34 gl, p=0.03
Paranoide	51.1	7.6	54.1	5.0	t=-1.20, 34 gl, p=0.23
Dependiente	50.8	8.9	45.7	4.6	t=2.22, 34 gl, p= 0.033
Límite	63.0	6.9	67.7	3.5	t=-2.6, 34 gl, p=0.013
Obsesivo compulsivo	41.2	5.2	36.8	3.9	t= 2.45, 34 gl, p= 0.019
Histriónico	58.7	6.5	61.6	3.3	t=-1.3, 34gl, p=0.173
Narcisista	51.9	9.2	53.7	5.5	t=-.620, 34gl, p=0.539
Depresivo	47.9	8.1	44.6	4.7	t=1.27, 34 gl, p= 0.211
Esquizoide	45.7	5.3	45.8	3.8	t=-0.10, 34 gl, p=0.91
Pasivo agresivo	48.0	8.5	48.9	6.6	t=-.33, 34 gl, p=0.742
High Fx (Índice de salud psicológica)	44.6	6.0	38.1	2.4	t=4.53, 34 gl, p=0.000

Dentro de los resultados en este estudio, se encontró que los pacientes con experiencias disociativas presentan mayores rasgos de personalidad esquizotípica y antisocial, ya que para el grupo de pacientes sin experiencias disociativas los rasgos esquizotípicos fueron menores.

Además se encontró que los pacientes que presentaron experiencias disociativas tenían menos características de personalidad dependientes y menos características obsesivo compulsivas y dependientes.

Y así mismo menor índice de salud psicológica en aquellos pacientes que presentaban síntomas disociativos, como se puede observar en la tabla dos.

La **segunda manera** de evaluar es la QF T-scores, que es un perfil alternativo de síndromes de personalidad que se identificaron empíricamente, y que fue desarrollado con la intención de afrontar las limitaciones que tiene el DSM IV y que aborda los síndromes vistos en la práctica clínica. (Tabla 3)

**Tabla 3. Síndromes de personalidad de acuerdo al SWAP-200**

	Pacientes sin experiencias disociativas		Pacientes con experiencias disociativas		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	Estadística
QF- Disfórico	50.0	8.0	46.6	4.5	t=1.29, 34 gl, p=0.204
QF- Antisocial	52.2	7.1	56.2	4.5	t=-1.67, 34 gl, p= 0.104
QF- Esquizoide	46.5	5.1	48.1	4.1	t=-0.886, 34 gl, p=0.382
QF- Paranoide	52.5	6.4	55.1	3.2	t= -1.26, 34 gl, p= 0.213
QF- Obsesivo	40.0	5.9	34.1	4.6	t=3.22, 34gl, p=0.004
QF- Histriónico	55.1	7.8	55.0	4.2	t=0.056, 34gl, p=0.956
QF- Narcisista	47.9	9.1	43.9	8.8	t=1.20, 34 gl, p= 0.236
QF- Evitativo	45.1	6.2	42.4	3.3	t=1.32, 34 gl, p=0.194
QF- Personalidad depresiva de alto funcionamiento	47.3	6.1	41.8	4.5	t=2.6, 34 gl, p=0.011
QF- Disregulado	57.3	6.5	61.0	4.3	t=-1.68, 34 gl, p=0.101
QF- Dependiente	56.3	8.7	55.3	4.2	t=0.376, 34gl, p=0.710
QF- Hostilidad Externa	47.4	8.7	49.7	6.2	t=-0.782, 34 gl, p=0.439

Ésta tabla de síndromes de personalidad es consistente con la tabla anterior de categorías diagnósticas del DSM-IV (Tabla 2) ya que se identifica que las características de personalidad obsesiva y de personalidad depresiva (en este caso de alto funcionamiento) se presentan en menor proporción en aquellas pacientes que presentan síntomas disociativos.

A continuación, en la **tercer manera de evaluación**, se muestra otro enfoque de evaluación alternativo se encuentra centrado en las variables (rasgo) cuyo objetivo es resaltar las características psicológicas importantes aunque éstas no pertenezcan a un trastorno de personalidad categórico. El análisis factorial del conjunto de elementos SWAP-200 rinde conceptualmente doce dimensiones o factores de rasgos interpretables. Algunos de los factores convergen en trastornos de personalidad reconocidos (por ejemplo, psicopatía, narcisismo) y otros factores resaltan características psicológicas importantes que no son sinónimos de trastorno de personalidad específicos (por ejemplo, hostilidad, trastorno de pensamiento, conflicto sexual).

Conforme a lo anterior, se compararon las características clínicas entre pacientes con el diagnóstico de Disociación y aquellos que no lo tuviesen de acuerdo al punto de corte de 60 en la escala SWAP y DES (punto de corte 30), y se observó que en estos pacientes existe un menor índice de salud psicológica (promedio T= 50). A pesar que entre los dos grupos de pacientes existe el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, que provoca disfunción, el hecho de presentar además Disociación, acentúa la disfunción en los pacientes.

**Tabla 4. Características psicológicas (factores de rasgos)**

	Pacientes sin experiencias disociativas		Pacientes con experiencias disociativas		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	Estadística
Salud psicológica	47.2	7.5	41.4	2.7	t=3.351, 33.3 gl, p=0.002
Psicopatía	49.4	4.4	51.4	5.6	t=-1.11, 34 gl, p= 0.273
Hostilidad	50.7	9.5	54.0	5.5	t=-1.07, 34 gl, p=0.291
Narcisismo	50.9	10.2	49.9	7.6	t= 0.290, 34 gl, p= 0.774
Desregulación emocional	57.9	7.1	58.7	3.2	t=-.354, 34gl, p=0.725
Disforia	50.3	7.5	51.6	4.6	t=-.545, 34gl, p=0.589
Orientación esquizoide	47.9	7.2	50.9	6.2	t=-1.17, 34 gl, p= 0.247
Obsesionalidad	44.8	5.2	41.8	2.8	t=1.75, 34 gl, p=0.088
Desorden del pensamiento	47.3	4.0	48.0	6.1	t=-.869, 34 gl, p=0.391
Conflicto edípico	50.4	8.0	51.0	9.3	t=-.459, 34 gl, p=0.649
Disociación	53.7	9.8	64.8	13.7	t=-2.74, 34gl, p=0.010
Conflicto sexual	45.8	7.4	48.4	13.4	t=-0.739, 34 gl, p=0.465

## DISCUSIÓN

En este estudio las características socio demográficas de la muestra, tuvieron una predominancia por el género femenino de un 88.9%, situación que corresponde con los estudios de población en pacientes con TLP ya que se considera que existe una correlación estimada de mujeres hombres de 3:1<sup>6</sup> lo que es consistente con este estudio.

Se observó que el 89.9% de los pacientes evaluados eran solteros, situación que es congruente con las estadísticas encontradas en otros estudios<sup>11</sup> ya que resultados similares mencionan que el trastorno se encuentra más frecuente en solteros que en personas que en algún momento estuvieron con pareja.

Respecto a la escolaridad de la muestra, en este estudio no se encontraron hallazgos significativos entre la escolaridad y la presencia o no de TLP. Determinar una asociación causal en relación al nivel de escolaridad ha sido toda una dificultad, aunque se conoce que el contar con el padecimiento tiene repercusiones en el desempeño social y educativo. El 47.2% (n = 17) de la muestra tuvo un grado académico de licenciatura o mayor. Cabe destacar que para este estudio no se tomó en cuenta la edad en la que se diagnosticó el trastorno de personalidad, situación que pudo influir en que los participantes pudieran tener tiempo para terminar una carrera o sus estudios. Así también un sesgo podría ser los criterios de inclusión de la clínica de TLP.

El primer objetivo específico de esta investigación, consistió en comparar las características clínicas entre los pacientes con TLP que presentaran o no síntomas disociativos. De acuerdo a la escala SWAP-200, utilizada en el presente estudio, el 30.6% de nuestra población presentó síntomas disociativos. Dentro de los estudios que se encontraron, Ross (2007) halló que un 59% de pacientes TLP cumple criterios para un trastorno disociativo según el DSM-IV-TR, en comparación con un 22% en pacientes no TLP, sin embargo es importante señalar que en nuestra muestra se excluyeron pacientes que cursaran con diagnósticos relacionados con estrés postraumático o antecedentes importantes de trauma, condiciones relacionadas a síntomas disociativos prominentes, aspecto probablemente haya disminuido el porcentaje de nuestra muestra.

Dentro de las comparaciones encontradas en este estudio, una de ellas fue que en los pacientes que presentaron síntomas disociativos, fueron más frecuentes los rasgos esquizotípicos de personalidad. Millon<sup>46</sup> propone, propone que hay manifestaciones de defensas cognitivas, en las que se construyen pensamientos, fantasías o emociones con la intención de ausentarse o evitar el contacto con la realidad (pensamiento esquizotípico), y que, aunado a la posibilidad de desconectarse de los sentimientos que pudieran considerarse amenazantes (disociación), podría evitarse sintomatología afectiva de tipo depresivo. Por lo tanto, quizá se entendería aquí, que la presencia de síntomas disociativos y/o la presencia de rasgos esquizotípicos de personalidad le darían a los pacientes una defensa, fallida, para tratar de sobrellevar experiencias difíciles.

Podría considerarse entonces la posibilidad de replicar este tipo de estudios, para continuar investigando acerca de la posibilidad de que si existen rasgos esquizotípicos o antisociales de manera importante en el TLP con síntomas disociativos, se puedan tomar en cuenta como predictores.

También en nuestros resultados, se encontró que en los pacientes con síntomas disociativos, se presentaron más rasgos antisociales. Cabe destacar que existe una comorbilidad del 25% entre el trastorno antisocial y el TLP de acuerdo a Gunderson<sup>47</sup>, y que Semiz, Basoglu, Ebrinc y Cetin (2007) investigaron la asociación entre el trastorno antisocial y los síntomas disociativos y encontraron que el 50.4% presentaba niveles patológicos de experiencias disociativas. Aunque en nuestro estudio no se incluyeron a pacientes con diagnóstico de trastorno antisocial, los resultados parecen indicar que el fenómeno de la antisocialidad incide en las experiencias disociativas. Una posibilidad a explorar en futuras investigaciones implicaría que el estado mental de las experiencias disociativas puede verse reforzado por su asociación temporal con las ganancias primarias de la descarga hostil y cruel.

Se puede observar también que el hecho de presentar síntomas disociativos, disminuye de manera importante en el índice de salud psicológica (escala similar a la escala de funcionamiento global) de los pacientes, ya que presentan una desintegración de su identidad o de su entorno y eso demerita sustancialmente su calidad de vida.

La ausencia de hallazgos en relación a nuestra hipótesis de que aquellos pacientes que presentaran síntomas disociativos, tendrían puntuaciones elevadas en hostilidad puede relacionarse con una

limitación del estudio en tanto las aplicaciones del SWAP se realizaron con un solo evaluador sin el control adecuado de un segundo evaluador con quien establecer un adecuado porcentaje de acuerdo.

De acuerdo a lo anterior, se podría proponer que en los siguientes estudios, se realicen en conjunto con un segundo evaluador, además de aumentar el tamaño de la muestra para una mejor obtención de datos. Así mismo, tendría que considerarse la presencia de síntomas disociativos en pacientes con TLP, ya que el presentarlos empeora el pronóstico.

## CONCLUSIONES

Con base en los hallazgos de este estudio se puede concluir que los síntomas disociativos son altamente frecuentes en pacientes que presentan trastorno límite de la personalidad. Un alto porcentaje de estos síntomas podrían desapercibidos al clínico. Estos síntomas, disminuyen notablemente la calidad de vida de los pacientes con TLP, lo que al tomarse en cuenta, podría considerarse dentro del tratamiento integral, mejorando así su salud psicológica y funcionamiento psicosocial.

La limitación más importante de nuestro estudio se relaciona con el tamaño de la muestra reducido debido a lo cual no se logró realizar una regresión logística y así poder obtener algunos predictores de disociación en pacientes con trastorno límite de personalidad y la asignación de los reactivos del SWAP por un solo evaluador.

El espectro del fenómeno de la disociación, es tan amplio que se distribuye a lo largo de varios diagnósticos psiquiátricos y se encuentra inmiscuido en ellos, por lo que quizá sea interesante en estudios futuros incluir a pacientes con experiencias traumáticas. Su identificación y las asociaciones con otras características clínicas tienen implicaciones terapéuticas y pronósticas para la mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Será importante contar con estudios que sostengan y repliquen los resultados de esta investigación. Se considera que la importancia de este estudio a nivel diagnóstico es poder considerar la presencia de síntomas disociativos que, en numerosas ocasiones, podríamos pasar por alto como clínicos; ya que como se



puede observar en los resultados, el hecho de presentarlos indica un peor pronóstico y peor índice de salud psicológica a los pacientes. Con la identificación temprana, puede mejorar su pronóstico a largo plazo y de igual manera darle atención a los síntomas disociativos; y de esta manera, el reconocer anticipadamente este subgrupo de pacientes, podría verse beneficiada mejorando su calidad de vida

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*. 1938;7:467-89.
2. Zilboorg G. Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry*. 1941;4:149-55.
3. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q*. 1949;23(2):248-76.
4. Frosch J. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiatr Q*. 1964;38:81-9
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders-III* (3ª ed.). Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 1980
6. OMS, Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
7. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord*. 2004;18(6):526-41.
8. Grilo CM, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry*. 2001;42(5):364-8.
9. Paris J. Long-term outcome of personality disorders. A: Paris J, editors. *Personality Disorders over time*. Washington, DC (US): Am J Psychiatry; 2003.
10. National Collaborating Centre for Mental Health. *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.

11. Swartz M, Blazer D, George L. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*. 1990;4(3):257-72.
12. Coccaro EF, Lee R, McCloskey M. Norepinephrine function in personality disorder: plasma free MHPG correlates inversely with life history of aggression. *CNS Spectr*. 2003;8(10):731-6.
13. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O, Ustundag B. Serum cholesterol and leptin levels in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*. 2002;
14. Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*. 2001;50(4):292-8.
15. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003;54(11):1284-93.
16. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-9.
17. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):600-6.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, et al. Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Pers Disord*. 2000;14(3):264-73.
19. Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(1):24-31.
20. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):648-51.
21. Fonagy P, Bateman A. Mentalizing and borderline personality disorder. *J Ment Health*. 2007;16:83-101.
22. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(2):297-306.
23. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev*. 2000;71(3):684-9.
24. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;17(4):959-86.
25. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev*. 2000;71(3):690-4.

26. Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Dev.* 2000;71(3):695-702.
27. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol.* 2005;17(1):1-23.
28. Fonagy P, Target M, Gergely G, et al. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry.* 2003;23:412-59.
29. Linehan M. *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York, NY (US): Guilford; 1993.
30. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):1007-30.
31. Fruzzetti AE, Shenk C, Lowry K, et al. Emotion regulation. A: O' Donohue, J.E., Fisher & S.C. Hayes, editors. *Cognitive behaviour therapy: applying empirically supported techniques in your practice.* New York, NY (US): Wiley; 2003.
32. Garnet KE, Levy KN, Mattanah JJ, Edell WS, McGlashan TH. Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *Am J Psychiatry.* 1994;151(9):1380-2.
33. Nelson H Donegan, Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation Volume 54, Issue 11, 1 December 2003, Pages 1284–1293
34. Harvey J. Irwin Attitudinal Predictors of Dissociation: Hostility and Powerlessness Original Articles pages 389-400
35. Poythress, Norman G .; Skeem, Jennifer L .; Lilienfeld, Scott O. Las asociaciones entre el abuso temprano, la disociación y la psicopatía en una muestra delincuente. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 115 (2), mayo de 2006, 288-297.
36. Shedler, J. & Westen, D., (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 41-55.
37. Leichsenring, Leibling. Borderline personality disorder. *Lancet*, 2011.
38. Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism.* New York: Jason Aronson; 1975.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5), 5ª ed..* Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 2014.
40. Leichsenring, Leibling. Borderline personality disorder. *Lancet*, 2011.
41. Consejo asesor de sobre asistencia psiquiátrica y salud mental, Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). *Quaderns de salut mental, Primera edició, Barcelona 2006.*

42. Carlson, Egeland. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and psychopathology*, 2009; 21:1311–1334.
43. Allen, Fonagy. Borderline Personality Disorder. In: Allen, Fonagy. *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008: 259-91.
44. Guendelman, Miño. Apego, neurobiología y etiopatogenia del Trastorno de Personalidad Límite. *Rev GPU*, 2012; 8: 443-452.
45. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson..
46. Daphne Simeon M.D. Factores de la personalidad relacionados con la disociación: temperamento, defensas y esquemas cognitivos. *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 2002
47. Gunderson, John G., *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Association 2014; p. 53



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Carta de consentimiento informado para participantes

Nombre del estudio: **“Características de personalidad de acuerdo al SWAP en pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con y sin experiencias disociativas”**

Nombre del estudio: "¿Cuáles son las características clínicas de acuerdo al SWAP en pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad con y sin experiencias disociativas que reciben tratamiento en la clínica de trastorno límite del INPRFM?"

Investigadores: Dr. Gustavo Adolfo Bastien Torres, Dr. Ivan Arango de Montis, Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco.

Dirección: Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”; Calzada México-Xochimilco # 101, Colonia Huipulco, Delegación Tlalpan, Teléfono: 4160-5000

Lo invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Esta hoja de consentimiento puede tener términos médicos con los que usted no esté familiarizado, por favor siéntase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente.

El propósito del presente estudio es investigar los predictores de disociación en participantes con trastorno límite de personalidad. Este estudio forma parte de una investigación de esta Institución (Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”). Solicitamos su participación en el presente estudio, la cual es

voluntaria y consistirá en llenar dos cuestionarios que le ocuparán aproximadamente 3 horas. Se aplicara la escala de Experiencias disociativas y la escala SWAP.

Usted tiene la decisión de tomar parte o abandonar el estudio en cualquier momento; en cualquiera de los dos casos, usted no perderá ninguno de los beneficios que posee como participante de esta Institución. En caso de presentar alguna duda respecto a los objetivos del presente proyecto podrá obtener la información necesaria en cualquier etapa del estudio de así solicitarlo.

#### BENEFICIOS

Los fines del estudio son de investigación sin embargo se proporcionará información que aportará conocimiento valioso para el participante y para mejorar las estrategias en el manejo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad en un futuro.

#### CONFIDENCIALIDAD

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación. Su identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

#### RIESGOS

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que de ser necesario recibirá ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto. Existe la posibilidad de presentar sintomatología afectiva tipo depresiva o ansiosa, ya que al momento de llenar los dos cuestionarios se recordarán eventos previos que no son agradables para el participante y que por voluntad propia no se busca recordar; sin embargo, en caso de presentar alguna molestia médica será canalizado al servicio de Atención Psiquiátrica Continua, en caso de no existir mejoría ante la atención inmediata por parte de los psiquiatras involucrados en la investigación y los gastos de dicho servicio serán cubiertos por el participante.

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el Dr. Iván Arango en la clínica de Trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “D” de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5254 y 4160 5255.

\_\_\_\_\_  
Nombre del **participante**

\_\_\_\_\_  
Firma del **Participante**

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo 1

Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo 2

Fecha \_\_\_\_\_



#### ¿Que es un trastorno de la personalidad?

- Son un grupo de afecciones mentales en donde existe un patrón prolongado de comportamiento, emociones y pensamientos que suelen ser poco saludables e inflexibles.
- Estos comportamientos interfieren con el desempeño en relaciones interpersonales y de trabajo y a menudo generan dificultades para regular el estrés y los problemas cotidianos.
- No se conoce una causa específica, sin embargo los genes y las experiencias de la niñez pueden representar un papel importante.
- Los síntomas de cada trastorno de personalidad son diferentes. Pueden ser

#### ¿Qué puedo hacer?

Existen distintas cosas que pueden ser de utilidad. Evita consumir drogas y otras sustancias en exceso. Procura no involucrarte en situaciones estresantes. Es útil tener un plan de seguridad para los momentos de crisis en donde puede llegar a existir agresión, violencia, autolesiones o incluso pensamientos o intentos de suicidio. Evita exponerte a situaciones que puedan desencadenar este tipo de crisis y de ser posible evita tener al alcance objetos con los que puedas hacerte daño (cuchillos, *cutters*, medicamentos, alcohol).

Ten un contacto de confianza a quien le puedas marcar en caso de crisis y en caso de ser necesario que te pueda llevar a un servicio de urgencias psiquiátricas. Trate de no tomar decisiones de forma impulsiva o precipitada.

No dude en consultar a su médico y terapeuta para más información.

**Aquí hay algunos enlaces externos en donde existe mas información que pudiera serte útil:**

- [www.nami.org](http://www.nami.org)
- [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)
- [www.medlineplus.gov](http://www.medlineplus.gov)
- [www.impac.edu.mx](http://www.impac.edu.mx)
- [www.tcognitiva.org](http://www.tcognitiva.org)
- [www.stepmexico.org](http://www.stepmexico.org)



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Hewlett-  
Packard  
Company

**Realizó:** Grisha Suquet Unkind, residente de Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz





## ESCALAS UTILIZADAS

### ESCALA SWAP

Drew Westen, Ph.D., Departamentos de Psicología, Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Emory University, 532 N. Kilgo Circle, Atlanta, GA 30322. Correo Electrónico: [dwesten@emory.edu](mailto:dwesten@emory.edu). Revisado en abril de 2007.

*Entrevista de Diagnóstico Clínico: Preguntas de Sondeo e Instrucciones:*

#### 1. ¿Podría contarme algo sobre usted y sobre lo que lo trajo aquí?

- Si el paciente pregunta lo que quiere decir el entrevistador con la frase “contarme algo sobre usted,” aclárele: Cosas como “quién es usted, a qué se dedica, y el tipo de persona que es, y quiénes son las personas importantes en su vida.” El propósito es darse una idea sobre quien es la persona, la manera como se percibe a sí misma, su funcionamiento adaptativo en el presente, y su contexto social más amplio. Deberá tener en cuenta que el objetivo aquí es ayudar también al paciente a sentirse cómodo durante la entrevista y con el entrevistador.
- Al dar seguimiento a los síntomas, el entrevistador debe preguntar tanto sobre las *quejas actuales* como sobre el *historial de problemas psiquiátricos*. Por cada problema (por ejemplo, depresión, ansiedad, trastorno alimenticio, abuso de sustancias), el entrevistador deberá valorar (a) el malestar subjetivo; (b) su severidad, incluyendo, cuando sea apropiado, el impacto en su funcionamiento adaptativo y sus relaciones; (c) signos vegetativos, o complicaciones médicas (por ejemplo problemas de sueño, pérdida o aumento acelerado de peso, interrupción de la menstruación); (d) los precipitantes y la duración del episodio más reciente o su exacerbación, y ejemplos recientes (por ejemplo, episodios recientes de atracón y purga); y (e) historial y curso del trastorno, incluyendo los precipitantes, en caso de conocerlos, del episodio original. El entrevistador deberá estar seguro de saber o de poder preguntar el motivo por el cual el paciente se presentó para recibir tratamiento *en este momento* en particular. Asimismo, deberá indagar sobre otros problemas de salud mental presentes o pasados; por ejemplo “¿Han habido otras cosas contra las que ha luchado, como problemas con la depresión?” Si el paciente ya completó un informe de inventario de tamizaje por autorreporte, el entrevistador deberá preguntar sobre cualesquiera temas que haya mencionado en el informe, así como sobre su historia.
- Cuando resulte apropiado, el entrevistador deberá preguntar, “¿Alguna vez ha estado en problemas con la ley, ya sea de niño o como adulto?”
- Si la entrevista tiene un propósito clínico, el entrevistador también deberá preguntar en este apartado sobre su *historial de tratamiento* y el *historial familiar de desórdenes psiquiátricos*, comenzando con un sondeo sencillo como el siguiente: “¿Alguien en su familia — madre, padre, tías o tíos — ha tenido problemas psicológicos alguna vez?”

**2. ¿Podría contarme sobre su niñez, y cómo fue su crecimiento?**

- Deberá preguntar sobre logros específicos y experiencias significativas, incluyendo *las pérdidas, enfermedades serias, mudanzas familiares, las medidas disciplinarias de los padres, el abuso, la criminalidad de los padres, o la pobreza, cuando resulte apropiado, entre otros.*
- Deberá asegurarse de obtener una impresión general clara, tanto de la infancia como la adolescencia, así como de “los personajes” en la vida de la persona durante su infancia.

**3. ¿Me podría contar sobre la relación con su madre? ¿Cómo era (o es) ella como persona, y como era en su función de madre?**

- Si el paciente pide que se le aclare la pregunta, deberá preguntarle sobre su relación tanto cuando era niño como de adulto.
- **Ahora me gustaría que describa un encuentro específico con su madre, algo que destaque en su mente. Puede ser un incidente típico en su relación, algo muy significativo, muy bueno, o muy malo — lo que le venga a la mente.**
- Observe si la persona deja fuera cualquiera de los siguientes puntos: *lo que llevó al evento, lo que ambas personas estaban pensando y sintiendo, y el resultado final.* Si la persona tiene problemas con esta tarea, dele estas pautas al principio, y repítalas una o dos veces conforme sea necesario.
- Indague sobre *uno o dos eventos más*; vuelva a preguntarle sobre narraciones incompletas, ambiguas, o incoherentes.

**4. ¿Me podría contar sobre la relación con su padre? ¿Cómo era (o es) él como persona, y cómo era en su función de padre? Pídale que le presente una o dos viñetas clínicas.**

**5. ¿Tiene hermanos y hermanas? ¿Podría contarme un poco sobre ellos y sobre la relación de usted con ellos?**

- **¿Puede describir un encuentro específico con uno de sus hermanos o hermanas?**
- *Pídale que le presente una o dos viñetas clínicas más*; si tiene más de un hermano, pídale que le hable de un encuentro con un hermano diferente del que habló en la primera viñeta clínica.
- **¿Hubo alguien más que fuera realmente importante para usted cuando era niño o adolescente?** De ser así, pídale que le relate algún *incidente específico.*

**6. ¿Cómo era la escuela para usted?** Pregúntele sobre éxitos y fracasos; sobre dificultades, el rechazo por parte de compañeros o el abandono, etc. Pídale que le hable de incidentes específicos.

**7. ¿Cómo eran sus relaciones amistosas cuando era niño, y cómo son ahora?** Pregúntele sobre sus amistades.

- **¿Quiénes son sus mejores amigos ahora? ¿Puede hablarme sobre su relación con alguno de ellos? ¿Cómo lo describiría?**

- Pídale que describa *dos incidentes específicos*, ya sea con uno solo de sus amigos, o con varios, si así lo prefiere.

#### 8. ¿Podría contarme sobre sus relaciones sentimentales? ¿Cómo han sido?

- Deberá obtener información sobre sus relaciones adultas.
- **¿Actualmente se encuentra casado o tiene una relación con alguien? ¿Podría contarme sobre esa relación?**
- Pídale que le hable de *dos o tres encuentros específicos* con alguna persona con la que tiene o tuvo una relación sentimental.
- **¿Cómo describiría su vida sexual?** Deberá preguntarle si disfruta de ella o si existen conflictos, así como sobre la existencia de disfunciones específicas. Pregúntele también *sobre su sexualidad*, incluyendo sus primeras experiencias sexuales. Si el paciente no describe ningún problema en su vida sexual, pregúntele si siempre ha sido así.
- **¿Existen cosas que le hacen sentir incómodo sexualmente, o que hayan provocado fricciones en sus relaciones? ¿Existe algo en sus actitudes o en su comportamiento sexual que otras personas pudieran considerar inusual?** *El entrevistador deberá asegurarse de que si elige no hacer preguntas sobre sexo, esto se deberá a limitaciones culturales especiales, y no a su propia incomodidad con las preguntas.*

#### 9. ¿Podría contarme sobre su trabajo? ¿En qué trabaja en este momento, y a qué se dedicaba antes? Si es necesario, pregúntele: “Tiende usted a conservar un trabajo por largo tiempo, o suele cambiar mucho de empleo?” “¿A veces entra usted en conflicto con sus compañeros de trabajo o sus jefes, o deja un empleo antes de encontrar otro?”

- Pídale que describa *uno o dos encuentros específicos* en su empleo actual u otro anterior.
- Cuando resulte apropiado, sondee al paciente para detectar señales de obsesividad, agresión pasiva, o problemas de compromiso con una ocupación. En caso de tener sospechas de excesivo o escaso control, el entrevistador deberá preguntar sobre su actitud hacia el dinero. Pregúntele hasta qué grado el trabajo representa un aspecto satisfactorio o central de identidad.
- Si el paciente es responsable del hogar, averigüe hasta qué grado la persona se siente satisfecha con lo que está haciendo, y si existen conflictos en casa respecto a la manera como cumple con sus responsabilidades.

#### 10. ¿Tiene hijos? ¿Podría contarme un poco sobre como son y sobre su relación con ellos?

- Pídale que describa *dos o tres incidentes*; si el paciente tiene más de un hijo, pídale información sobre todos ellos.
- Si no ha quedado clara todavía la manera como la persona maneja la cuestión de la dependencia, particularmente si no tiene hijos, hágale todas las preguntas que aparecen a continuación: “Existen situaciones en las que usted cuida de otras personas, u otras personas cuidan de usted?” “Cómo le hace sentir que le cuiden — ¿Le gusta? ¿Le molesta?” “¿Puede darme un ejemplo de una situación

que le venga a la mente en que alguien cuidó de usted, y que le haya resultado típica, significativa, o problemática?”

**11. Ahora me gustaría que pensara en un periodo que haya sido muy difícil, estresante, o molesto en el último año o dos, y que me contara sobre él. Podría tratarse de una discusión con alguien importante para usted, o de un problema en el trabajo o un problema económico – cualquier cosa que le haya parecido muy estresante.**

- Deberá sondear al paciente de manera precisa sobre su reacción a la experiencia, incluyendo las estrategias conscientes de afrontamiento que haya utilizado (por ejemplo “¿Hubo cosas que se dijo a si mismo para tratar de ayudarse a pasar el momento?”).
- **Ahora cuénteme de otro incidente o situación que haya sido difícil, estresante, o molesto en el último año o dos.** Utilice los mismos métodos de sondeo que arriba. No haga esta pregunta si ya escuchó al paciente hablar sobre varios eventos recientes, y ya tiene una idea clara de la manera como la persona tiende a lidiar con la presión y a regular las emociones.

**12. ¿Puede contarme sobre la relación con su terapeuta?** Si el paciente está en terapia, obtenga el historial de tratamiento, incluyendo el tratamiento actual, y pídale que presente *una o dos viñetas* sobre el terapeuta actual o el anterior.

**13. Ahora me gustaría terminar haciéndole unas cuantas preguntas más sobre su salud mental y física, y sobre la manera como se siente, se piensa, y se ve a si mismo.** No deberá hacer ninguna pregunta que sea redundante, o que ya haya quedado clara con base en las respuestas anteriores del paciente.

- **¿Se siente triste, ansioso o avergonzado con frecuencia? ¿Se siente culpable o enojado?** (Cuando resulte apropiado deberá sondear al paciente para detectar pánico). **¿Qué me puede decir de los sentimientos positivos, como la felicidad o el orgullo?** (Cuando resulte apropiado, deberá sondearlo para detectar síntomas de manía, (por ejemplo “¿Alguna vez se ha sentido tan contento o en la cima del mundo a un grado tal que resulta poco realista? ¿Ha sentido alguna vez cómo que podría hacer cualquier cosa?”)
- **¿Alguna vez se ha sentido abrumado por sus sentimientos?**
- **¿Ha habido ocasiones en que ha tratado de bloquear sus sentimientos completamente, o simplemente se ha sentido paralizado?**
- **¿Alguna vez ha tenido problemas con el alcohol o las drogas?** Si no queda claro, deberá preguntarle al paciente si alguien cercano se ha quejado de su manera de beber o de su consumo de drogas. Cuando resulte apropiado, deberá realizar un desglose completo del consumo de drogas y alcohol, comenzando con la primera situación de consumo.
- **¿Cómo reacciona su cuerpo cuando está sometido al estrés? ¿Se enferma con frecuencia o sufre dolores de cabeza? ¿Tiene problemas estomacales, dolores de espalda, etc.? ¿Cuál es su estado de salud general?** Deberá sondear al paciente para detectar hipocondría y somatización. Pregúntele

sobre problemas de alimentación, u otros síntomas cuando sea indicado clínicamente, con base en el material anterior o su apariencia, etc.

- **¿Normalmente cómo se siente con respecto a si mismo?** Si la persona tiene una historia traumática, deberá hacerle preguntas sobre el remordimiento y los sentimientos de maldad, vergüenza, u odio por si mismo. **¿Sus sentimientos hacia usted mismo suelen cambiar mucho? ¿Qué es lo que más le gusta y le disgusta de usted mismo?**
- **¿Alguna vez se ha lastimado a si mismo, o ha intentado matarse o pensado seriamente en el suicidio?** Si la respuesta es afirmativa, deberá sondear al paciente para averiguar con qué frecuencia e intensidad y, sobre todo, pedirle que le describa al menos un incidente específico.
- **¿Alguna vez ha sentido que no sabe quién es usted, o como si hubiera distintas partes de usted que no encajan?**
- **¿Alguna vez se ha sentido como si estuviera fuera de su propio cuerpo, o como si se encontrara en algún lugar aislado de las cosas en su entorno, o como si las estuviera viendo a través de un vidrio?**
- Si el sentido de identidad del entrevistado o su habilidad para encontrar significado en la vida no es claro, deberá preguntarle, “¿Ha habido ocasiones en que se siente vacío por dentro, o como si fuera una persona diferente, dependiendo de con quién está en ese momento?”
- Cuando resulte apropiado, deberá preguntarle sobre las creencias religiosas o espirituales que sean particularmente significativas para la persona, o que parezcan mantener unida la identidad, o bien que revelan la presencia del pensamiento suelto. *No haga estas preguntas a menos que el paciente haya dado motivos para creer que la espiritualidad es un aspecto importante de su vida, o que no sea la norma en su cultura o etnia.*
- **¿Es usted una persona supersticiosa? ¿Tiene usted creencias que otras personas podrían considerar inusuales?**
- **¿Cree usted en la percepción extrasensorial, o cree usted que existen personas que pueden leer la mente de otras personas? ¿Alguna vez ha tenido usted sensaciones o pensamientos extraños, como sentir que otra persona está en la habitación? ¿Ha visto imágenes o ha escuchado voces repentinamente?** *No haga estas preguntas si le parecen inapropiadas, o si las respuestas son obvias en este punto de la entrevista.* Si resulta apropiado, deberá darle seguimiento con preguntas directas sobre un trastorno del pensamiento.

Le he hecho muchas preguntas; ¿cómo se siente? ¿Hay algo que no hayamos cubierto, y que sea realmente importante para comprenderle mejor como persona? ¿Hay algo más que quisiera agregar, o algo que quisiera preguntar?

Tanto para los pacientes como para los participantes en la investigación es útil proporcionar retroalimentación al entrevistado, sobre los resultados obtenidos, incluyendo las cosas que son motivo de preocupación, como las fortalezas potenciales detectadas.

**DES**  
(DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE) (ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS)

Eve Bernstein Carlson, Ph. D. Frank W. Putnam, M.D.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consiste de veintiocho preguntas sobre experiencias que UD. puede tener en su vida diaria: Nos interesa cuan a menudo UD. tiene estas experiencias. Es importante, sin embargo, que sus respuestas muestren con qué frecuencia estas experiencias le suceden cuando UD. no está bajo la influencia del alcohol o drogas.

Para responder las preguntas, por favor determine en qué grado la experiencia descrita en la pregunta se aplica a UD. y circule el número que muestre qué porcentaje del tiempo UD tiene la experiencia.

EJEMPLO:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (nunca) (siempre)

CALIFICACIÓN:

Se suman todos los promedios y se dividen entre **28**. Considerar especial atención a las siguientes preguntas:

-Muy Importantes: 3, 4, 7, 9, 11, 22, 26 -Importantes:  
10, 13, 27

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sex M F \_\_\_\_\_

1. Algunas personas tienen la experiencia de manejar un automóvil y de repente percatarse de que no recuerdan qué ha pasado durante todo o parte del viaje. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Algunas personas encuentran que a veces están escuchando a alguien hablar y de repente se percatan que no estaban escuchando parte o todo de lo que se estaba diciendo. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse a sí mismos en un lugar y no tener idea de cómo llegaron allí. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse a sí mismos vestidos con ropas que no recuerdan habérsela puesto. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar nuevas cosas entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. Algunas personas en ocasiones encuentran que son abordados por personas que no conocen quien lo llama por otro nombre o insiste en que se han conocido antes. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7. Algunas personas a veces tienen la experiencia de sentirse como si estuvieran cerca de ellos o viéndose a sí mismo y en realidad se ven a sí mismo como si estuvieran mirando a otra persona. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8. A algunas personas se les ha dicho que en ocasiones no reconocen amigos o miembros de su familia. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Algunas personas encuentran que no tienen recuerdos de algunos eventos importantes de su vida (por ejemplo, una boda o graduación). Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%



10. Algunas personas tienen la experiencia de haber sido acusados de mentir cuando ellos no creen haber mentido. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse en el espejo y no reconocerse a sí mismos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que otras personas, objetos y el mundo alrededor de ellos no es real. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
13. Algunas personas tienen la experiencia que sus cuerpos no les pertenecen a ellos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
14. Algunas personas tienen la experiencia de que en ocasiones están recordando un evento pasado tan vívidamente que sienten como si estuvieran re-viviendo ese evento. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si las cosas que ellos recuerdan sucedieron realmente o si solo lo soñaron. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un sitio familiar pero encontrarlo como extraño o desconocido. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
17. Algunas personas encuentran que cuando están viendo televisión o una película están tan absortos en la historia que no se dan cuenta de otros eventos que suceden a su alrededor. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
18. Algunas personas encuentran que se involucran tanto en una fantasía que sienten como si realmente les estuviera sucediendo a ellos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
19. Algunas personas encuentran que en ocasiones son capaces de ignorar el dolor. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
20. Algunas personas encuentran que en ocasiones están mirando fijamente al espacio, sin pensar en nada, y no se percatan del paso del tiempo. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Algunas personas en ocasiones encuentran que cuando estan solos hablan en voz alta a si mismos. . Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
22. Algunas personas encuentran que en una situación ellos pueden actuar tan diferente comparado con otra situación que sienten casi como si fueran dos personas diferentes. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
23. Algunas personas en ocasiones encuentran que en ciertas situaciones son capaces de hacer cosas con tal facilidad y espontaneidad que usualmente serían difíciles para ellos (por ejemplo, deportes, trabajo, situaciones sociales, etc.). Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
24. Algunas personas en ocasiones encuentran que no pueden recordar si han hecho algo o que solo pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saber si han enviado una carta o solo haber pensado en enviarla). Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
25. Algunas personas encuentran evidencias de haber hecho cosas que no recuerdan haber hecho. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
26. Algunas persona encuentran escritos, dibujos o notas entre sus pertenencias que ellos deben haber hecho pero no pueden recordar haberlas hecho. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
27. Algunas personas a veces encuentran que escuchan voces dentro de su cabeza que les dice que hagan cosas o comentarios sobre cosas que ellos están haciendo. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.
- 0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Algunas personas a veces sienten como si estuvieran mirando al mundo a través de una niebla de manera que las personas y objetos parecen alejados o borrosos. Circule un número que muestre qué porcentaje del tiempo esto le sucede a UD.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%