



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

PROYECTO DE TESIS

**DIFUSIÓN DE LA IDENTIDAD EN ADOLESCENTES CON
PSICOPATOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ALTERACIONES EN LA
EMPATÍA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

**TESISTA:
DRA. OFELIA MARIANA OLLERVIDES ORTEGA**

TUTORES:

Dra. Miriam Feria Aranda

Tutora Teórico

**Dr. Andrés Rodríguez
Delgado**

Tutor Metodología

**Dra. Alejandra Rosales
Lagarde**

Tutora Metodología



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

600928

PROYECTO DE TESIS

DIFUSIÓN DE LA IDENTIDAD EN ADOLESCENTES CON
PSICOPATOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ALTERACIONES EN LA
EMPATÍA.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

TESISTA:
DRA. OFELIA MARIANA OLLERVIDES ORTEGA

TUTORES:

Dra. Miriam Feria Aranda
Tutora Teórico

Dr. Andrés Rodríguez
Delgado
Tutor Metodología

Dra. Alejandra Rosales
Lagarde
Tutora Metodología

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

31 MAR 2002

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

NOMBRE: Clausula

HORA: 8.47

Contenido

I. MARCO TEÓRICO	4
1.1. Identidad	4
1.2. Trastorno límite de la personalidad	5
1.3. Trastorno límite de la Personalidad en adolescentes	6
1.4. Empatía	11
II. ANTECEDENTES	12
III. JUSTIFICACIÓN	13
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
VI. HIPÓTESIS	15
VII. OBJETIVOS	15
7.1. Objetivo general.....	15
VIII. MATERIAL Y MÉTODO	15
8.1. Tipo de estudio	15
8.2. Universo y tamaño de la muestra	15
8.3. Criterios de inclusión	16
8.4. Criterios de exclusión	16
8.5. Criterios de eliminación	16
8.6. Instrumentos de medición.....	16
8.7. Variables	19
8.8. Procedimiento general	21
8.9. Análisis estadístico.....	22
8.10. Consideraciones éticas.....	22
IX. RESULTADOS	23
X. DISCUSIÓN	36
XI. CONCLUSIÓN	39
XII. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS:	40
XIII. FLUJOGRAMA	44
XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	45
XV. ANEXO	46

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Identidad

Erikson describió la identidad como un principio de organización fundamental, que se desarrolla constantemente a lo largo de la vida y proporciona un sentido de continuidad dentro del ser y en la interacción con los demás "identidad propia", así como un marco para diferenciar entre uno mismo y los demás ¹. Por tanto, establecimiento de la identidad tiene un papel fundamental para el establecimiento del rol social y sentido de compromiso con ello, desarrollo de la autoestima, el cual permanece continuo a través del tiempo y las diversas circunstancias que se presentan ².

Sobre la base de la teoría de Erikson, el paradigma del estado de identidad de Marcia (1966) definió que la formación de identidad se puede definir a lo largo de dos procesos: exploración y compromiso con las opciones de vida. Además, Seiffge-Krenke enfatiza los cambios significativos en la adolescencia, no solo por la necesidad de desarrollar una autoimagen y roles completamente nuevos sino también por los cambios cognitivos de patrones operativos concretos a patrones abstractos de pensar y por la necesidad de "desvincularse" de los padres; esto crea sentimientos de soledad, tristeza, ira y desapego emocional y una "erosión" de la identidad del niño ².

Durante la adolescencia, algunas personas pueden presentar una crisis en la identidad como resultado de la falta de confirmación por parte del entorno de los cambios físicos y psíquicos que un adolescente está experimentando. En una crisis de identidad, la continuidad del yo permanece en todas las situaciones y en el tiempo a pesar de los experimentos con diferentes roles y generalmente se resuelve en una identidad normal y consolidada con un funcionamiento flexible y adaptativo. En la mayoría de los casos la presencia de crisis en la identidad durante la adolescencia no representa un mayor riesgo para la aparición de psicopatología ³.

Sin embargo, en otros casos se presenta una difusión de identidad, la cual se ve como una falta de integración del concepto de sí mismo y de los demás, lo cual se asocia con una incapacidad para definirse a sí mismo, una ruptura emocional intensa en el momento de relacionarse, dificultades en elegir una ocupación y mostrar compromiso, y una necesidad de apoyo psicosocial constante³. Así mismo, aparece una dolorosa sensación de incoherencia y vacío, y la tendencia a confundir emociones, atribuciones y deseos propios con los de los otros, lo cual obstaculiza el establecimiento de relaciones interpersonales profundas y significativas⁴. Esta evidencia de una fuerte relación entre el deterioro en la integración de la identidad en adultos y la alteración en el desarrollo de la personalidad en adolescentes (falta de compromiso normativo y consistencia, absorción de roles e incoherencia) con el desarrollo de diferentes formas de patología de la personalidad⁵.

O. Kernberg formuló un enfoque que considera los aspectos subjetivos de la identidad, sugiriendo un modelo dimensional de la personalidad que integra la identidad, las defensas psíquicas y las pruebas de realidad para delimitar diferentes niveles de funcionamiento (neurótico, límite y psicótico), refiriendo también que la patología de la identidad en la adolescencia influyen tanto en el auto funcionamiento, afectando su capacidad de expresarse, de desarrollar y mantener objetivos e intereses vitales, como del funcionamiento interpersonal, lo que implica dificultades para establecer y mantener relaciones, para empatizar y capacidad de comprender las emociones de otras personas, es por eso que el desarrollo de la identidad se considera uno de los procesos clave en el desarrollo de la identidad. En el DSM-5 se propone evaluar el deterioro en el auto-funcionamiento (déficits en identidad y autodirección) y en el funcionamiento interpersonal (déficits en empatía e intimidad) como características centrales en los trastornos de personalidad⁶.)

1.2. Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental caracterizado por inestabilidad en la regulación del afecto, control de impulsos, relaciones

interpersonales y autoimagen⁷. Es un trastorno común el cual conlleva un deterioro funcional grave, altas tasas comorbilidad con otros trastornos mentales, así como incremento en el riesgo de suicidio y altos costos para la sociedad ⁸. Se ha evidenciado que éste trastorno generalmente surge durante la adolescencia, asociándose principalmente con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y uso de sustancias ⁹. Una gran cantidad de evidencia indica que los criterios de diagnóstico de TLP no son menos confiables, válidos y estables antes de los dieciocho años que en la edad adulta ⁹.

Los adolescentes y los adultos jóvenes con TLP suelen buscar ayuda, sin embargo, el establecimiento de este diagnóstico suele evitarse por diversas razones dentro las cuales se encuentra el temor a generar estigma en la persona y la suposición general de que la mayoría de las personas durante la adolescencia tiene “algo de TLP” y que con el tiempo esto desaparecerá. Sin embargo, algunas investigaciones han mostrado que el diagnóstico de TLP durante la adolescencia tiene una estabilidad similar a la observada en la adultez, por lo que el establecimiento diagnóstico del TLP durante la adolescencia tiene validez ⁹.

1.3. Trastorno límite de la Personalidad en adolescentes

Se habla de la personalidad como un sistema dinámico que se desarrolla con el tiempo, por lo tanto, los síntomas prodrómicos de la patología de la personalidad pueden manifestarse de manera relevante durante el desarrollo; de hecho, el análisis de contenido de los criterios del DSM por Geiger y Crick en el año 2001 encontró cinco indicadores de TLP durante la infancia: visión hostil o paranoica, impulsividad o emoción intensa, inestable o inapropiada, relaciones excesivamente cercanas, y falta de sentido de sí mismo ¹⁰.

El trastorno límite de la personalidad, ha sido un diagnóstico controvertido en adolescentes, pero esto ya no está justificado, debido a que la evidencia reciente demuestra que TLP es tan confiable y válido entre adolescentes como lo es en

adultos y que los adolescentes con TLP pueden beneficiarse de una intervención temprana ⁹.

La afinidad de los adolescentes con el comportamiento altamente impulsivo y autolesivo los pone en riesgo de resultados adversos para su salud, sin embargo, tanto la autolesión repetitiva no suicida como la conducta suicida son características centrales del TLP, motivo por el cual éstos son los criterios más comunes para diagnosticar este trastorno de la personalidad durante la adolescencia ¹¹. Debido a lo anterior, los adolescentes que cuentan con el diagnóstico de TLP, tienen más probabilidades de participar en conductas de riesgo debido a su tendencia a actuar de manera impulsiva en respuesta a estados emocionales aversivos, sin tener en cuenta las posibles consecuencias, lo cual condiciona una mayor exposición al consumo de sustancias, así como a la generación de autolesiones no suicidas, lo que a menudo es usado con el propósito de regular los estados emocionales aversivos e insoportables ¹². Además, los adolescentes con TLP se encuentran entre los grupos de alto riesgo para la toma de riesgos sexuales y las consecuentes enfermedades de transmisión sexual. En estudios clínicos, se demostró que los adolescentes con diagnóstico de TLP presentan un funcionamiento psicosocial y una calidad de vida comparable a pacientes psiquiátricos infantiles y adolescentes con otros trastornos mentales y que, aunque los criterios de TLP tienden a disminuir con el tiempo, el deterioro funcional en estos pacientes durante la edad adulta es notablemente estable y más grave que en el caso de la depresión mayor ⁹.

Epidemiología

En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos se reportó una prevalencia para el trastorno límite de la personalidad entre el 0,5% y el 5,9% en la

población general. La Asociación Americana de Psiquiatría reportó que dicho trastorno se presenta en el 10% de pacientes ambulatorios psiquiátricos y 20% de los pacientes hospitalizados ⁸. Se ha comprobado que hasta el 10% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad cometen suicidio, una tasa casi 50 veces mayor que en la población general ^{7, 9}.

En atención primaria, la prevalencia reportada para el trastorno límite de la personalidad fue cuatro veces mayor que en la población general, lo que sugiere que las personas con este trastorno son usuarios frecuentes de la atención médica general. Si bien la proporción entre mujeres y hombres en entornos clínicos suele ser de al menos 3:1, los estudios basados en la población general no muestran diferencias de género sustanciales en la prevalencia de TLP en adultos. Las tasas de prevalencia acumulada sugieren que el 1,4% de los jóvenes cumplirán los criterios de diagnóstico para TLP a los 16 años, y se elevarán al 3,2% a los 22 años ¹⁵.

Se ha observado que diez años después del diagnóstico inicial, el 85% de los adultos con TLP "remitirán" en términos de no cumplir más de 5 criterios lo cual aumenta hasta el 99% después de 16 años, Aunque dichos estudios también indican que la remisión no es total, y que estas personas continúan presentando dificultades relacionadas con los síntomas de TLP, sobre todo en el contexto interpersonal y laboral¹⁵.

Estos datos confirman que el TLP generalmente se vuelve clínicamente aparente durante la adolescencia, alcanza su punto máximo en la edad adulta y se atenúa durante el resto del curso de la vida¹⁵.

Los pacientes con TLP representan del 9% al 33% de todos los suicidios y la tasa de suicidio de por vida para TLP se estima en 8% ¹⁶.

Diagnóstico clínico

Los primeros autores vieron la patología límite como un concepto de desarrollo, por ejemplo, Kernberg (1967) se refirió a este trastorno como la "organización límite de la personalidad" definiéndolo como una organización intrapsíquica que se centraba entre las organizaciones neuróticas y psicóticas. En esta definición, la patología límite se caracterizó por la difusión de identidad, defensas primitivas y pruebas de realidad intactas de forma variable. A la par de lo previamente descrito, Masterson (1978) definió el trastorno límite de la personalidad como el resultado final de intensos sentimientos de abandono, aferrarse a la figura materna y el fracaso para lograr la autonomía después de resolver con éxito la fase de desarrollo de separación-individuación, lo cual condiciona que estos individuos no toleren la soledad³.

Sin embargo, el concepto de Trastorno límite de la personalidad como tal, fue introducido por primera vez en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), en el año de 1980, en el cual se describió como un trastorno de la personalidad marcado por la inestabilidad en múltiples áreas, incluido el comportamiento interpersonal, estado de ánimo y la autoimagen¹⁷.

Aunque el diagnóstico ha evolucionado desde entonces, la inestabilidad en una variedad de dominios sigue siendo el sello distintivo del diagnóstico. En el DSM- 5 se establecieron nueve criterios diagnósticos los cuales, se pueden organizar en cuatro áreas de psicopatología ¹⁵.

1. **Afectivo:** Conformado por ira inapropiada e intensa, sentimientos crónicos de vacío, e inestabilidad afectiva.
2. **Cognitivo:** Conformado por ideación paranoide, síntomas disociativos severos y alteración de la identidad.
3. **Comportamiento:** Conformado por impulsividad, comportamiento suicida o automutilación.
4. **Interpersonal:** Conformado por miedo al abandono por parte de sus seres queridos, relaciones inestables e intensas

Para realizarse el diagnóstico se debe cumplir con cinco de los nueve criterios. Además, dicho manual ha establecido que el inicio de las alteraciones relacionadas con el TLP (síntomas-criterio) a menudo se remonta a la adolescencia, con lo cual es posible realizar el diagnóstico del trastorno tanto en adultos como en adolescentes utilizando el mismo sistema de clasificación ¹¹.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para el TLP en el DSM-5.

Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y el afecto, así como impulsividad intensa, las cuales comienza en la adolescencia o las primeras etapas de la adultez. Se encuentran presente en diversos contextos y se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad, inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y el sentido de sí mismo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente peligrosas (por ejemplo: gastos, sexo, drogas, atracones).
5. Conducta, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o automutilación.
6. Inestabilidad afectiva reactividad.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa, y/o dificultad para controlarla
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Si bien los pacientes con TLP a menudo muestran una sensibilidad desconcertante a los estados mentales de los demás, como ya lo señaló Krohn (1974), tienen al mismo tiempo profundas dificultades para integrar sus intuiciones y emociones en

una imagen coherente de sí mismos y de los demás, lo que tiene recientemente se ha denominado "paradoja de empatía límite"¹.

1.4. Empatía

Los pacientes con TLP padecen disfunción psicosocial grave, lo cual es considerado el mejor discriminador para realizar el diagnóstico. A pesar de algunas inconsistencias, los estudios que hablan acerca del comportamiento en pacientes con TLP indican una empatía cognitiva y afectiva deteriorada, particularmente en mediciones complejas y ecológicamente válidas ⁵.

La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria ⁶.

Además de un reconocimiento más básico de las emociones, la empatía implica, en el observador, la conciencia interoceptiva de los propios estados corporales y la capacidad de distinguir entre "uno mismo" y "otro". Se ha observado que el bajo funcionamiento interpersonal en estos pacientes no puede explicarse por completo por la desregulación afectiva existente en este trastorno, atribuyéndose a una cognición social deteriorada, reconocimiento de la emoción facial deteriorado, y alteraciones en la mentalización, y se ha visto que las deficiencias en estas funciones psicológicas están relacionadas con patrones de activación anormales en la corteza prefrontal medial y otras estructuras de la línea media cortical. Se ha visto que dichas deficiencias en la cognición social y la presencia de relaciones inestables en la vida adulta podrían estar vinculadas a experiencias infantiles adversas que alteran los sistemas de neuropéptidos como el sistema de oxitocina ¹⁸.

De acuerdo con la Sección III del DSM-5 y de forma análoga a la perspectiva actual de la CIE-11 la evaluación de las deficiencias en el funcionamiento propio e interpersonal constituirá la parte central del diagnóstico de los trastornos de la personalidad en futuras clasificaciones, definiéndose el funcionamiento interpersonal como las capacidades de empatía e intimidad con cuatro niveles de severidad de disfunción ¹⁸.

Así mismo, en la sección III del DSM-5 deterioro se describe la alteración en la empatía como la capacidad comprometida para reconocer los sentimientos y necesidades de otros asociados con hipersensibilidad interpersonal ¹⁸.

Se han descrito como componentes principales de la empatía: toma de perspectiva (empatía cognitiva) y compromiso emocional (empatía afectiva) ¹⁸.

II. ANTECEDENTES

En un estudio realizado por Jeung y Herpertz (2014), se concluyó que la empatía cognitiva se encuentra afectada en pacientes con TLP, lo cual se visualizó ante la realización de tareas complejas y exigentes como, por ejemplo, la Película para la Evaluación de la Tarea de Cognición, mientras que no se observó ningún deterioro o incluso un mejor rendimiento en las tareas que involucran habilidades de mentalización afectiva, que están conceptualmente más relacionadas con la empatía ⁶.

Así mismo en investigaciones realizadas en el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos de Norteamérica “National Institute of Mental Health” en las que se utilizaron medidas de autoreporte y experimentos de comportamiento ecológicamente validos en pacientes con TLP, se encontró una disminución en la capacidad de mentalización y empatía cognitiva ¹⁹.

Harari, Shamay-Tsoory, Ravid y Levkovitz (2010) evaluaron la Teoría de la mentalización cognitiva y afectiva en pacientes con TLP y controles sanos. Utilizando la tarea Faux Pas junto con una evaluación de empatía, demostraron un

deterioro en la Teoría de mentalización cognitiva y la empatía, pero no en la Teoría de mentalización afectiva y empatía en pacientes con TLP²⁰.

También Preissler, Dziobek, Ritter, Heekeren y Roepke (2010), utilizaron el MASC (Movie Assessment of Social Cognition) que es una tarea de mentalización más compleja mediante la cual demostraron que existe una discapacidad para la mentalización en estos pacientes, demostrando que las mujeres adultas con TLP, en comparación con los controles sanos, presentaron habilidades deterioradas en los elementos que evalúan las emociones, los pensamientos y las intenciones de los personajes de la película²¹.

En un estudio realizado por Sharp, C., Venta y colaboradores, en el cual se incluyó a 259 pacientes en hospitalización con una edad promedio de 15.4 años, se encontró que, en modelo de mediación múltiple, la hipermentalización, y la desregulación emocional, mediaban la relación entre la coherencia del apego y las características límite de personalidad, pero que dicho efecto estaba guiado por la hipermentalización²¹.

III. JUSTIFICACIÓN

Las manifestaciones clínicas de la difusión de la identidad durante la adolescencia y la adultez influyen tanto en el auto funcionamiento, afectando la capacidad de expresarse; como en el funcionamiento interpersonal, lo cual se asocia con la aparición de dificultades para establecer y mantener relaciones, y la habilidad de entender las perspectivas de otras personas. Algunas perspectivas estructurales y dimensionales para la comprensión de los trastornos graves de la personalidad, incluyendo al TLP, consideran que la presencia de alteraciones en el desarrollo de la identidad, específicamente, la presencia de difusión de identidad representa una característica central. A pesar de que los síntomas del TLP pueden encontrarse presentes desde la adolescencia y de que se tiene información al respecto de que el diagnóstico de TLP en este grupo etario tiene una estabilidad y validez diagnóstica similar a la observada en estudios con adultos, el diagnóstico es evitado con frecuencia, lo cual limita la comprensión del impacto que esta patología tiene

durante la adolescencia y sobretodo, limita la posibilidad de recibir apoyo y tratamiento de manera temprana.

Se han realizado múltiples estudios en adultos acerca de la relación del TLP con alteraciones en la empatía, y el proceso de mentalización, sin embargo, dichos estudios se encuentran muy limitados en pacientes adolescentes. El presente estudio pretende estudiar la relación entre la difusión de la identidad, la presencia de síntomas de TLP y alteraciones en la empatía en adolescentes con psicopatología; y conocer si la presencia de difusión de identidad predice la aparición de estas últimas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios en población de adultos ha mostrado que los participantes con síntomas de TLP presentan una disociación entre las capacidades empáticas afectivas y cognitivas. Por otro lado, diversas investigaciones han mostrado que es posible identificar con confiabilidad los síntomas del TLP en población de adolescentes, siendo un elemento importante en el desarrollo la consolidación de la identidad. Por tanto, es posible que los adolescentes que presentan alteraciones importantes en el desarrollo de la identidad, o también denominado difusión de la identidad presenten mayores índices de síntomas del TLP y además de alteraciones en el desarrollo de la empatía.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál será la relación entre la difusión de la identidad y la aparición de síntomas de TLP y alteraciones en la empatía en participantes adolescentes con psicopatología?

VI. HIPÓTESIS

La presencia de difusión de la identidad se relacionará y predecirá la presencia de síntomas de TLP y alteraciones en la empatía en participantes adolescentes con psicopatología.

VII. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general

Determinar si la presencia de difusión de la identidad se relacionará y predecirá la presencia de síntomas de TLP y alteraciones en la empatía en participantes con psicopatología.

VIII. MATERIAL Y MÉTODO

8.1. Tipo de estudio

Basándonos en el AFMC Primer on Population Health, se trata de un estudio observacional, comparativo (analítico), transversal, prospectivo, y homodémico ²⁰.

8.2. Universo y tamaño de la muestra

Los adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio y que acudan a la clínica de adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) a su cita de seguimiento serán invitados a participar. Posterior a la firma del consentimiento informado por parte del padre/tutor y del asentimiento por parte del adolescente, se les entregará a los participantes un

tríptico informativo, así como un juego de clinimetrías en donde se encontrará el inventario de la entrevista clínica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV (SCID-II PQ, por las siglas en inglés), el cuestionario para la evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia (AIDA, por las siglas en inglés) y el índice de reactividad interpersonal (IRI). Se calculó una muestra de 43 pacientes con un intervalo de confianza del 90%.

8.3. Criterios de inclusión

Hombres y/o mujeres que reciban atención y tratamiento dentro de la clínica de la adolescencia del INPRFM:

- Edad de 13 a 17 años 11 meses.
- Nacionalidad mexicana

8.4. Criterios de exclusión

- Adolescentes con diagnóstico de trastorno disocial, trastornos del espectro autista, síntomas psicóticos, algún grado de discapacidad intelectual, emociones prosociales limitadas.

8.5. Criterios de eliminación

- A solicitud del participante y/o su padre/tutor.
- Llenado incompleto de escalas.

8.6. Instrumentos de medición

BPRS-C (Brief Psychiatric Rating Scale)

- El instrumento BPRS-C versión mexicana está compuesta por 29 reactivos, fue desarrollado en la Clínica de la Adolescencia del INPRM y permite la realización de una entrevista semi estructurada para la evaluación de trastornos de conducta, del control de los impulsos, depresivos, psicóticos, de inatención e hiperactividad, del lenguaje, de ansiedad, de estrés y del sueño ²³.
- Además, dicha versión tiene cinco reactivos más que la versión original, los cuales evalúan trastornos de la eliminación, hipertimia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de emociones prosociales, además de evaluar abuso psicológico y sexual. La confiabilidad inter evaluador y test-retest es de $r=0.824$ y $r=0.661$, respectivamente. Dicha entrevista tiene una duración promedio de 30 minutos, siendo necesario el entrenamiento para su aplicación ²³.

SCID-II PQ (Inventario de la Entrevista Clínica para los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV)

- El SCID-II PQ (Inventario) tiene 119 ítems con respuestas afirmativas o negativas para determinar si existe una característica de algún trastorno de la personalidad.
- Se ha comprobado que existe una concordancia de 0.75 entre los resultados obtenidos mediante el SCID-II Inventario y la entrevista ²⁴.
- El SCID-II PQ contiene quince ítems asociados a TLP en un formato de respuesta sí / no, correspondiente a los nueve criterios DSM. Cada criterio del tiene una pregunta, excepto los criterios tres (alteración de la identidad, cuatro preguntas), cinco (comportamiento suicida recurrente, dos preguntas) y ocho (ira inapropiada, tres preguntas) ⁹.
- Este instrumento ha sido aplicado previamente en estudios realizados con adolescentes, validando su utilidad en esta población ²⁵.

AIDA (Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia)

- Es un cuestionario de autoinforme que mide el desarrollo de la identidad en adolescentes de 12 a 18 años (± 2 años). Ofrece un rango de identidad "saludable" a "perturbada" para diferenciar el desarrollo de identidad saludable, ya sea de una crisis de identidad o de la difusión de la identidad. AIDA contiene 58 elementos con 5 opciones de respuesta (0 = no, 1 = principalmente no, 2 = no estoy seguro, 3 = principalmente sí y 4 = sí); las puntuaciones altas indican una gran cantidad de discapacidad y todos los elementos se suman a una puntuación total que va desde la integración de identidad hasta la difusión de identidad²⁶.
- Un panel de expertos de Chile, México y España desarrolló una traducción adaptada al español de AIDA en cooperación con los autores originales, centrándose en la equivalencia y la comprensión del contenido al considerar modismos específicos, circunstancias de la vida y aspectos específicos de la cultura ²⁵.

IRI (Índice de Reactividad Interpersonal)

- Fue elaborada por Davis (1980 - 19983) y es una de las medidas de autoinforme más utilizadas para evaluar la empatía desde una perspectiva multidimensional que incluye factores cognitivos y emocionales.
- Se trata de una escala de fácil aplicación, formada por 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía: Toma de perspectiva (PT), Fantasías (FS), Preocupación empática (EC) y Malestar personal (PD). Cada una de ellas con siete ítems.
- La característica más destacada de este instrumento es que permite medir tanto el aspecto cognitivo como la reacción emocional del individuo al adoptar una actitud empática.
- Las subescalas PT y FS evalúan los procesos más cognitivos, la puntuación en Toma de perspectiva indica los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona

- La subescala de Fantasía evalúa la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, es decir, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias.
- Las subescalas de Preocupación empática (EC) y Distrés o malestar personal (PD) miden las reacciones emocionales de las personas ante las experiencias negativas de los otros, en la primera (EC) se miden los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros¹⁸.

8.7. Variables

Difusión de identidad. Definido por la presencia de altos índices de discontinuidad (escala 1) e incoherencia en el sentido de si-mismo (escala 2) del AIDA ²⁵.

Trastorno límite de la personalidad: Trastorno de personalidad caracterizado por la presencia de un patrón generalizado y persistente de inestabilidad o alteración en la regulación afectiva, el control de impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen. Operacionalmente definido por la presencia de 5 reactivos positivos en la subescala de TLP del SCID-II PQ ²⁴.

Alteración en la empatía: entendiéndose empatía como la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria, Valorado a través de la escala IRI ¹⁶. Se evaluarán dos tipos de empatía: afectiva y cognitiva. Entendiéndose empatía cognitiva como la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria y la empatía afectiva, como la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad¹⁸.

Variable	Instrumento	Tipo		Medición
Edad	Expediente clínico	Cuantitativa-discreta-de intervalo		Años
Sexo	Expediente clínico	Cualitativa-nominal		Hombre/mujer
Trastornos psiquiátricos diferentes a trastornos de personalidad en adolescentes	BPRS	Cualitativa-nominal		Diagnóstico de síntomas psiquiátricos de acuerdo a DSM-5
Difusión de la identidad	AIDA	Cuantitativa-discreta- de razón	Independiente	Puntuación de la escala AIDA.
Síntomas de TLP	SCID-II PQ	Cuantitativa-discreta-de razón	Dependiente	Puntuación de la subescala de TLP del SCID-II PQ (rango de 0-15)
Alteraciones en la empatía cognitiva	IRI	Cuantitativa-discreta-de razón	Dependiente	Puntuación obtenida en las dimensiones de empatía cognitiva del IRI.
Alteraciones en la empatía afectiva	IRI	Cuantitativa-discreta- de razón	Dependiente	Puntuación obtenida en las dimensiones de

				empatía afectiva del IRI.
--	--	--	--	---------------------------

8.8. Procedimiento general

Previo a que el adolescente ingrese a su cita subsecuente en la clínica de Adolescencia de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), al determinarse que cuenta con los criterios de inclusión para participar en el estudio se les explicará e invitará al adolescente y a su padre/madre/tutor a participar en el de manera voluntaria. En caso de existir dudas, estas serán resueltas por la investigadora principal.

En caso de aceptar participar de manera voluntaria él o la adolescente y su padre/madre/tutor se firmará el asentimiento informado por parte del adolescente, y el consentimiento informado por parte del padre/madre/tutor, entregándoseles una copia de estos. Se realizará a la paciente una valoración, mediante la aplicación la Entrevista diagnóstica semiestructurada BPRS (por sus siglas en inglés Brief Psychiatry Rating Scale), y se le otorgará un tríptico informativo, así como tres escalas auto aplicables: AIDA (por sus siglas en inglés Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia), IRI (Índice de Reactividad Interpersonal), y la sección para trastorno límite de la personalidad del SCID-II PQ (Inventario de la Entrevista Clínica para los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV).

Cabe señalar a que debido a que este procedimiento se llevará acabo de manera presencial, se tomarán en cuenta medidas sanitarias consistentes en el uso de cubrebocas y careta protectora, así como previa higiene de manos, conservando una distancia de 2 metros con el participante y sus familiares. Se calculó una muestra de 43 participantes con un intervalo de confianza del 90%. Para el análisis los datos se realizará una correlación de las variables.

8.9. Análisis estadístico

Este estudio se llevará a cabo utilizando pruebas estadísticas con una confianza del 95%. Para la descripción de los datos demográficos y clínicos se utilizarán frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviación estándar para las variables continuas. Para la comparación entre participantes con y sin difusión de la identidad se utilizará X^2 y prueba T dependiendo del tipo de variable. Se realizará un modelo de regresión lineal simple. Se establecerá una ecuación estimada entre la variable independiente y las dependientes mediante el método de mínimos cuadrados utilizando el paquete estadístico SPSS.

8.10. Consideraciones éticas

- Se le ofrecerá a cada uno de los adolescentes participar de manera voluntaria, con una previa explicación verbal de los procedimientos, objetivos, duración y las posibles ventajas de realización del estudio.
- La descripción del estudio incluirá información sobre la confidencialidad de este, la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento si así se deseara, el hecho de que la atención médica no cambiará al aceptar o rechazar participar en la investigación.
- Se respetará la confidencialidad del participante mediante la asignación de un número de folio.
- Se otorgará a participantes un tríptico, el cuál contendrá información acerca del desarrollo de la identidad y la presencia de rasgos límite de la personalidad durante la adolescencia.

- En caso de alguna eventualidad o malestar presentada por el participante durante la aplicación de la escala, se otorgará contención verbal por parte del investigador.

IX. RESULTADOS

Muestra

Un total de 43 participantes con edades entre los 13 y 17 años con una media de edad de 15.27 años participaron en el estudio, de los cuales el 76.7% fueron mujeres (n = 33) y el 23.2% fueron hombres (n = 10). En cuanto al grado de escolaridad de los participantes, 4 de los participantes contaban con escolaridad primaria, 23 con escolaridad secundaria y 6 con preparatoria.

Diagnósticos obtenidos mediante cuestionario BPRS

Podemos observar que el diagnóstico con mayor prevalencia fue el trastorno depresivo mayor (TDM) en el 86% de los participantes (n = 37), seguido por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un 44.18% (n = 19), el trastorno de ansiedad generalizada en un 37.2% (n = 16) mientras que los diagnósticos de distimia y fobia social se realizaron en un 25.5% (n = 11) y el trastorno negativista desafiante en un 23.25% (n = 10), seguidos de las autolesiones no suicidas en el 18.60% (n = 8), el trastorno de angustia en el 16.27% (n = 7), trastorno de estrés postraumático en el 9.3% (n = 4), trastorno por uso de sustancias y fobia específica en el 6.97% (n = 3); trastorno por uso de nicotina y trastorno por tics en el 4.65% (n = 2) así como trastorno de ansiedad por separación en el 2.3% (n = 1).

En cuanto a la diferenciación de los diagnósticos, según el sexo, el diagnóstico más frecuente en las mujeres fue el trastorno depresivo mayor (TDM) en un 90.9% (n = 30), seguido por el trastorno de ansiedad generalizada en un 39.3%. (n = 13). Mientras que en el sexo masculino el diagnóstico más común fue el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un 90% (n = 9), seguido por el trastorno depresivo mayor en un 70% (n = 7).

Comorbilidades en los diagnósticos por BPRS

La mayoría de los participantes en la muestra tuvieron más de un diagnóstico establecido por BPRS. Únicamente 2 participantes contaron con un solo diagnóstico, mientras que el resto de los participantes contaron con 2 a 5 categorías diagnósticas.

Se encontró que el 48.8 % de los participantes (n = 21) contaban con 3 categorías diagnósticas, mientras que el 20.9% (n = 9) contaban con 2 categorías, el 18.6% con 3 categorías (n = 8), y el 11.6% con 5 categorías (n = 3).

Diagnóstico de trastorno límite de la personalidad por SCID- II PQ

En la escala auto aplicable SCIDII-PQ, 37 de los 43 participantes (86.04%) obtuvieron un mínimo de cinco reactivos positivos para realizar el diagnóstico de TLP de los cuales el 78.37% (n = 29) fueron mujeres y el 21.62% hombres (n = 8), con una media de edad de 15.24 años.

También se pudo observar que el reactivo marcado como positivo con mayor frecuencia fue el número 7 “*A menudo ha hecho cosas impulsivamente*” (n = 32), seguido por el número 11 “*Se siente con frecuencia vacío por dentro*” (n = 30), y posteriormente por el número 10 “*Cambios repentinos en el estado de ánimo*” (n = 28); y los reactivos señalados con menor frecuencia como positivos fueron: el número 2 “*Las relaciones tienen altibajos extremos*” y el 13 “*Cuando se enfada golpea o arroja objetos*” (n = 13), seguido por el número 12 (n = 18) “*Tiene con frecuencia ataques de cólera o pierde el control*”.

Trastorno límite de la personalidad y trastorno depresivo mayor

En cuanto a la relación entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo mayor, de los 37 participantes con diagnóstico de TLP, 91.9% (n = 34) tenían diagnóstico por BPRS de un TDM. Mientras que de los 6 participantes sin TLP, el 50% (n = 3) cumplieron diagnóstico de TDM por BPRS.

Por otro lado, de los 37 participantes que recibieron diagnóstico por BPRS de TDM el 91.9% (n = 34) obtuvieron diagnóstico de TLP en el SCID-II PQ.

Cuestionario AIDA en la muestra general

La media obtenida por los participantes en cuanto a la puntuación total (Integración de identidad vs. Difusión de la identidad) del Cuestionario AIDA fue de 58.88. El puntaje de las escalas y subescalas del cuestionario en la muestra general se representa en la Tabla 1.0

Difusión de la identidad valorada mediante Cuestionario AIDA

De los 43 participantes que formaron parte de la muestra el 44.18% (n = 19) obtuvieron un puntaje general mayor a 60 en la escala AIDA para difusión de la identidad, con una media de 68.8, por lo cual se considera que dichos participantes cuentan con una alteración en la integración de la identidad. Estos participantes tenían una media de edad de 15.1 años, siendo en un 84.2% (n = 16) mujeres y en un 15.8% (n = 2) hombres. El puntaje de las escalas y subescalas del Cuestionario AIDA en este grupo de participantes puede observarse también en la Tabla 1.0.

Difusión de la identidad y trastorno límite de la personalidad

De los 19 participantes que contaron con difusión de la identidad, el 100% obtuvo el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, mientras que de los 37 participantes con TLP únicamente el 51.3% (n = 19) contaron con difusión de la identidad, siendo 16 mujeres (84.21%) y 3 hombres (15.79%). El puntaje de las escalas y subescalas del Cuestionario AIDA en los participantes con TLP, se muestra en la Tabla 1.0.

Tabla 1.0. Media del Puntaje de la Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia (AIDA) en la muestra total, el grupo de participantes con difusión de la identidad y el grupo de participantes con trastorno límite de la personalidad.

Cuestionario AIDA	Muestra general	Participantes con DI	Participantes con TLP
<u>Puntuación total</u> (Integración vs. Difusión de la identidad)	58.88	68.8	66
Dominio 1.- Continuidad versus discontinuidad	58.18	67.42	71
<i>Aspecto 1.1 Perspectiva y atributos estabilizadores</i>	56.69	64.1	58.29
<i>Aspecto 1.2 Relaciones y roles estabilizadores</i>	56.27	64.1	58.02
<i>Aspecto 1.3 Experiencia emocional del sí mismo estabilizador</i>	57.04	64.35	59.32
Dominio 2.- Coherencia versus Incoherencia	58.41	67.8	60.89
<i>Aspecto 2.1 Consistencia en los conceptos de sí mismo</i>	58.20	66.84	60.54
<i>Aspecto 2.2 Autonomía, fortaleza del yo</i>	57.65	66.31	59.97
<i>Aspecto 2.3 Experiencia de sí mismo integradora</i>	56.60	64.42	58.51

DI = Difusión de la identidad TLP = Trastorno límite de la personalidad.

Alteraciones en la empatía evaluadas mediante el Índice de Reactividad interpersonal

El Índice de Reactividad Interpersonal aplicado a los 43 participantes, reportó en cuanto a las subescalas que evalúan la empatía cognitiva, en la subescala de toma de perspectiva (PT, por sus siglas en inglés) ($M = 16.56$; $d.e. = 5.22$), lo cual es menor a la media obtenida para esta subescala en adolescentes sin psicopatología ($M = 15.32$); y en la subescala de Fantasías (FS, por sus siglas en inglés) ($M = 15.44$; $d.e. = 6.45$), puntaje mayor al reportado en adolescentes sin psicopatología ($M = 14.91$).

En cuanto a las subescalas que evalúan la empatía afectiva, la media del puntaje de la subescala de preocupación empática (EC, por sus siglas en inglés) ($M = 15.90$; $d.e. = 5.0$) es menor a la reportada en adolescentes sin psicopatología ($M = 18.25$), y la media de la subescala de Malestar personal (PD, por sus siglas en inglés) ($M = 12.55$; $d.e. = 5.43$) es mayor a la reportada en adolescentes sin psicopatología ($M = 11.37$). Lo anterior se refleja en la Tabla 1.1.

Alteraciones en la empatía en participantes con difusión de la identidad

En los participantes con difusión de la identidad, la subescala de Toma de perspectiva ($M = 15.15$; $d.e. = 4.81$) fue menor a la media obtenida en adolescentes sin psicopatología ($M = 15.32$); Mientras que la subescala de Fantasías ($M = 15.52$; $d.e. = 6.61$) fue mayor a la media en adolescentes sin psicopatología ($M = 14.91$).

En cuanto a las subescalas que valoran empatía afectiva, la subescala de Preocupación empática en este grupo de participantes ($M = 15.47$; $d.e. = 4.18$) fue menor a la media de los adolescentes sin psicopatología ($M = 18.25$); y la subescala de Malestar personal ($M = 14.73$; $d.e. = 5.03$) mayor a la media obtenida en los adolescentes sin psicopatología ($M = 11.37$).

Por el otro lado en los participantes sin difusión de la identidad, la subescala de Toma de perspectiva ($M = 17.7$; $d.e. = 5.35$) obtuvo un puntaje mayor a la media de los adolescentes sin psicopatología ($M = 15.32$), mientras que la subescala de Fantasías ($M = 15.37$; $d.e. = 6.46$.) también obtuvo un puntaje mayor a la media de los adolescentes sin psicopatología ($M = 14.91$).

En este mismo grupo de participantes, al evaluar la empatía afectiva, la subescala de preocupación empática ($M = 16.26$; $d.e. = 5.63$), el puntaje fue menor al obtenido en adolescentes sin psicopatología ($M = 18.35$) mientras que la subescala de Malestar personal ($M = 10.83$; $d.e. = 5.21$) obtuvo un puntaje mayor al de los adolescentes sin psicopatología ($M = 11.37$). Ver tabla 1.1.

Alteraciones en la empatía y trastorno límite de la personalidad

En los participantes con trastorno límite de personalidad, la empatía cognitiva valorada mediante el Índice de reactividad Interpersonal obtuvo en la subescala de toma de perspectiva ($M = 16.21$; $d.e. = 5.40$) fue mayor al de los adolescentes sin psicopatología ($M = 15.32$) y la subescala de Fantasías ($M = 15.78$; $d.e. = 6.32$) puntaje mayor al de adolescentes sin psicopatología ($M = 14.91$).

En este mismo grupo de participantes al evaluar la empatía afectiva, la subescala de preocupación empática ($M = 16.32$; $d.e. = 5.04$) puntaje menor al obtenido en adolescentes sin psicopatología ($M = 18.25$); y en la subescala de malestar personal ($M = 13.02$; $d.e. = 5.48$) el puntaje fue mayor a la media de adolescentes sin psicopatología.

Por otro lado, en los 6 participantes sin TLP al evaluar la empatía cognitiva, en la subescala de Toma de Perspectiva ($M = 18.83$; $d.e. = 3.49$) fue mayor a la media de adolescentes sin psicopatología ($M = 15.32$); y el puntaje de la subescala Fantasías ($M = 13.33$; $d.e. = 7.45$) fue menor a la media de adolescentes sin psicopatología.

Mientras que, al evaluar la empatía afectiva en este mismo grupo de participantes, el puntaje de la subescala de Preocupación empática ($M = 13.33$; $d.e. = 4.18$) fue menor a la media en adolescentes sin psicopatología ($M = 18.35$), y el puntaje de la subescala de Malestar Personal ($M = 9.66$; $d.e. = 4.50$) fue menor al de los adolescentes sin psicopatología ($M = 11.37$). Estos resultados se muestran en la Tabla 1.1.

Tabla 1.1. Media y desviación Estándar del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) en la muestra total de participantes, participantes con y sin difusión de la identidad y participantes con y sin TLP.

<u>Empatía</u>	<u>Subescalas</u>		Con DI	Sin DI	Con TLP	sin TLP
		M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)
<i>Empatía cognitiva</i>	<i>Toma de perspectiva</i>	16.58 (5)	15.15 (4)	17.7 (5)	16.21 (5)	18.83 (3)
	<i>Fantasías</i>	15.44 (6)	15.52 (6)	15.37 (6)	15.78 (6)	13.33 (7)
<i>Empatía afectiva</i>	<i>Preocupación empática</i>	15.90 (5)	15.47 (4)	16.25 (5)	16.32 (5)	13.33 (4)
	<i>Malestar personal</i>	12.55(5)	14.73 (5)	10.83 (5)	13.02 (5)	9.66 (4)

M = Media DE = Desviación Estándar DI = Difusión de la identidad TLP = Trastorno límite de personalidad

Alteraciones en la empatía y trastorno depresivo Mayor

En los 37 participantes con Trastorno depresivo Mayor, la media de la subescala de Toma de perspectiva fue de 16.48 con una desviación estándar de 5.43. Mientras que la media de la subescala de Fantasías fue de 16 con una desviación estándar de 6.18.

En cuanto a las subescalas que valoran empatía afectiva, la subescala de Preocupación empática en este grupo de participantes, obtuvo una media de 15.81 con una desviación estándar de 4.55, y la subescala de Malestar personal obtuvo una media de 13.24 con una desviación estándar de 5.40.

En los 6 participantes sin diagnóstico de TDM la empatía cognitiva valorada mediante el Índice de reactividad Interpersonal obtuvo una media de puntaje en la subescala de toma de perspectiva de 17.16 con una desviación estándar de 3.97 y la subescala de Fantasías obtuvo una media de 12.0 con una desviación estándar de 7.62.

En este mismo grupo de participantes al evaluar la empatía afectiva se observó una media de 16.50 en la subescala de preocupación empática con una desviación estándar de 7.77, y una media de 8.33 en la subescala de malestar personal con una desviación estándar de 3.61. Estos resultados se observan en la tabla 1.2.

Tabla 1.2. Media y desviación estándar del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) en participantes con y sin trastorno depresivo mayor

<u>Empatía</u>	<u>Subescalas</u>	con TDM	sin TDM
		M (DE)	M (DE)
<i>Empatía cognitiva</i>	Toma de perspectiva	16.48 (5)	17.16 (3)
	Fantasías	16 (6)	12.0 (7)
<i>Empatía afectiva</i>	Preocupación empática	15.81 (4)	16.50 (7)
	Malestar personal	13.24 (5)	8.33 (3)

M = Media DE = Desviación Estándar TDM = Trastorno depresivo Mayor.

Análisis estadístico

Correlaciones lineales

Se observó que existían las siguientes correlaciones de Spearman significativas entre los datos, siendo más significativa la relación mostrada en negritas entre el AIDA total y el SCID II TLP en sus puntajes sumados. Ver Tabla 2.1 en apartado de Anexos.

- Escolaridad medida ordinalmente y la edad ($r = 0.61, p < 0.001$);
- Escolaridad medida ordinalmente y AIDA-total ($r = -0.36, p = 0.01$);
- SCID II-TLP a nivel dicotómico (punto de corte ≥ 5) y AIDA-total ($r = 0.347, p = 0.023$);
- AIDA-total e IRI-PD ($r = 0.45, p = 0.002$);

- **AIDA-total y SCID II-TLP ($r = 0.75, p < 0.001$);**
- IRI-FS y el IRI-EC ($r = 0.41, p = 0.006$);
- IRI-FS y el IRI-PD ($r = 0.47, p = 0.001$);
- SCID II-TLP e IRI-PD ($r = 0.34, p = 0.024$);

Puede observarse que la correlación entre SCID II-TLP y AIDA-total es muy alta, como se mencionó antes y la línea de tendencia tiene una pendiente positiva (Figura 1). En cambio, en la gráfica entre SCID II-TLP e IRI-PD los datos se dispersan más, por lo que la correlación baja e igual lo hace la pendiente (Figura 2).

Sin embargo, aunque se encontró una correlación entre el puntaje de AIDA-total y la subescala de malestar interpersonal del IRI, esta fue menor a la correlación entre SCID II-TLP y AIDA-total (Figura 3).

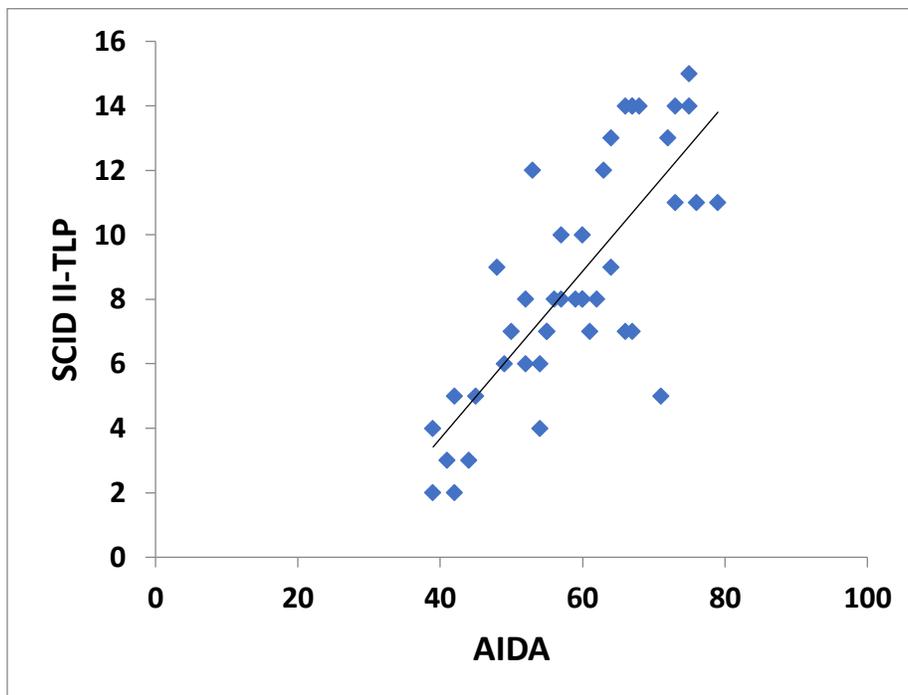


Fig. 1. Se presenta la gráfica de dispersión, con la correlación entre una variable independiente y una dependiente; el puntaje de la Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia (AIDA) y puntaje del SCID II del rubro Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

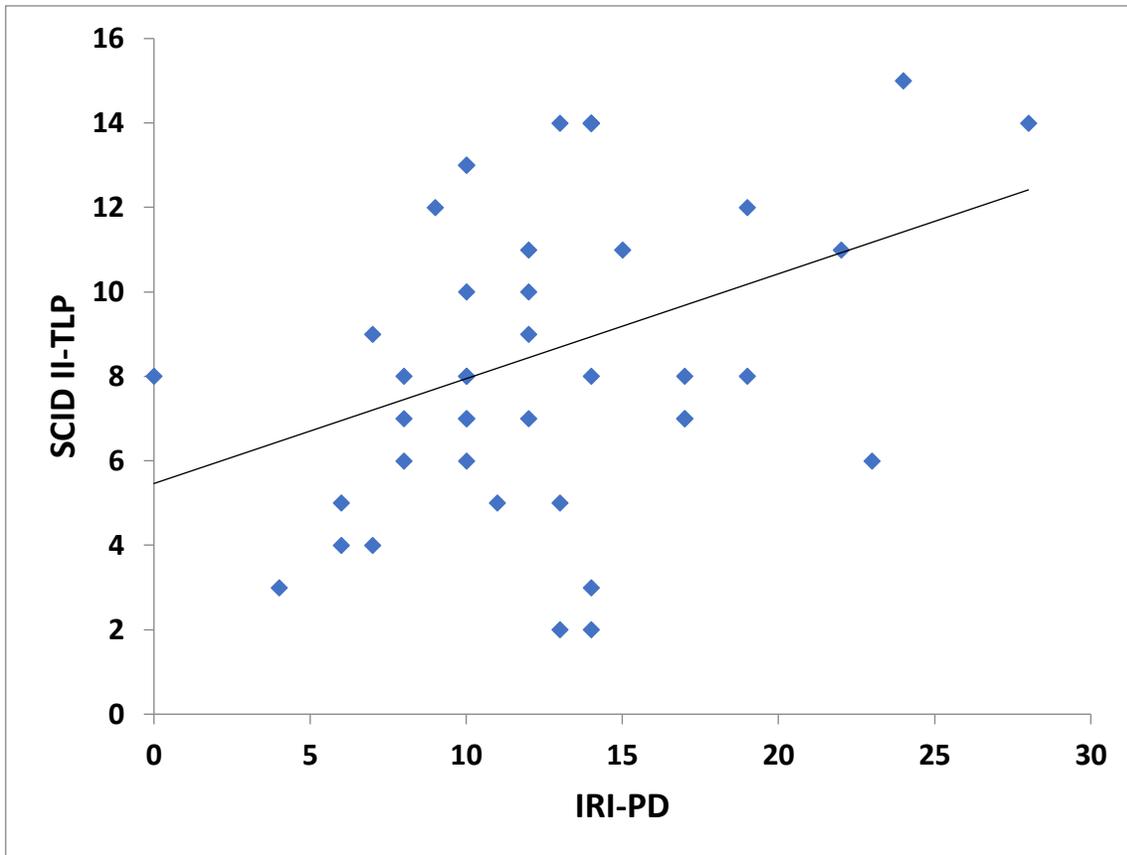


Fig. 2. Se muestra la gráfica de dispersión con la correlación entre una variable dependiente y una independiente; el puntaje del SCID-II del rubro Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y el puntaje obtenido en la subescala de Malestar Interpersonal del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI).

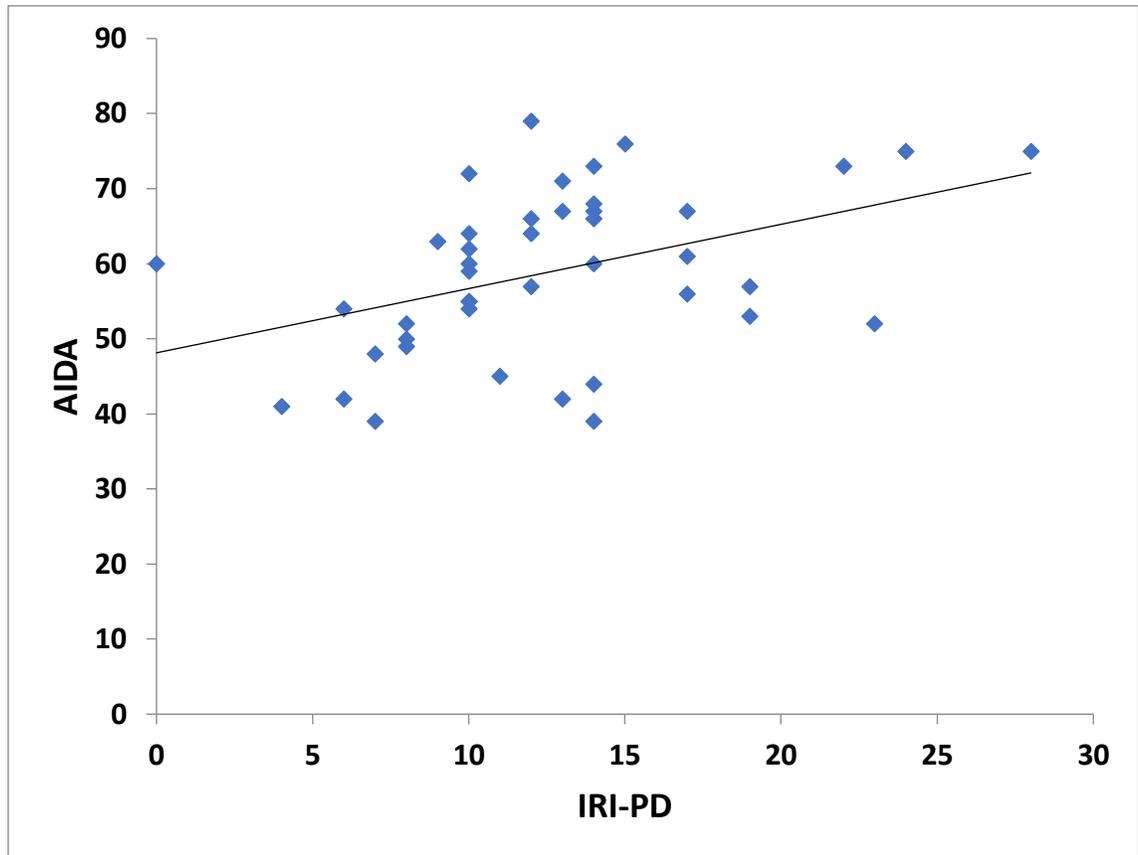


Fig. 3. Se observa la gráfica de dispersión con la correlación entre dos variables independientes; el puntaje total la Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia (AIDA) y el puntaje obtenido en la subescala de Malestar Interpersonal del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI).

Correlación parcial

Además, se llevó a cabo un análisis de correlación parcial, y se observó que, si se conserva constante la escolaridad, la correlación entre AIDA-total y SCID II-TLP aumenta, $r = 0.80$, $gl = 40$; $p < 0.001$.

Regresión lineal simple

Considerando lo anterior, se realizó un análisis de regresión lineal simple ya que es una técnica que sirve para predecir la variable dependiente a partir de una independiente. Los supuestos para este análisis fueron cumplidos en cuanto a validez (B_1 , o coeficiente de x , o lo que es lo mismo, la pendiente de la recta, fue diferente de cero). El modelo fue bueno ya que $-1 \leq R \leq 1$; el ajuste $0 \leq R^2 \leq 1$ y la R corregida o ajustada ≤ 1 . De igual forma, los análisis de los supuestos: linealidad (como se observó anteriormente, hay una alta correlación lineal entre las variables de interés de la tesis (en negritas); la independencia (el estadístico Durbin-Watson = 2.03, por lo que fue cercano a 2, y además el ajuste fue bueno, pues $R^2 = 0.594$; la normalidad (los residuales siguieron una distribución normal) y la homocedasticidad (el gráfico de dispersión presentó una buena distribución de sus datos) fueron cumplidos. El modelo fue válido, pues el valor de p de la tabla de Análisis de Varianza (ANOVA) = 0.00.

Los coeficientes $B_0 = -6.70$ y $B_1 = 0.26$, por lo que la ecuación de regresión es la siguiente:

$$Y = -6.70 + 0.26 X$$

Donde:

$Y =$ SCID II-TLP.

$X =$ AIDA total.

En las Tablas 2.1- 2.6 y en los tres gráficos del Anexo (histograma, gráfica P-P y gráfica de los residuos, respectivamente) (Figuras 4, 5, y 6)), pueden visualizarse

otros de los análisis obtenidos de la regresión lineal simple producidos por el software SPSS.

En un intento por verificar si introducir las variables del IRI podría aumentar la predicción del puntaje del SCID II-TLP, se calcularon algunas regresiones lineales múltiples donde la VD siguiera siendo el puntaje sumado del SCID II-TLP y las VIs fueran el AIDA-total y la escolaridad; o AIDA-total y los puntajes de IRI-malestar, dada su alta correlación con las variables de interés. Sin embargo, los valores de las regresiones se redujeron el valor de la F de la tabla de ANOVA disminuyó en ambos casos (37.79 y 29.53, respectivamente), lo cual indica que, aunque hay correlaciones entre las variables, la predicción es mejor si sólo se conservan ambas en el análisis, por lo tanto, a más desarrollo de la DI, mayor es la sintomatología de TLP no sólo en cuanto al punto de corte del AIDA-DI, sino de forma global en los adolescentes de la muestra analizada.

En las Tablas 2.7 al 2.11 del Anexo se muestran los resultados del SPSS versión 23 en donde el IRI-malestar fue incluido en la regresión lineal múltiple para su comparación con los resultados antes mencionados de la regresión lineal simple

X. DISCUSIÓN

En cuanto a la muestra recabada en nuestro estudio de adolescentes con psicopatología, se observó que en su mayoría estuvo compuesta por participantes de sexo femenino (76.7%), información compatible con los datos recabados en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (ENEP 2009), la cual se realizó en 3005 participantes de la población general de 12 a 17 años, y en donde se observó una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en mujeres sin importar el diagnóstico, así como mayor comorbilidad entre los mismos, situación justificada por múltiples teorías biológicas y psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad del sexo femenino en la etapa adolescente.

A diferencia de lo observado en el ENEP en donde los trastornos que se reportaron con mayor frecuencia fueron la fobia social y específica, en nuestro estudio observamos que el trastorno que se presentó con mayor frecuencia en esta población fue el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, la ENEP reportó que los trastornos con mayor proporción de gravedad fueron los trastornos del estado de ánimo, lo cual podría explicar parcialmente porque en nuestra muestra clínica los observamos con mayor frecuencia, toda vez que al ser un padecimiento de mayor gravedad y probablemente generador de una mayor disfunción tiende a identificarse y por lo tanto a ser abordado y tratado con más frecuencia en comparación de lo que ocurre con las fobias.

Por otro lado dentro de nuestra muestra clínica, encontramos con mayor frecuencia el diagnóstico de TLP a comparación de lo que se ha reportado en estudios epidemiológicos previos en donde se ha reportado una prevalencia aproximada del 11 al 21% en muestras clínicas sin riesgo suicida. Probablemente esto se podría asociar a que la institución en donde realizamos el estudio, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, es un centro de atención psiquiátrica de tercer nivel por lo que atiende una población con una mayor gravedad de psicopatología en comparación con instituciones de atención en primer nivel

incluyendo el trastorno límite de personalidad debido a la disfunción y psicopatología asociada a este diagnóstico.

Aunado a lo anterior, en el estudio realizado por Chanen (2018), en donde se comparó el uso de 3 escalas para el tamizaje del trastorno límite de la personalidad en adolescentes, una característica de TLP se calificó como positiva si estuvo presente durante dos años y no ocurrió exclusivamente durante un trastorno del eje I, y se reportó una sensibilidad del 0.64 y especificidad del 0.85 para el diagnóstico de TLP, identificando el mejor punto de corte como >12 reactivos positivos, lo cual nos sugiere que probablemente al aplicar el SCID- II PQ a los participantes con psicopatología sin remisión, esto pudo haber sobrestimado el porcentaje de participantes con trastorno límite de la personalidad.

Como se ha señalado previamente, las perturbaciones de la identidad se ven como uno de los componentes principales de trastornos de la personalidad. Por tanto, un instrumento que está diseñado para identificar los trastornos de la identidad en los adolescentes debería tener la capacidad de distinguir entre los adolescentes con y sin un trastorno de personalidad.

Sin embargo, las tasas de prevalencia de TLP reportadas en adolescentes son más altas que en adultos, lo cual se podría explicar ya que, en uno de los estudios comunitarios más grandes hasta la fecha realizado por Bernstein y colaboradores (1993) evaluaron la prevalencia y la estabilidad del diagnóstico en adolescentes durante un período de dos años. En el seguimiento, encontraron que menos de un tercio de los adolescentes inicialmente diagnosticados con TLP seguían cumpliendo con los criterios de diagnóstico de TLP, lo cual probablemente podría estar relacionado a la presencia o no de difusión de la identidad, con lo que se podría hipotetizar que en nuestra muestra el 49% de los participantes (n= 18) con diagnóstico de TLP pero sin difusión de la identidad probablemente no continúen cumpliendo criterios para el establecer el diagnóstico a lo largo del tiempo bien presenten una reducción importante de los síntomas, dejando de cumplir criterios formales de TLP sin embargo permaneciendo como subsindromáticos; casos que es importante detectar ya que se ha observado que a lo largo de la vida estos

personas presentan un menor funcionamiento en comparación con aquellos sin este tipo de sintomatología.

Tampoco se observó una correlación significativa entre la edad de los participantes y el puntaje obtenido en la Escala AIDA, lo cual es compatible con lo reportado en estudios previos, como el realizado por Schmek y colaboradores (2013) en donde propone que la forma en que los adolescentes más jóvenes describen su identidad utilizando los elementos de AIDA no es muy diferente de la de los adolescentes de mayor edad.

Aunado a lo anterior se encontró también una relación ($r = 0.75$, $p < 0.001$) entre los puntajes obtenidos por AIDA y el SCID-II PQ lo que indica que la presencia de difusión de la identidad esta relacionada con la obtención del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, lo cual es consistente con lo reportado en la bibliografía previamente mencionado, en donde se reportó una media de puntaje de la Escala AIDA de 129.75 en adolescentes con algún trastorno de personalidad, mientras que la media de puntaje en adolescentes sin psicopatología fue de 65.87.

Se encontró también una correlación significativa entre los puntajes de AIDA y la subescala de malestar interpersonal de la empatía afectiva del IRI, subescala que previamente se había reportado en un estudio publicado por Jeung y Herpertz (2014), con un puntaje incrementado en los participantes con diagnóstico de TLP, sin embargo, llama la atención que en nuestro estudio la correlación existente entre esta subescala del IRI y el SCID-II PQ no es tan significativa como con el puntaje de la subescala AIDA. Pero con la presencia de estas correlaciones se puede integrar una correlación de la difusión de la identidad con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y alteraciones en la empatía en adolescentes.

XI. CONCLUSIÓN

En conclusión, se encontró una correlación entre la presencia de difusión de la identidad, el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y las alteraciones en la empatía en esta muestra de adolescentes con psicopatología de entre 13 y 17 años 11 meses del INPRFM. Se observó también que la presencia de difusión de la identidad en adolescentes predice el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, lo cual apoya la evidencia de que la difusión de la identidad es un eje central en el diagnóstico de este trastorno.

XII. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS:

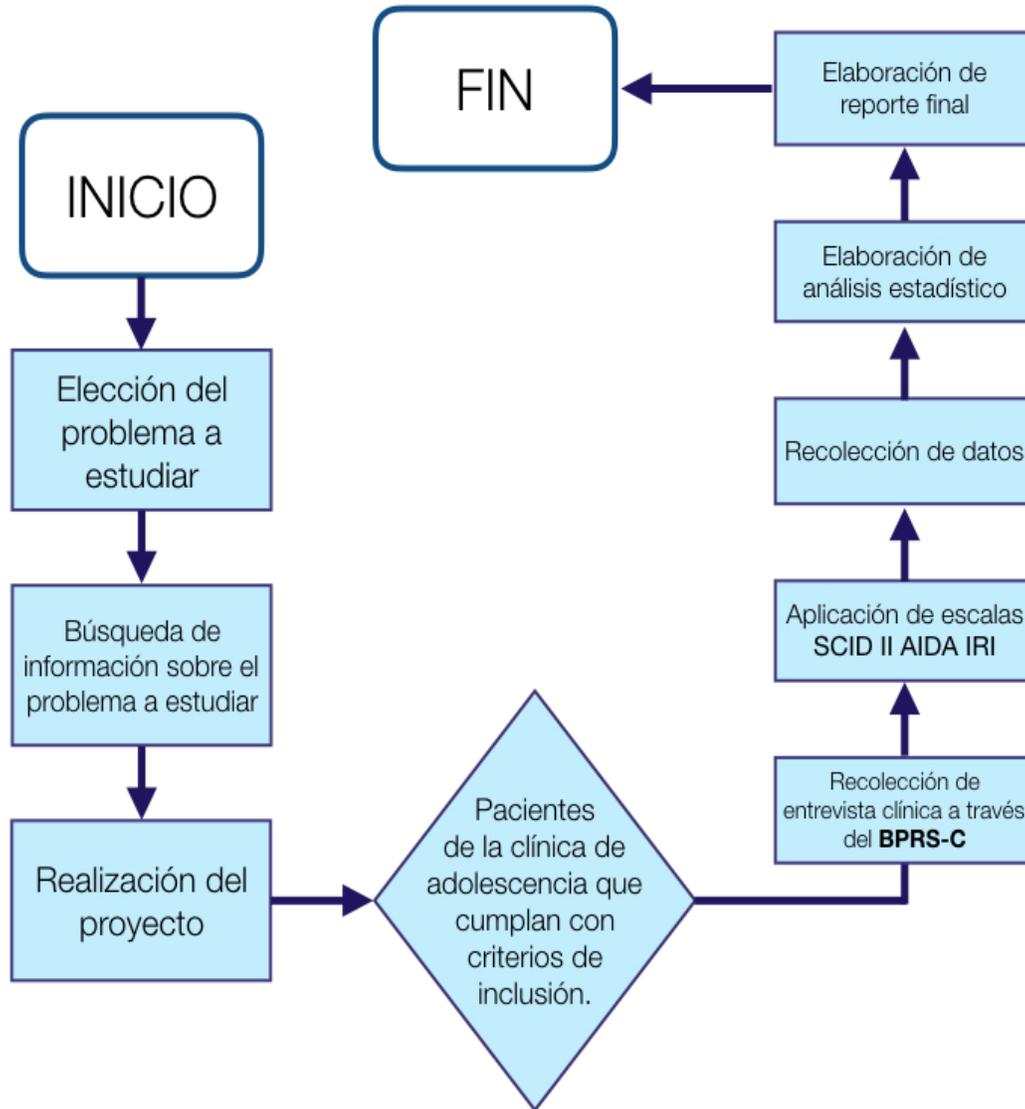
1. Claes, L., Luyckx, K., Vogel, B., Verschueren, M., & Müller, A. (2018). Identity processes and clusters in individuals with and without pathological buying. *Psychiatry Research*, 267, 467–472.
2. Erickson EH (1959) The theory of infantile sexuality. In *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton;42–92.
3. Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827.
4. Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.
5. Kassin, M., De Castro, F., Arango, I., & Goth, K. (2013). Psychometric properties of a culture-adapted Spanish version of AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) in Mexico. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 25.
6. Jeung, H., & Herpertz, S. C. (2014). Impairments of Interpersonal Functioning: Empathy and Intimacy in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 47(4), 220-234.
7. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
8. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
9. Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J. (2008). Screening for Borderline Personality Disorder in Outpatient Youth. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 353-364.

10. Hecht, K. F., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Crick, N. R. (2014). Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 26(3), 805-815.
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 (5.a ed.)*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing.
12. Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
13. Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive Functioning and Psychiatric Symptoms in Adolescents With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(02), 297-306.
14. Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 85-114.
15. Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *PEDIATRICS*, 134(4), 782-793.
16. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 177-184.
17. American Psychiatric Association. (1985). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (3rd ed.)*. Barcelona, España: The American Psychiatric Association.

18. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index, *Psicothema*, vol. 16, núm. 2, 2004, pp. 255-260. Universidad de Oviedo, Oviedo, España.
19. Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 172(9), 840-851.
20. Dinsdale, N., & Crespi, B. J. (2013). The Borderline Empathy Paradox: Evidence and Conceptual Models for Empathic Enhancements in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 172-195. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.172>
21. Sharp, C., Venta, A., Vanwoerden, S., Schramm, A., Ha, C., Newlin, E., ... Fonagy, P. (2016). First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 4-11.
22. AFMC Primer on Population Health, 2015. The Association of Faculties of Medicine of Canada. Public Health Educators Network resource.
23. ALTAMIRANO, N., & CALZADA, R. (1997). Escala breve de valoración psiquiátrica para niños (BPRS-C). *Acta Pediátrica de México*, 18(5).
24. Rodríguez-Delgado, A., Fresán, A., Miranda, E., Garza-Villarreal, E., Alcalá-Lozano, R., Duque-Alarcón, X., ... Arango de Montis, I. (2019). Comorbid personality disorders and their impact on severe dissociative experiences in Mexican patients with borderline personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(8), 509-514.
25. Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O., & Schmeck, K. (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 27.

26. N. Ercegović, Lj. Paradžik, V. Boričević Maršanić, D. Marčinko: Nonsuicidal (2018) Self-Injury and Identity Development in Adolescents. *Soc. psihijat.* Vol. 46 No. 4, p. 457-470.
27. Kaess, Michael, von Ceumern-Lindenstjerna, I.-A., Parzer, P., Chanen, A., Mundt, C., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Axis I and II Comorbidity and Psychosocial Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 46(1), 55-62.
28. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2005). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self* (1.a ed.). New York, EU: Other Press.
29. Flasbeck, V., Enzi, B., & Brüne, M. (2017). Altered Empathy for Psychological and Physical Pain in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 689-708.
30. Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Foelsch, P., & Goth, K. (2013). Evaluación del Desarrollo de la Identidad en la adolescencia (AIDA). *Psicopatología y salud mental*, 21, 19-30.
31. Bernstein, D., Cohen, P., Velez, N., Schwab-Stone, M., Siever, L., & Shinsato, L. Prevalence and Stability of the DSM-III-R Personality Disorders in a Community-Based Survey of Adolescents (1993). *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1237–1243.
32. Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Furtado, V. (2019). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1–10. doi:10.1192/bjp.2019.166

XIII. FLUJOGRAMA



XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Agosto 19 Diciembre 19	Diciembre 2019 Marzo 2020	2020	2021
Definir tema de estudio y realización de anteproyecto	X			
Entrega de anteproyecto	X			
Dictamen por el comité de tesis y por el comité de ética		X		
Recolección de la muestra			X	
Concentración de datos			X	
Análisis de datos				X
Elaboración de trabajo final y entrega de tesis				X

XV. ANEXO

Tabla 2.1. Se presenta la Correlación de Spearman de las variables implicadas en el estudio

Correlations										
Spearman's rho	Sexo	Edad	EscolaridadOrd	SCDITP	AIDAnotal	IRI_PERSPECTIVA	IRI_FANTASIA	IRI_PREOCUPACION	IRI_MALESTAR	SCDITP(Puntaje)
	Sexo									
	Edad									
	EscolaridadOrd									
	SCDITP									
	AIDAnotal									
	IRI_PERSPECTIVA									
	IRI_FANTASIA									
	IRI_PREOCUPACION									
	IRI_MALESTAR									
	SCDITP(Puntaje)									
	Sexo	Edad	EscolaridadOrd	SCDITP	AIDAnotal	IRI_PERSPECTIVA	IRI_FANTASIA	IRI_PREOCUPACION	IRI_MALESTAR	SCDITP(Puntaje)
Correlation Coefficient	1.000	-.089	.076	.233	.242	-.211	.235	-.096	.292	.297
Sig. (2-tailed)	.	.571	.626	.133	.118	.174	.128	.542	.057	.053
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
Edad	Correlation Coefficient	1.000	.619**	.079	.024	.163	.273	.215	.024	.177
Sig. (2-tailed)	.571	.	.000	.958	.879	.311	.077	.166	.877	.256
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
EscolaridadOrd	Correlation Coefficient	.619**	1.000	.008	-.365*	.158	.213	.180	-.018	-.036
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.958	.016	.311	.170	.247	.907	.821
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
SCDITP	Correlation Coefficient	.079	.008	1.000	.347*	-.207	.026	.028	.198	.509**
Sig. (2-tailed)	.233	.079	.008	1.000	.023	.184	.867	.858	.203	.000
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
AIDAnotal	Correlation Coefficient	.024	-.365*	.347*	1.000	-.212	.134	-.069	.453**	.756**
Sig. (2-tailed)	.242	.879	.016	.023	1.000	.43	.390	.662	.002	.000
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
IRI_PERSPECTIVA	Correlation Coefficient	.163	.158	-.207	-.212	1.000	.187	.291	-.116	-.171
Sig. (2-tailed)	.174	.295	.311	.184	.172	.172	.230	.006	.457	.272
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
IRI_FANTASIA	Correlation Coefficient	.235	.273	.213	.134	.187	1.000	.413**	.472**	.112
Sig. (2-tailed)	.128	.077	.170	.867	.390	.43	.43	.006	.001	.474
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
IRI_PREOCUPACION	Correlation Coefficient	-.096	.215	.180	-.069	.291	.413**	1.000	.190	.047
Sig. (2-tailed)	.542	.166	.247	.858	.662	.006	.006	.	.223	.765
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
IRI_MALESTAR	Correlation Coefficient	.292	.024	-.018	.453**	-.116	.472**	.190	1.000	.345*
Sig. (2-tailed)	.057	.877	.907	.203	.002	.457	.001	.223	.	.024
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
SCDITP(Puntaje)	Correlation Coefficient	.297	.177	-.036	.509**	-.171	.112	.047	.345*	1.000
Sig. (2-tailed)	.053	.256	.821	.000	.000	.272	.474	.765	.024	.
N	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablas 2.2 a 2.6. Resultados de los análisis del software Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 23 en donde la variable dependiente es el puntaje del SCID II-Puntaje y la variable independiente es el Cuestionario para la evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia (AIDA).

Variables entradas/eliminadas^a

Modelo	Variables entradas	Variables eliminadas	Método
1	AIDAtotal ^b	.	Entrar

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

b. Todas las variables solicitadas introducidas.

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.771 ^a	.594	.584	2.37149	2.013

a. Predictores: (Constante), AIDAtotal

b. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	337.883	1	337.883	60.079	.000 ^b
	Residuo	230.582	41	5.624		
	Total	568.465	42			

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

b. Predictores: (Constante), AIDAtotal

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	-6.701	2.004		-3.343	.002
AIDAtotal	.260	.033	.771	7.751	.000

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

Estadísticas de residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	N
Valor pronosticado	3.4210	13.8022	8.5814	2.83634	43
Residuo	-6.72592	4.94560	.00000	2.34309	43
Valor pronosticado estándar	-1.819	1.841	.000	1.000	43
Residuo estándar	-2.836	2.085	.000	.988	43

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

Tablas 2.7 a 2.11. Resultados de los análisis del software Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 23 en donde la variable dependiente es el puntaje del SCID II-Puntaje y las variables independientes son el Cuestionario para la evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia (AIDA) y el puntaje del Malestar Interpersonal del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI-malestar).

Variables entradas/eliminadas^a

Modelo	Variables entradas	Variables eliminadas	Método
1	IRI_MALEST AR, AIDAtotal ^b	.	Entrar

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

b. Todas las variables solicitadas introducidas.

Resumen del modelo^b

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	.772 ^a	.596	.576	2.39554	2.049

a. Predictores: (Constante), IRI_MALESTAR, AIDAtotal

b. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	338.921	2	169.461	29.530	.000 ^b
	Residuo	229.544	40	5.739		
	Total	568.465	42			

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

b. Predictores: (Constante), IRI_MALESTAR, AIDAtotal

Coefficientes^a

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	-6.704	2.025		-3.311	.002
AIDAtotal	.253	.037	.751	6.762	.000
IRI_MALES	.032	.075	.047	.425	.673
TAR					

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

Estadísticas de residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	N
Valor pronosticado	3.3778	13.6482	8.5814	2.84070	43
Residuo	-6.65805	4.69981	.00000	2.33780	43
Valor pronosticado estándar	-1.832	1.784	.000	1.000	43
Residuo estándar	-2.779	1.962	.000	.976	43

a. Variable dependiente: SCIDTLPpuntaje

FIGURAS

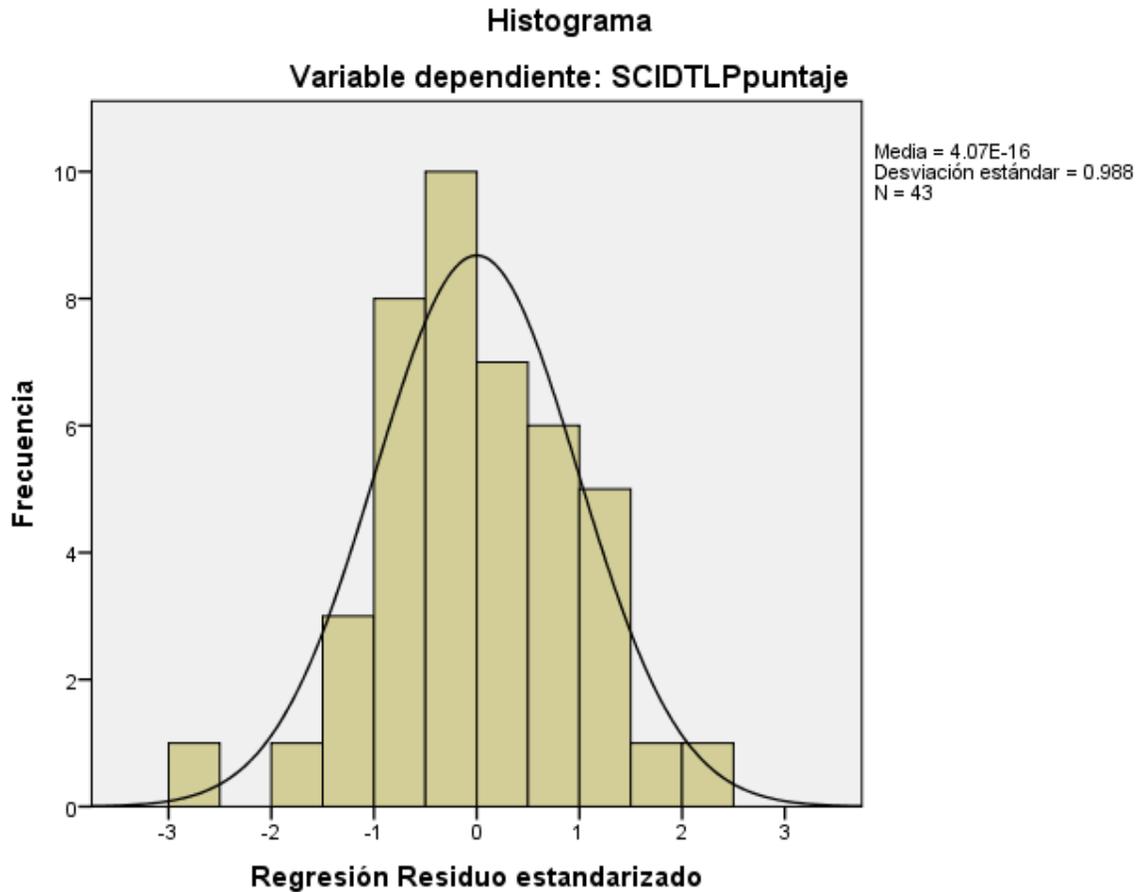


Fig. 4. Se presenta el histograma de la regresión del residuo tipificado de la variable dependiente, puntaje del SCID II del rubro Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con respecto a su frecuencia, y en el lado superior derecho, la media, la desviación estándar y el número de sujetos, en este caso, $n = 43$. La normalidad de los residuos de los datos es evidente.

Gráfico P-P normal de regresión Residuo estandarizado

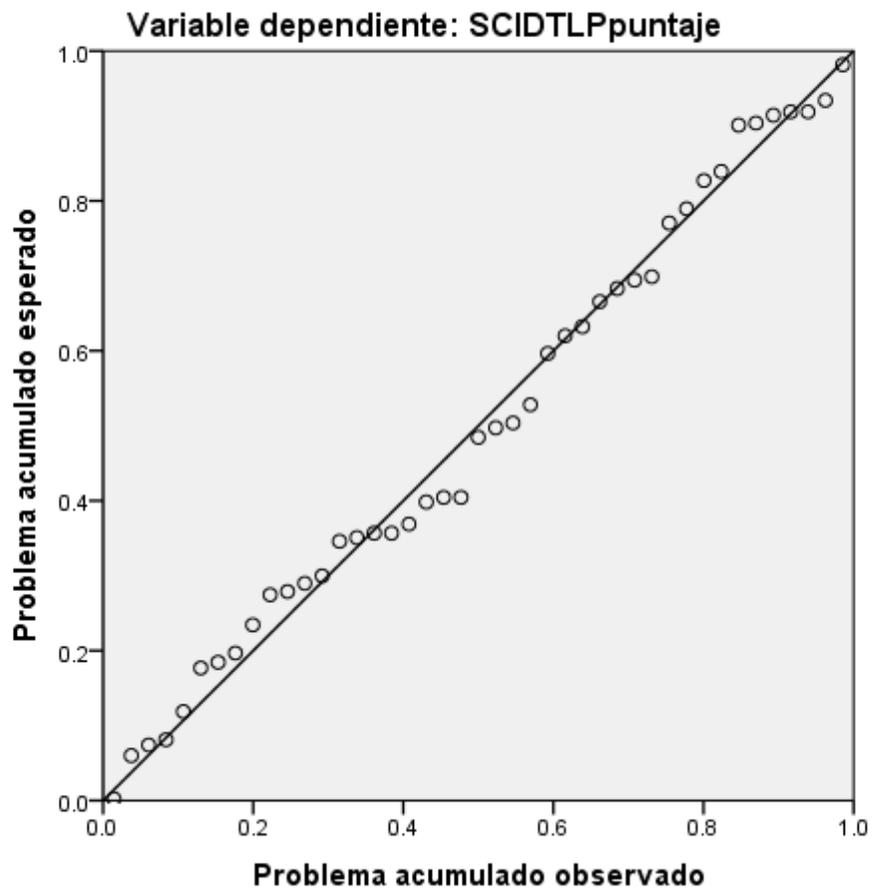


Fig. 5. Se muestra el gráfico P-P normal de regresión del residuo tipificado, siendo la variable dependiente el puntaje del SCID II del rubro Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con respecto a la probabilidad acumulada esperada. Los datos se concentran alrededor de la recta, por lo que se acepta su normalidad.

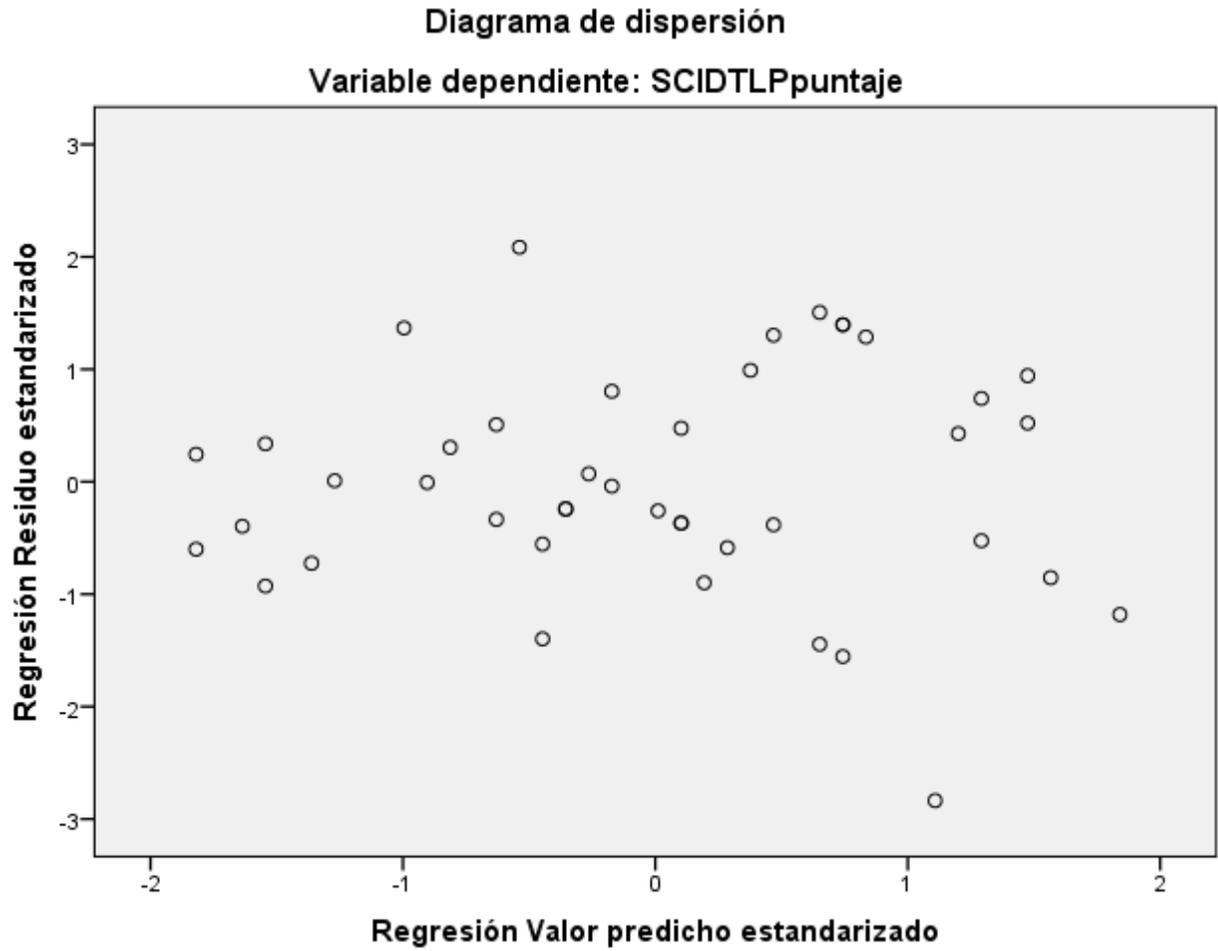


Fig. 6. Se observa una buena distribución de los datos en el gráfico de dispersión de los valores de la regresión pronosticada tipificada, por lo que se acepta la homocedasticidad de los datos, uno de los supuestos que justifican una regresión lineal.