

Universidad Cardenal Herrera-CEU

Departamento de Fisiología, Farmacología y Toxicología



**Análisis de la Relación entre
Trastorno Límite de la Personalidad,
según DSM-IV-TR, y
Organización Límite de la Personalidad,
según Otto Kernberg**

TESIS DOCTORAL

Presentada por: Remei Llinares Giner

Dirigida por: Manuel Gómez Beneyto y
Juan Francisco Pérez Prieto

**VALENCIA
2011**

Manuel Gómez Beneyto, Catedrático de Psiquiatría
de la Universitat de València, y

Juan Francisco Pérez Prieto, Doctor en Medicina
por la Universitat de València,

CERTIFICAN: que la Tesis Doctoral "Análisis de la relación entre Trastorno Límite de la Personalidad según DSM-IV-TR y Organización Límite de la Personalidad según Otto Kernberg", de *Remei Llinares Giner*, ha sido realizada bajo nuestra dirección.



Fdo: M. Gómez Beneyto



Fdo: J.F. Pérez Prieto

Valencia, a 14 de Abril de 2011

AGRAÏMENTS:

Al quartet impulsor: Emilio Serrano, Joan Aragonés (pare i fill) i Carme Ripoll. Seguint els vostres consells, vaig deixar enrere una etapa crítica i em vaig embarcar en aquest projecte.

A la *Universitat Cardenal Herrera*, en particular a *Francisco Bosch i M. Victoria Vallés*. La vostra amable ajuda ha alleugerit els tràmits administratius per iniciar i finalitzar el trajecte.

A *Isabel Álvarez*. La teua dedicació em va permetre aprofundir en la fonamentació i utilitat de la SCID-II.

A *Proyecto Hombre de Alicante*, pacients i professionals. La vostra col·laboració va ser crucial per a resoldre l'obstacle que impedia posar en marxa la navegació.

A *Vicente Company*, in memoriam. Com quan érem estudiants, vas obrir les portes quan vaig acudir a tu.

Als *pacients, familiars i professionals de l'Hospital de La Vila Joiosa i de la Consulta de Dénia*. Amb la vostra participació es va reactivar el procés en un moment d'obturació.

A *M. Cruz Pellín*. La teua ajuda i confiança han fet més fàcil el meu treball.

A la meua *família i amics*. La vostra companyia i afecte han estat essencials al llarg de la travessia.

Als meus directors de tesis, *Manuel Gómez Beneyto i Juan Francisco Pérez Prieto*. El vostre ensenyament, el vostre suport en moments difícils i el vostre inestimable esforç han aconseguit que la barca arribe a port.

MOLTES GRÀCIES A TOTS

ALS MEUS PARES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. Importancia clínica y social del Trastorno Límite de la Personalidad	8
1.A. Incidencia, prevalencia y curso	8
1.B. Comorbilidad y riesgos clínicos	10
1.C. Respuesta al tratamiento y pronóstico	12
1.D. Complicaciones sociales y costes	14
2. Orígenes y desarrollo histórico del constructo Trastorno Límite de la Personalidad	16
2.A. Términos precursores	17
2.B. El predominio del Psicoanálisis en los inicios	18
2.C. La oficialidad del constructo: controversias y avances	27
3. Enfoques conceptuales del Trastorno Límite de la Personalidad y de la Organización Límite de la Personalidad	33
3.A. El enfoque descriptivo del DSM	33
3.B. El enfoque psicoestructural de Otto F. Kernberg	40
4. Instrumentos de diagnóstico	49
5. Resumen del capítulo	50
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	53

MUESTRA	57
1. Población de estudio	59
2. Criterios de selección de la muestra	60
3. Captación de la muestra	60
4. Tamaño de la muestra	61
5. Aspectos éticos relacionados con la muestra	62
MÉTODO	63
1. Diseño	65
2. Metodología de la búsqueda bibliográfica	65
3. Identificación y selección de los instrumentos	67
4. Análisis estadístico	67
RESULTADOS	69
1. Selección y valoración de los instrumentos	71
1.A. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II (SCID-II)	74
1.B. The Inventory of Personality Organization (IPO)	78
1.C. The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	81
1.D. The Aggression Questionnaire (AQ)	84
1.E. Valoración de los instrumentos seleccionados	87
2. Elaboración de la muestra	88
3. Descripción de la muestra estudiada	93
4. Evaluación de la Organización de Personalidad Límite en los grupos	96
4.A. Resultados de la aplicación del Cuestionario de Organización de la Personalidad IPO	96
4.B. Resultados de la aplicación del Cuestionario de Afecto Positivo y Afecto Negativo PANAS	100

4.C. Resultados de la aplicación del Cuestionario de Agresividad AQ	102
4.D. Resultados de la aplicación de los cuestionarios controlando el efecto de los distintos componentes de la muestra	104
4.E. Análisis Multivariante	112
5. Resumen del capítulo	117
DISCUSIÓN	121
1. Discusión en torno al diseño	123
2. Discusión en torno a los instrumentos	125
3. Discusión en torno a la selección y a la composición de los grupos de la muestra	135
4. Discusión en torno a la hipótesis	140
5. Resumen del capítulo	154
CONCLUSIONES	157
BIBLIOGRAFÍA	161
ANEXOS	179
1. Hoja de información al paciente	181
2. Consentimiento informado del paciente	183
3. Descripción de las variables sociodemográficas	185
4. Tablas y figuras	187
5. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID-II)	201
6. Cuestionario de Organización de la Personalidad (IPO)	231
7. Cuestionario de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS)	233
8. Cuestionario de Agresión (AQ)	235

INTRODUCCIÓN

Esta tesis analiza la relación entre el diagnóstico de Trastorno de Personalidad (en adelante, TP) Límite según los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), y la Organización de Personalidad (en adelante, OP) Límite según el modelo de Otto F. Kernberg (1967, 1984).

Actualmente, los modelos representados por la clínica fenomenológica y la psicodinámica continúan vigentes para los diagnósticos de TP límite y OP límite. En base a ello, esta investigación hipotetiza que los sujetos con TP límite presentan una estructura de personalidad compatible con la OP límite; sin embargo, también podría ser que ambos diagnósticos se solapasen parcialmente, o que fueran incompatibles entre sí. Confirmar la hipótesis podría tener consecuencias en el proceso diagnóstico de este trastorno.

Por ello, se planteó un estudio en el que, sobre una muestra de pacientes con alto riesgo de presentar TP límite, se evaluaran y clasificaran los casos según los dos modelos para determinar el grado de compatibilidad entre ambos. Si ésta resultara satisfactoria, podrían abrirse líneas de investigación para desarrollar instrumentos diagnósticos que contemplen ambos enfoques, lo que aportaría una mayor precisión al diagnóstico del trastorno.

La razón para estudiar el TP límite la sustentan:

- Su importancia clínica y social.
- Las diferentes conceptualizaciones y la compleja imbricación de factores biopsicosociales en la etiología, que confunden y dificultan su precisión.
- Su diagnóstico que requiere instrumentos adecuados para explorar la psicopatología y los procesos psicodinámicos subyacentes.
- El creciente interés en la investigación, en el desarrollo de instrumentos diagnósticos y en el tratamiento que propugnan su reconceptualización (New, Triebwasser & Charney, 2008; Oldham, 2010; Tackett, Balsis, Oltmanns & Krueger, 2009).

1. IMPORTANCIA CLÍNICA Y SOCIAL DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

La importancia del TP límite la determinan su presentación clínica, sus riesgos socioeconómicos y la insuficiente comprensión del concepto (Kernberg & Michels, 2009; Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Lewekw, 2011; Raven, 2009). La variedad de síntomas del trastorno se superponen con otras condiciones clínicas, de ahí que se le nombrara *trastorno de personalidad no “especializado”*, siendo su peculiar *estable inestabilidad* uno de los más serios problemas que confronta a los clínicos (Miller, 2006).

1.A. Incidencia, prevalencia y curso

Diversos estudios constatan la presentación del TP límite en todas las culturas; sin embargo, resulta prácticamente inviable evaluar su incidencia dado el inicio temprano e insidioso y la evolución crónica del trastorno (Pérez Urdániz, 2004; Seva Díaz, 2003), infiriéndose ésa a partir de la prevalencia.

Algunos autores observan una incidencia máxima entre los 19 y 34 años (Rubio Larrosa, Molina Ramos y Pérez Urdániz, 2003), otros a los 14, coincidiendo con la adolescencia, con la que podría confundirse, elevándose nuevamente después de ella (Chabrol, Montovany, Chouicha, Callahan & Mullet, 2001). Actualmente se especula su incremento debido a la permisividad de los padres en la crianza de los hijos y a la desintegración sociocultural (Escribano Nieto, 2006).

Los estudios de prevalencia, más accesibles, están dificultados por las diferentes conceptualizaciones del TP límite, la abundancia de instrumentos, métodos y poblaciones usados para valorarla (Skodol & Oldham, 1991; Widiger & Weissman, 1991; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005), y por requerir

amplias muestras de población general, excesivo tiempo y elevados costes (Weissmann, 1993).

En población general, la mayoría de estudios estiman prevalencias entre 1-2% (Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006; DSM-IV-TR, 2000; Lenzenweger, 2008; Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007; Sadock & Sadock, 2004; Samuels et al., 2002; Swartz, Blazer, Goerge & Winfield, 1990; Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001; Widiger & Weissman, 1991). Kernberg & Michels (2009), reseñan una prevalencia del 4%.

En entornos psiquiátricos, el TP límite es uno de los TP más frecuente. El DSM-IV-TR indica que afecta al 10% de los pacientes ambulatorios, al 20% de los ingresados y al 30-60% de los diagnosticados de TP, tasas que confirman diversos autores (Gross et al., 2002; Kernberg & Michels, 2009; Widiger & Weissman, 1991; Zimmerman et al., 2005). Según Pérez Urdániz (2004), supone el 20-42% de todas las admisiones hospitalarias.

La prevalencia estimada en población penitenciaria oscila entre el 41% (Riesco et al., 1998) y el 72% (Rubio Larrosa et al., 2003).

Para Widiger & Weissman (1991), la elevada prevalencia del TP límite se justifica por representar un nivel de disfunción o desorganización de la personalidad, lo que resulta consistente con el modelo de OP límite de Kernberg.

En cuanto al curso, el trastorno se inicia en la adolescencia o al principio de la edad adulta, sigue una evolución crónica (DSM-IV-TR), y con la edad pierde su actividad sintomática produciéndose más intervalos asintomáticos y crisis menos intensas (Zanarini et al., 2007). Alrededor de los 35 años, y después de 6-15 de tratamiento, hasta el 50-75% ya no serían diagnosticados como TP límite (Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer & Tyrer, 2010; Paris, Brown & Nowlis, 1987; Rubio Larrosa et al., 2003; Swartz et al., 1990), siendo escasas las recurrencias (6%), bastante estables las remisiones (Zanarini et al., 2005, 2006, 2010), y fundamental el papel que juegan los mecanismos defensivos en la evolución del trastorno (Zanarini, Weingeroff & Frankenburg, 2009).

1.B. Comorbilidad y riesgos clínicos

La concurrencia del TP límite con otros trastornos (en adelante, T), condiciona la evolución, el pronóstico y el tratamiento de esos cuadros (Franco Fernández, Sanmartín Roche y Giner Ubago, 2004; Zimmerman et al., 2005).

Según el DSM-IV-TR, los trastornos del Eje I que más frecuentemente coinciden con el TP límite son: T del estado de ánimo, T relacionados con sustancias (en adelante, T adictivos), T de la conducta alimentaria, T por estrés postraumático y T por déficit de atención con hiperactividad. Diversos autores han estimado esa comorbilidad en población psiquiátrica:

- Gross et al. (2002): T bipolar 21.4%, T depresivo mayor 35.7% y T de ansiedad 57.1%.
- Rubio Larrosa et al. (2003): el 60% de los T adictivos en pacientes límites corresponde a sustancias ilegales, el 35% a alcohol y el 85% a psicofármacos, sobre todo benzodiazepinas no prescritas por facultativos. El alivio sintomático producido por el abuso de sustancias (Vaillant, 1992) justifica esas tasas.
- Skodol et al. (2005a): mayor probabilidad de coincidir con T adictivos en hombres y T de la conducta alimentaria en mujeres. Para los autores, el TP límite es un predictor de lenta remisión del T depresivo mayor.
- Zanarini et al. (1998a): 88.4% T de ansiedad (de ellos, el 55% T por estrés postraumático), 96.3% T del estado de ánimo, 64.1% T adictivos (81.9% en hombres y 59.1% en mujeres), 1.3% T psicóticos, 10.3% T somatomorfos y 53% T de la conducta alimentaria (62.2% en mujeres y 20.5% en hombres).
- Zimmerman & Mattia (1999a): 61% T depresivo mayor, 37.3% T bipolar, 28.8% T de pánico con agorafobia, 42.4% fobia social, 20.3% fobia específica, 35.6% T por estrés postraumático, 20.3% T obsesivo-compulsivo, 16.9% T de la conducta alimentaria no especificado, 20.3% T somatomorfo no especificado, 55.9% abuso/dependencia de alcohol y 44.1% de drogas. Los pacientes con TP límite presentaron el doble de probabilidades de que coincidieran tres o más diagnósticos y, casi el cuádruple de cuatro o más diagnósticos.

- Zimmerman et al. (2005): depresión mayor 12.2%, T de angustia 16.9%, fobia social 18.4%, T por estrés postraumático 26.1% y T por consumo de alcohol 17.6%.

En población general, Swartz et al. (1990) señalaron que el TP límite se asocia con T de ansiedad (56.4%), fobia simple (41.1%), depresión mayor (40.7%), agorafobia (36.9%), fobia social (34.6%), T por estrés postraumático (34.4%), abuso y dependencia de alcohol (21,9%), T bipolar (14.1%), T de pánico (13.1%) y T relacionados con el espectro de la esquizofrenia (6.1%).

Los estudios de comorbilidad del TP límite con otros trastornos del Eje II reseñan cifras muy elevadas, lo que puede obedecer a la inespecificidad de los instrumentos diagnósticos empleados para valorarla y al tipo de muestras estudiadas, generalmente pacientes ingresados y, por lo tanto, más graves (Rubio Larrosa et al., 2003; Molina Ramos, Rubio Larrosa, Pérez Urdániz y Carrasco Perera, 2004). Diversos autores han informado sobre esa comorbilidad en población psiquiátrica:

- Conklin & Westen (2005): asociación con todos los TP, sobre todo evitativo (53.3%), paranoide (36.7%) y antisocial (27.8%).

- Skodol et al. (2005a): mayor frecuencia de asociación con los TP antisocial y dependiente.

- Zanarini et al. (1998b): TP paranoide 50.3%, evitativo 43%, dependiente 50.7%, autodestructivo 29.8% (más frecuente en mujeres, 29.4%) y antisocial 22.7%. La concurrencia de varios TP en pacientes ingresados resultó tres veces mayor para el TP límite.

- Zimmerman et al. (2005): el TP límite se asoció significativamente con todos los TP específicos, excepto el esquizoide, el histriónico y el obsesivo-compulsivo, siendo los más frecuentes el paranoide (12.3%), el esquizotípico (15.2%) y el antisocial (9.5%).

En población general, Swartz et al. (1990) indicaron que la comorbilidad del TP límite con el antisocial es del 2.7%.

Los pacientes con TP límite presentan un riesgo *crónico* de suicidio, intensificado periódicamente por desencadenantes que provocan un riesgo *agudo* (Oldham, 2006a). El riesgo es más elevado cuando el trastorno coexiste con T del estado de ánimo o con T adictivos (Apter, 2010; DSM-IV-TR), siendo en esos casos predictor de intento de suicidio (Skodol et al., 2005a). Las conductas suicidas del paciente límite representan la máxima expresión de su agresividad e impulsividad (Apter, 2010; Paris, 2005), y se corresponden, según Mehlum, Friis, Vaglum & Karterud (1994), con la *personalidad suicida*.

Las tasas de suicidio en pacientes con TP límite difieren según autores, desde el 3-10% (Cheng, Mann & Chan, 1997; Links, Heslegrave & Van Reekum, 1999; Mhelum et al., 1994; Paris et al., 1987; Rubio Larrosa et al., 2003; Yoshida et al., 2006; Zanarini et al., 2005), hasta el 33% (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994). Las correspondientes a tentativas de suicidio son más elevadas, entre el 72.6% (Soloff et al., 1994) y el 85% (Rubio Larrosa et al., 2003), de los que más de la mitad hicieron tres o más intentos.

Otro riesgo clínico frecuente son las autolesiones (Casillas & Clark, 2002; Rubio Larrosa et al., 2003), conducta que reduce la tensión interna del sujeto (Niedtfeld et al., 2010; Rosenthal, Cukrowicz, Cheavens & Lynch, 2006) y que, como los intentos de suicidio, puede ocasionar minusvalías físicas y psíquicas.

1.C. *Respuesta al tratamiento y pronóstico*

El tratamiento del TP límite, inicialmente basado en el Psicoanálisis, en la década de los 70 dio paso a la psicofarmacología. Su manejo clínico debe abarcar dos aspectos: reducir los síntomas más graves (impulsividad y conducta suicida) y las conductas desadaptativas (Maffei & Fossati, 1999).

Los pobres resultados y los riesgos asociados al marco psicoanalítico tradicional, condujeron a modificar la terapia y a desarrollar estrategias basadas en una posición más activa del terapeuta, en las relaciones aquí y ahora y en el manejo de la contratransferencia, principal obstáculo al avance de

la terapia (Vaillant, 1992). En la extensa literatura sobre psicoterapia del TP límite (Bradley & Westen, 2005; Gómez Beneyto, Ibáñez Guerra y Asencio Arana, 2004a; González Torres y Fernández Rivas, 2005) destacan la psicoterapia focalizada en la transferencia (Kernberg, 1984), la terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1987) y el tratamiento basado en la mentalización (Bateman & Fonagy, 1999, 2008). Estas técnicas han demostrado producir cambios en algunas áreas conductuales del paciente límite (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; Goldman & Gregory, 2010), sin embargo, muchas veces no conducen a la remisión sintomática (Cuevas et al., 2000; Leichsenring et al., 2011; Stone, 2010).

Conjuntamente con la psicoterapia se han introducido tratamientos biológicos, fundamentalmente ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del humor y antipsicóticos atípicos (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Pascual et al., 2010), pero sólo una tercera parte de los pacientes mantiene respuestas satisfactorias a lo largo del tiempo. En general, la medicación se considera como un instrumento auxiliar en la psicoterapia (APA, 2001; Gabbard, 2006; Kernberg & Michels, 2009; Molina et al., 2009; Penteadó & Portela, 2006; Stein, 2009).

Los pacientes con TP límite suelen presentar resistencias y abandonos de tratamiento, y grandes dificultades en su relación con los profesionales que les atienden (Phillips & Gunderson, 1996; Skodol et al., 2005a; Vaillant, 1992).

En un estudio, Rubio Larrosa et al. (2003) constatan que el 72% de los pacientes fue atendido por más de ocho profesionales, el 8% no cambió de terapeuta, el 55% estuvo ingresado, el 70% reconoció tomar incorrectamente el tratamiento, y el 24% recibió otros diagnósticos antes de diagnosticarse el TP límite.

Algunos autores (Gross et al., 2002) han observado que casi la mitad de los pacientes con TP límite (42.9%) no reciben tratamiento. Por otro lado, la sintomatología alternante del trastorno suele hacerlos inoperantes (Valdés, 2002), siendo frecuente su multiplicidad (Skodol et al., 2005a) y la automedicación (Vaillant, 1992; Zanarini et al., 2005).

Estas peculiaridades afectan negativamente la respuesta al tratamiento, y ensombrecen la evolución y el pronóstico del TP límite y de otras patologías que concurren comórbidamente. Sin embargo, hace varias décadas, algunos autores ya indicaron que el pronóstico de esos pacientes puede ser favorable, sobre todo si no se asocia con T adictivos o TP antisocial (Stone, 1977). Estudios de seguimiento posteriores han confirmado ese postulado (Skodol et al., 2005a; Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003; Zanarini et al., 2005) y, al revelarse la efectividad de muchos tratamientos (Lamont & Brunero, 2009; Oldham, 2009a), el pronóstico del trastorno se alejó del pesimismo inicial.

Otros autores señalan que la historia de abuso infantil confiere un peor pronóstico (Gunderson et al., 2006b; Lartigue Becerra, 2001), y que la emergencia de síntomas tempranos predice la disfunción adulta (Winograd, Cohen & Chen, 2008).

1.D. *Complicaciones sociales y costes*

Por su cronicidad, el TP límite conduce a un deterioro en el funcionamiento psicosocial y a un estilo de vida pobre en salud y costoso para la sociedad (Frankenburg & Zanarini, 2004; Phillips & Gunderson, 1996).

Por sus características clínicas, las personas con TP límite presentan mayor riesgo de frecuentar ambientes marginales, practicar la prostitución, cometer delitos y sufrir accidentes (Miller, 2006; Valdés, 2002), contribuyendo con ello a crear situaciones de violencia social que tienen consecuencias en ellos mismos y en otras personas. También es frecuente la conflictividad familiar, escolar y laboral, causando numerosas separaciones, divorcios, procesos de custodia de los hijos, abandonos de estudios y pérdidas repetidas de trabajo (DSM-IV-TR; Phillips & Gunderson, 1996; Skodol et al., 2005a).

En ocasiones, las dificultades del paciente límite se acentúan por la falta de soporte familiar; en ésta, frecuentemente se observan altos niveles de psicopatología y disfunción interpersonal (González, Domínguez, Pérez y

Lartigue, 2004; Links, Steiner & Huxlay, 1988; Loranger, Oldham & Tulis, 1982; Sansone & Sansone, 2009).

A nivel asistencial, las personas con TP límite generan una elevada demanda en servicios médicos y numerosas estancias en centros hospitalarios y socio-sanitarios. Suelen cambiar citas programadas, solicitar asistencia en situaciones urgentes y negarse a acudir a Unidades de Salud Mental. Como resultado de ello se producen múltiples diagnósticos, densas historias clínicas y continuas y diversas prescripciones (Miller, 1957). Además, los rasgos del TP límite influyen en la presentación del paciente y pueden dificultar el diagnóstico y el tratamiento (Miller, 1957; O'Donohue & Cucciare, 2007).

Sansone et al. (1996, 1998, 2008) compararon a mujeres con TP límite con otras sin ese trastorno, y observaron en las primeras el doble de quejas y síntomas somáticos, lo que incrementaba el uso de los servicios generales de salud. Los autores interpretaron que, colocándose la paciente en posición victimista, los síntomas facilitarían su capacidad de atraer la atención de los profesionales de la salud. Houck (1972) las llamó mujeres *intratables*.

Por el contrario, Swartz et al. (1990) no percibieron diferencias entre pacientes con TP límite y población general en el uso de servicios médicos generales, pero sí en los de salud mental, siendo más frecuentemente utilizados por pacientes límite. Con la finalidad de reducir ese uso, algunos autores (Koekkoek, van der Snoek, Oosterwijk & van Meijel, 2010) han propuesto el ingreso psiquiátrico preventivo.

Para concluir, cabe señalar que las particularidades de los pacientes con TP límite anteriormente expuestas generan, por un lado, un elevado coste económico y social y, por otro, un creciente interés en su estudio y legitimación, ejemplificado el 1 abril de 2008 por el Congreso de EEUU, al establecer en mayo el mes de concienciación del TP límite (Gunderson, 2009; Oldham, 2009b).

Esa iniciativa, según Kernberg & Michels (2009), ha supuesto un importante impulso para el TP límite que *“durante mucho tiempo había sido*

para la Psiquiatría, lo que la Psiquiatría fue para la Medicina: un tema relevante de salud pública poco reconocido, tratado y financiado, y estigmatizado por la disciplina más amplia” (p. 508).

A continuación se reseñan los avatares del TP límite, desde sus orígenes hasta la posición que actualmente ocupa en la nosología psiquiátrica.

2. ORÍGENES Y DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONSTRUCTO TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El TP límite cuenta con amplios precursores históricos y teóricos. Es el TP más estudiado, sin embargo, su definición resulta difícil y controvertida por las distintas concepciones según autores y escuelas (De la Fuente y Bobes, 2009; Gómez de Cortés, 2000). A pesar de su demostrada estabilidad (Nestadt et al., 2010), su variable sintomatología (Sansone & Sansone, 2008) ha contribuido a mantener su inespecificidad y ambigüedad, condicionando que fuera un cajón de sastre para pacientes no clasificables en otros diagnósticos (González Vives, Díaz Marsá, Fuentenebro, López Ibor y Carrasco, 2006).

Su estudio, abordado desde diversas vertientes (Bradley & Westen, 2005), ha logrado que deje de ser una entidad a veces ridiculizada y con un pronóstico desahuciado, para constituir una categoría clínica reconocida, metódicamente definida y con un pronóstico esperanzador (Kernberg & Michels, 2009).

Dada la vasta literatura sobre el constructo, en lo que sigue sólo se mencionarán las aportaciones más relevantes en su conceptualización.

2.A. Términos precursores

Desde sus orígenes, la Medicina reconoce la existencia de estados en los que alternan emociones intensas y distintas; diversos autores referencian esos antecedentes del TP límite (González Vives et al., 2006; Laín Entralgo, 1972; Millon & Davis, 1998a; Phillips & Gunderson, 1996).

C. Hughes, en 1884, introdujo la expresión *estados fronterizos de la locura*, para referirse a pacientes con síntomas que no encajaban en la neurosis, ni en la psicosis, en los que alternaban manifestaciones de ambas.

En 1890, J.C. Rosse designó como *locura límite* a pacientes con síntomas neuróticos graves, que oscilaban entre la razón y la desesperación, y que generaban incertidumbre nosológica y perplejidad en el terapeuta.

A principios del s. XX destacaron las aportaciones de autores europeos. E. Kraepelin, en 1921, describió cuatro variantes de personalidad (depresiva, maníaca, irritable y ciclotímica), y las consideró estados fundamentales para la psicosis maníaco-depresiva. En la *personalidad irritable* se combinan y oscilan intensamente síntomas maníacos y depresivos, y en ella concurren los principales criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TP límite: impulsividad, inestabilidad en afecto y relaciones interpersonales, ira y autoagresiones.

En 1923, K. Schneider sugirió la participación de factores constitucionales en la *personalidad lábil*, caracterizada por cambios de humor rápidos y súbitos, pereza, inestabilidad social, impulsividad y reacciones violentas ante estímulos nimios, aproximándose más a la esencia del TP límite.

E. Kretschmer, en 1925, caracterizó el *temperamento mixto cicloide-esquizoide* por: volubilidad emocional, hostilidad, pobre respuesta afectiva, brusquedad, nerviosismo, inquietud espasmódica y curso impredecible.

Desde la perspectiva psicoanalítica, también en ese año, W. Reich en "*El carácter compulsivo*" reseñó un grupo límite entre patologías leves y graves, con fuerte ambivalencia y rápidos cambios de humor, con predominio de agresión infantil, narcisismo primitivo y grave alteración del superyó.

2.B. El predominio del Psicoanálisis en los inicios

El término *borderline* surgió en una época en la que el Psicoanálisis imperaba en la Psiquiatría, para designar una condición intermedia entre las estructuras descritas por Freud (1923a, 1924), neurosis y psicosis, y para formas cuestionables de esquizofrenia (Stone, 1977). Su uso fue inconsistente hasta los años 70, y el impulso de los estudios psicoanalíticos (Phillips & Gunderson, 1996) condujo a su posterior inclusión en las clasificaciones internacionales.

El primer autor que utilizó el término fue Stern (1938) al definir el *grupo límite de las neurosis*, en el que incluyó a pacientes que no se ajustaban a las categorías psicótica ni neurótica, que demandaban tratamiento en situaciones urgentes y cuyo abordaje por la terapia analítica resultaba infructuoso.

En base a la historia del paciente y al análisis de la transferencia, Stern diferenció los cuadros clínicos de las psiconeurosis, causadas por una alteración en el desarrollo sexual, y del *borderline*; en éste la alteración afecta al desarrollo del narcisismo, siendo muchos casos *neurosis narcisísticas o de carácter*, y su pronóstico es más grave.

En la familia del *borderline* destacó la presencia de madres neuróticas o psicóticas, sobreprotectoras y carentes de afecto, y padres negligentes y brutales. Este contexto generaría la ansiedad responsable de la clínica, y cuestionaba si la patología era constitucional o heredable, si influía el entorno, o si se combinaban.

El autor distinguió en ese cuadro los siguientes rasgos: hemorragia psíquica ante experiencias traumáticas, hipersensibilidad (cercana al mecanismo de las ideas referenciales del paranoide), personalidad rígida en repuesta a peligros, reacción terapéutica negativa (demandas de amor excesivas, reflejo de necesidades infantiles, y peligrosas por desencadenar depresión, ideación suicida o suicidio), sentimientos de inferioridad de tono delirante, tendencia a autolesiones y autocompasión (compensan la carencia de amor en la infancia), inseguridad o ansiedad (muestra de inmadurez), mecanismos de proyección (relacionándolo con la psicosis) y dificultades en el

juicio de realidad, particularmente en las relaciones personales (extrema dependencia).

Las desmesuradas demandas del paciente, su indiferencia por los límites en la terapia y su tendencia a regresar a situaciones desestructuradas, hicieron que en esa época se plantease el diagnóstico diferencial del borderline entre una forma atípica de T del humor, una forma atípica de esquizofrenia y un T del carácter (Phillips & Gunderson, 1996).

En la *personalidad “como si”*, Deutsch (1942) describió síntomas borderline. Esos sujetos, con aparente funcionamiento normal, manifiestan relaciones emocionales superficiales, breves y artificiales, y ante el abandono reaccionan explosivamente o sin afecto. Estos rasgos derivan de distorsiones en la interiorización de las relaciones objetales precoces; en éstas, una vinculación edípica inadecuada con las figuras parentales, daña la estructura del superyó y el mecanismo de sublimación, subordinándose el sujeto a una autoridad externa, frecuentemente reemplazada al cambiar de intereses.

Un tipo caracterial similar al anterior es la *personalidad con un “falso self”*, que Winnicott (1945) caracterizó por: inadecuado sentido de identidad, sumisión a las exigencias externas, carencia de sintonía en los sentimientos y “desconocimiento” de su personalidad. En ella confluyen un núcleo psicótico, con una suficiente organización neurótica y una falta de objetos transicionales.

Schmideberg (1947) consideró esencial en el borderline su *estable inestabilidad* y la falta de sentimientos normales, y señaló como rasgos más peculiares: intolerancia a la rutina, baja motivación al tratamiento y trasgresión de sus reglas, conducta errática con tendencias antisociales y estilos de vida caóticos, deficitaria capacidad empática y rápidas fluctuaciones emocionales.

Hoch & Polantin (1949) asimilaron al borderline con la *esquizofrenia pseudoneurótica*, caracterizada por síntomas psiconeuróticos y mecanismos de esquizofrenia. Más tarde, Hoch & Cattell (1959) destacaron, por el lado de la psiconeurosis, pan-ansiedad, pan-neurosis y pan-sexualidad y, por el de la psicosis, micro-episodios de baja intensidad y restitución completa. El

seguimiento de pacientes mostró una evolución bastante favorable, con escasos desarrollos de esquizofrenia (Hoch, Cattell, Strahl & Pennes, 1962).

Basándose en la tendencia a regresar a estados mentales próximos a la esquizofrenia en la asociación libre, Knight (1953) distinguió estructuralmente los *estados borderline* por la coexistencia y oscilación de síntomas neuróticos y una “oscura” forma de esquizofrenia. En ésta acentuó la severa debilidad del yo, originada por la conjunción de factores constitucionales y predisposicionales (acontecimientos traumáticos), y manifestada ante estresores leves o en ausencia de desencadenantes observables, sin reconocer el paciente sus propias limitaciones.

En la misma época, pretendiendo aclarar la confusión creada por los términos aplicados al borderline, Frosch & Wortis (1954) reunieron, en los *trastornos del impulso*, varias formas de un síndrome transitorio, o asociado a situaciones tensas, que expresa una conducta infantil, explosiva, impulsiva e inapropiada, y usualmente repetitiva. Características comunes de esos trastornos son: egosintonicidad, actuación placentera del impulso original (aunque racionalmente se esté en contra), mínima distorsión del impulso original y cualidad de irresistible, influyendo en su desarrollo factores constitucionales y orgánicos.

Sobre esas premisas, diez años después, Frosch (1964) postuló que las diversas denominaciones del borderline representaban variaciones del *carácter psicótico*, un síndrome unitario, caracterizado por ansiedad dominante, que se manifiesta en situaciones de estrés, y que comparte mecanismos de la psicosis. De ésta se diferencia por una relativa preservación del juicio de realidad, relativas relaciones objetales de alto nivel, sintomatología psicótica transitoria y reversible y adaptación sintónica con la realidad, aunque, a veces, la preponderancia del proceso primario del pensamiento se expresa por excentricidad en formas y habla, y dificultades de adaptación.

Tomando como punto de mira las relaciones objetales, Modell (1963) enfatizó el empleo de la escisión y los temores de abandono del borderline, siendo característica su necesidad de apego a los otros, y su inestable

“relación transicional”, atribuyendo a quienes idealizan una “omnipotencia mágica”, acompañada de una ilusión de autosuficiencia y una autoimagen dividida por elementos en contraste (generoso-destructivo).

La conceptualización del constructo avanzó con la denominada por Kernberg (1967, 1984), *organización de personalidad límite*, una amplia forma de psicopatología que representa una personalidad patológica específica y estable, y no un estado fluctuante entre neurosis y psicosis. El desarrollo teórico del autor se detalla en el siguiente apartado de esta introducción.

Tanto Kernberg como Masterson (1977), acentuaron la importancia de la detención del desarrollo de las estructuras psíquicas en la fase de separación-individuación. La falta de un vínculo afectivo estable con la madre origina unas relaciones objetales internalizadas patológicas, una debilidad del yo y una supremacía de la escisión. La prolongación del trauma induce la proyección de impulsos orales y anales sádicos, originando una representación materna peligrosa, que más tarde se atribuye a ambos padres fusionados en una sola representación, y que conlleva un estado de ira permanente y autoaversión en el niño prelímite.

En la década de los 70 la concepción del constructo comenzó a desplazarse hacia la Psiquiatría descriptiva, al cuestionarse las aportaciones psicoanalíticas por partir de observaciones en pacientes en tratamiento y no de bases empíricas (Grinker, 1977; Gunderson & Singer, 1975), y por el uso del término *borderline* como funcionamiento psíquico, siendo poco precisas las descripciones inferidas de los mecanismos de defensa (Rieder, 1979). Para Klein (1977), el término *borderline* encubría la desilusión de los psicoanalistas en su capacidad de producir cambios permanentes en pacientes no psicóticos.

Sin embargo, la literatura sobre el tratamiento del *borderline* de esa época es básicamente psicoanalítica. Ejemplos son, las aportaciones de Kernberg (1968) sobre la tendencia del *borderline* a disociar los aspectos positivos y negativos de la transferencia, primando en ella odio y desconfianza; y la precipitación de psicosis por regresión transferencial. Por su parte, Maltzberger & Buie (1974) destacan la dificultad del *borderline* para gestionar la

soledad, la hostilidad y el sadismo, que se proyecta como odio hacia el terapeuta, generando una contratransferencia que requiere un estricto manejo, ya que su negación eleva el riesgo de acting-outs, principalmente el suicidio.

Grinker, Werble & Drye (1968), evaluaron las principales funciones del yo (conducta externa, adaptación al entorno, percepción y sentido de realidad, lenguaje, afectos, defensas, solución de problemas y organización global), en el primer estudio empírico desarrollado en pacientes ingresados con difícil e incierto diagnóstico.

A partir de sus resultados describieron el *síndrome borderline*, que combina patología psicótica, neurótica y del carácter con elementos de normalidad, y se caracteriza por: inestabilidad sintomática; predominio de ira, limitada en el tiempo a diferencia del *carácter psicótico* de Frosch (1964), con explosiones en periodos psicóticos breves; relaciones afectivas deficitarias; identidad del yo inconsistente; depresión representada por soledad más que por culpa o vergüenza, a veces con ideación suicida; y nivel de funcionamiento estable y moderadamente grave. El síndrome, de inicio en la infancia o la edad adulta, evoluciona crónicamente, adoptando un estilo vida oscilante y excéntrico. En las bases etiológicas coincidían con Kernberg y Masterson.

Los autores distinguieron cuatro subcategorías del *síndrome borderline*, cuyas peculiaridades discriminan el diagnóstico:

- Grupo I: cercano a la psicosis. Reacción negativa con los otros y el entorno, arrebatos de ira impulsiva, frecuentes depresiones, deficitario sentido del yo, deficitario control ocasional y desarrollo de episodios psicóticos breves.
- Grupo II: proceso nuclear borderline. Inconsistentes, oscilaciones rápidas en la relación con los otros, tendencia al aislamiento, la soledad y la depresión.
- Grupo III: adaptativo y carente de identidad. Conducta, pensamiento y afecto “como si”, en función de lo que los otros esperan de él, percepción de un mundo vacío que hace más evidentes las defensas de retirada.
- Grupo IV: cercano a la neurosis. Infantil, con ansiedad y depresión viscosa, en sus escasas relaciones busca la simbiosis con la figura materna.

Grinker (1979) diferenció la conducta psicótica del *borderline* de la esquizofrenia por ser breve, reversible y egodistónica, desconociéndose el mecanismo que desencadena los síntomas o conduce a su remisión. Su mejor pronóstico obedece a la capacidad de aprender a manejar la ira en la terapia.

El *síndrome borderline* se completó con el seguimiento de pacientes, que confirmó la estabilidad en su pobre nivel de funcionamiento, sin evidenciar cambios hacia la esquizofrenia, y el estudio de familiares, que reveló profundos trastornos, pero no un síndrome característico (Grinker & Werble, 1977; Werble, 1970).

Grunewald (1970) aplicó una batería de tests psicológicos a pacientes de Werble y sus resultados avalaron el diagnóstico y las características de las subcategorías del *síndrome borderline*. Para el autor, la descripción del síndrome delimitó al *borderline* como entidad diagnóstica, y su aceptación, según Cary (1972), condujo a un creciente consenso entre clínicos respecto a su diferenciación con la esquizofrenia.

Con la finalidad de alcanzar validez diagnóstica, Robins & Guze (1970) aplicaron un método en cinco fases (descripción clínica, laboratorio, criterios de exclusión, estudio familiar y de seguimiento) a estudios de esquizofrénicos. Sus resultados separaron casos con pobre pronóstico y predominio de esquizofrenia en familiares de primer grado, y casos con buen pronóstico y predominio de T afectivos en familiares, concluyendo que esta última era una enfermedad diferente. Stone (1977) coincidió con ellos al señalar que el *borderline* se inclinaba más hacia la herencia maniaco-depresiva que a la esquizofrénica.

En este sentido, los estudios de adopción con T del espectro esquizofrénico sugerían vulnerabilidad genética a la esquizofrenia en el *borderline* (Kety, Rosenthal, Wender & Schulsinger, 1971), sin embargo precisaba factores medioambientales para su desarrollo (Rosenthal, Wender, Kety, Welner & Schulsinger, 1971).

En 1975 Millon (1998a) caracterizó al *límite cicloide* por intensa inestabilidad en el estado de ánimo, irregularidades en la activación, conciencia autocondenatoria, ansiedad por dependencia y ambivalencia cognitivo-afectiva.

La intención de incluir en la *tercera edición* del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III (APA, 1980) todas las categorías con diagnóstico fiable y diferenciable de otras condiciones, guió la publicación de nuevos estudios, destacando las revisiones y críticas de la literatura borderline.

Al comparar pacientes borderline con esquizofrénicos, con criterios de esquizofrenia, Gunderson, Carpenter & Strauss (1975) observaron en los primeros una sintomatología más confusa, sin depresión ni episodios psicóticos prolongados, con experiencias disociativas relativamente severas, ira más intensa, menor ansiedad y, coincidiendo con Werble (1970), mejor pronóstico. Los autores concluyeron que el T borderline no era un subtipo de esquizofrenia, y sugirieron que sólo la ira y las experiencias disociativas eran discriminantes.

Gunderson & Singer (1975), revisaron la literatura sobre borderlines, observando que las descripciones variaban según autores, muestras y datos recogidos, y propusieron seis características diagnósticas: intenso estado afectivo, con predominio de ira y depresión, y variable ansiedad y anhedonia; conductas impulsivas y actos autodestructivos; aparente adaptación social y deficitaria identidad velada por mimetismo como una forma de identificación con los otros; experiencias psicóticas breves y reversibles de cualidad paranoide, en situaciones desestructuradas o de consumo de drogas; distorsión del pensamiento en situaciones no estructuradas (Rorschach), con respuestas ilógicas y bizarras; y relaciones interpersonales oscilantes entre superficialidad y gran dependencia, impregnadas de exigencias, manipulación y devaluación.

Más tarde, Gunderson (1977) estudió el valor discriminante de esas características, y concluyó que el borderline se distinguía del neurótico y del psicótico, por mostrar: devaluación, manipulación, actos autodestructivos repetitivos y abuso de drogas. En funcionamiento social y afectos eran más similares a los neuróticos, separándolos las experiencias paranoides. De la

esquizofrenia se diferenciaban por: vida social activa, apariencia convencional y apropiada, más desviaciones sexuales, ausencia de alucinaciones y delirios (salvo consumo de drogas), menor aplanamiento afectivo, menos experiencias de desrealización y menor tolerancia a la soledad.

Finalmente, Gunderson & Kolb (1978) propusieron siete criterios diagnósticos que discriminaban con gran fiabilidad al borderline de la esquizofrenia y de los T afectivos, y que permitían incluirlo en la nomenclatura estándar: bajos logros, impulsividad, suicidio manipulativo, intenso afecto, alta sociabilidad, relaciones estrechas alteradas y experiencias psicóticas breves.

Para Akiskal, Djenderedjian, Rosenthal & Khani (1977), el síndrome borderline correspondía a la *ciclotimia*, un conjunto de variantes de T límite o subclínicos de la personalidad, dentro del espectro de los T afectivos o impulsivos y con predisposición en familiares de maníaco-depresivos.

El acuerdo observado al evaluar a borderlines y psicóticos con tests estructurados (WAIS) y no estructurados (Rorschach), y criterios descriptivos (Gunderson) y estructurales (Kernberg), permitió a Carr, Goldstein, Hunt & Kernberg (1979) descartar una organización psicótica en el borderline.

El trabajo de Spitzer, Endicott & Gibbon (1979), relevante por ser el germen del TP límite en el DSM, partió de revisar la literatura y separar, en base a afecto, relaciones interpersonales, funcionamiento laboral y sentido de identidad, dos condiciones en el grupo borderline: la *personalidad inestable* y la *esquizotípica*. Los autores desarrollaron y distribuyeron un cuestionario con dos grupos de ítems para esas condiciones, resultando excelentes su sensibilidad y especificidad. La *personalidad inestable* se corresponde con la *personalidad límite*, y su funcionamiento lo caracterizan nueve ítems: trastorno de identidad, relaciones interpersonales inestables e intensas, impulsividad, conductas autolesivas, inestabilidad afectiva, descontrol de ira, intolerancia a estar solos, sentimientos crónicos de vacío, y pobres logros escolares y laborales; características no limitadas a la presencia o consecuencia de otros trastornos.

Rieder (1979) propuso incluir en el DSM-III la *esquizofrenia borderline*, enfermedad crónica asociada con síntomas de otras categorías, caracterizada por alteraciones perceptuales y cognitivas, distribución familiar y relación genética con la esquizofrenia, representando a una parte del grupo borderline.

En general, todas las aportaciones conceptuales del borderline fueron sometidas a crítica. Los episodios esquizofrénicos y la evolución hacia la esquizofrenia observada por Hoch et al. (1962), obedecían, según Gunderson & Singer (1975), a un sesgo en la muestra, que excluyó casos con esquizofrenia manifiesta, pero todos mostraban signos del trastorno. Para Rieder (1979), la *esquizofrenia pseudoneurótica* no debía incluirse en la categoría neurótica por presentar fenómenos psicóticos de corta duración.

La comparación de los criterios diagnósticos de Knight (1953), Kernberg (1967), Grinker et al. (1968) y Gunderson & Singer (1975), desarrollada por Perry & Klerman (1978), evidenció que la mitad de ellos sólo se mencionaban en una de las cuatro descripciones diagnósticas, lo que no aseguraba que las diferentes denominaciones del borderline se refirieran al mismo grupo clínico.

Al modelo psicodinámico se le reprobó la falta de empirismo y la variedad de síndromes incluidos en la OP límite de Kernberg; para considerarla una entidad distinta, se requería evaluar la variabilidad intragrupo, distinguirla de otras categorías y resolver la fiabilidad y validez (Liebowitz, 1979).

A las categorías del *síndrome borderline* de Grinker et al. (1968) se les objetó que sus rasgos no eran discriminantes (Carpenter, Strauss & Bartko, 1974); que la muestra no era aleatoria, justificando la ausencia de fenómenos psicóticos el buen funcionamiento entre hospitalizaciones y el ingreso para participar en el estudio (Gunderson & Singer, 1975); la falta de grupo control (Liebowitz, 1979), sin verificar que la ira y la depresión fueran discriminantes (Gunderson, 1977); y el inferir los síntomas de los fallos del yo (Klein, 1977).

Para Liebowitz (1979), los datos disponibles no permitían validar el estatus borderline como entidad diagnóstica siguiendo la aproximación de St. Louis (Robins & Guze, 1970). Y, para Kernberg (1979), esa perspectiva no

consideraba suficientemente las complejas relaciones entre un síndrome clínico y el trastorno o enfermedad subyacente, en el sentido de una amplia psicopatología y/o entidad etiológica.

El diagnóstico *esquizofrenia borderline* propuesto por Rieder (1979) fue desestimado. Esa entidad era mejor descrita por los criterios de Spitzer et al. (1979) para la personalidad esquizotípica (Kernberg, 1979), y sus diferencias con el *borderline* no eran convincentes (Grinker, 1979).

Tampoco se aceptó la propuesta de Kernberg (1979) de combinar su enfoque psicoestructural con el descriptivo de Gunderson & Kolb (1978).

Finalmente el grupo de trabajo del DSM-III propuso los criterios de Spitzer et al. (1979), excepto el de bajos logros escolares y laborales, para definir y diagnosticar la categoría *borderline*. En 1980, la American Psychiatric Association aceptó esos criterios, resultando oficial el término Trastorno Límite de la Personalidad. La conceptualización del trastorno en las sucesivas ediciones del DSM se detalla en el siguiente apartado de esta introducción.

2.C. La oficialidad del constructo: controversias y avances

Con la inclusión del TP límite en el DSM-III se reconocía a un importante grupo de población hasta entonces sin diagnóstico oficial (Millon & Davis, 1998a), lo que conllevó un incremento en la investigación clínica y científica; cabe señalar que hasta 1980 se publicaron menos de 15 informes, y en la década de los 80 más de 275 (Gunderson, 2009).

Desde entonces, la comprensión del TP límite ha avanzado sometiendo a estudio y debate diversos aspectos, entre los que destacan:

➤ *El diagnóstico diferencial*

La Psiquiatría biológica, que también despuntó en los 80, consideró al TP límite como un conjunto de síndromes, cada uno con origen, curso y pronóstico propio, y propuso tres subtipos relacionados con la esquizofrenia, los T afectivos y los T cerebrales orgánicos (González Vives et al., 2006).

Al comprobar la validez de los criterios del DSM-III para el TP límite, Perry & Klerman (1980) concluyeron que éste limitaría, por un lado, con las psicosis y, por otro, con otros TP. No obstante, recomendaron estudios prospectivos para confirmar la validez del constructo, y diferenciar su psicopatología, sobre todo del TP antisocial con quien comparte la impulsividad, y del T bipolar con quien comparte la desregulación de afecto y humor.

Aunque Kolb & Gunderson (1980) lograron discriminar a pacientes con TP límite de otros con esquizofrenia o depresión neurótica, la diferenciación con T bipolares, T del carácter o T adictivos resultó menos evidente.

Kroll et al. (1981) obtuvieron una pobre validez diagnóstica para el TP límite, al solaparse con T afectivos. Más tarde, Nelson et al. (1985) todavía observaron un mayor solapamiento, que podía deberse al mayor rango de edad en su muestra, considerando que hacia los 40 años el paciente límite raramente reúne criterios para el diagnóstico, siendo más frecuentes a esa edad los T afectivos. También podía obedecer a la tendencia del borderline a desarrollar episodios depresivos, solapándose durante el ingreso hospitalario ambos trastornos, que se discriminarían mejor en pacientes ambulatorios.

El seguimiento de pacientes de Pope, Jonas, Hudson, Cohen & Gunderson (1983) concluyó que el TP límite se distingue de la esquizofrenia, debiendo su pobre funcionamiento a la persistencia de la clínica; se diferencia del T depresivo mayor por su mejor pronóstico y respuesta al tratamiento, no diagnosticándose en la mitad de casos con el paso del tiempo; y, evidenció su grave morbilidad al mostrar peores resultados que el T bipolar y el esquizoafectivo. Sin embargo, para ellos no fue distinguible de los TP

histriónico y antisocial. Posteriormente, Paris et al. (1987) coincidieron con estos resultados.

Respecto al solapamiento entre el TP límite y los T afectivos, Gunderson & Elliott (1985) examinaron las propuestas de otros autores y consideraron poco sostenible que un defecto en la regulación del humor condujera a rasgos patológicos del carácter (Akiskal et al., 1977; Klein, 1977), dada la estabilidad del TP límite, su menor respuesta a antidepresivos, su menor coincidencia con el T depresivo mayor y la mayor presencia de TP que de T afectivos en los familiares de estos pacientes.

Tampoco consideraron convincente que el T afectivo derivara del TP límite (Grinker, 1979; Kernberg, 1967), ya que, incluso para el borderline sin depresión, había cierta carga familiar de T afectivos; además, la depresión típica y la del borderline se diferenciaban cualitativamente en la presentación de síntomas y la etiología psicodinámica subyacente.

En cambio, apoyaron que ambos trastornos eran independientes y podían superponerse (Kernberg, 1979; Pope et al., 1983), ya que su curso podía diferir en la misma persona, y en el patrón familiar de ambos predominaba el mismo tipo de trastorno.

Por último, Gunderson & Elliott (1985) propusieron una cuarta hipótesis acerca de la relación entre el TP límite y los T afectivos basada en las diferentes etiologías adscritas a los signos y síntomas de ambos trastornos, y sugirieron que algunos pacientes presentan grupos de síntomas que encajan en ambos. Traumas tempranos crearían una vulnerabilidad biofisiológica a los dos trastornos, elevando el riesgo de afectar el desarrollo psicológico y variando la presentación en función del temperamento y de posteriores reacciones fisiológicas y psicológicas al entorno. El solapamiento y las diferencias se deberían a una constelación de factores innatos y externos, que se combinan para dar forma a depresión, disforia crónica y borderline.

El saber adquirido con la investigación mejoró la fiabilidad de los criterios del TP límite en el Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders, Third

Edition, Revised: DSM-III-R (APA, 1987), y recomendó profundizar en el diagnóstico diferencial (Gunderson, Zanarini & Kisiel, 1991).

Evaluando la historia longitudinal de los pacientes, Gunderson & Phillips (1991) detectaron que la persistencia de los rasgos de personalidad y su asociación a estados depresivos distinguía el TP límite de la depresión.

Según Miller (2006), el TP límite se relaciona con el T bipolar y el T depresivo mayor por su incapacidad de controlar cambios súbitos de humor. El autor planteó si el primero origina los segundos, o si éstos causan pensamientos y conductas descritas como rasgos de personalidad, y equiparó a la personalidad con un “sistema inmunitario” psicológico contra la depresión, que si es deficitario, como en el borderline, desencadena los síntomas fácilmente por sus excesivas demandas emocionales y su gran sensibilidad a la pérdida.

La superposición del TP límite y el T bipolar ha sido ampliamente estudiada (Magill, 2004; Paris, 2004; Smith, Muir & Blacwood, 2004). Algunos autores indican (Gunderson et al., 2006a) que la escasa asociación observada entre ambos trastornos no permite conclusiones definitivas, y otros añaden (Stone, 2006) que en su coincidencia probablemente interactúan factores biológicos y ambientales.

Gunderson & Sabo (1993) aportaron sólidas consideraciones sobre el solapamiento etiológico entre el TP límite y el T por estrés postraumático. El primero, producido en parte por el trauma, supone una vulnerabilidad a desarrollar el segundo, diferenciándolos su inicio y duración.

Basándose en diversos autores, Miller (2006) puntualizó que muchos borderlines sufrieron abuso sexual y físico en la infancia, pero sólo una cuarta parte de ellos desarrollaron T por estrés postraumático; además, no todos los estudios observaron altos índices de abuso infantil, y muchos expertos creían que el TP límite a menudo se desarrolla sin historia de trauma significativa.

Respecto al solapamiento del TP límite con otros trastornos del Eje II, Zanarini, Gunderson, Frankenburg & Chauncey (1989) observaron más errores

diagnósticos en pacientes con TP del cluster *ansioso*, con quien comparte teóricamente menos rasgos, que en pacientes con TP del cluster *dramático*, con quien comparte más rasgos clínicos.

➤ *Categorías versus dimensiones*

La pobre fiabilidad de la nomenclatura DSM-III para diferenciar los TP entre sí, y la dificultad para distinguir rasgo de estado, llevó a Frances (1980) a proponer como alternativa el sistema dimensional. Según el autor, los lindes del TP límite se perdían al limitar la ciclotimia y la distimia con los T afectivos y el TP esquizotípico con la esquizofrenia y, para elevar su homogeneidad sugirió incluir fallos limitados y breves en el juicio de realidad como rasgo esencial del trastorno. El grupo de trabajo del DSM-III dejó en suspenso las propuestas.

Sin embargo, algunos autores han demostrado que el TP límite es un constructo internamente consistente, y que los criterios diagnósticos del DSM poseen una fiabilidad adecuada (Hurt, Hyler, Frances, Clarkin & Brent, 1984; Sanislow et al., 2000, 2002); otros consideraron como rasgos más discriminantes la inestabilidad en las relaciones y la alteración de la identidad (Fossati et al., 1999), y altamente predictiva la impulsividad (Links et al., 1999).

El enfoque dimensional, recomendado por diversos autores (Ekselius, Lindstrom, von Knorring, Bodlund & Kullgren, 1993; Widiger, Livesley & Clark, 2009a), contempla los rasgos de personalidad desde un continuum, representando los TP el extremo más marcado de variantes de la personalidad normal, permitiendo contemplar a los sujetos que quedan por debajo del umbral diagnóstico del DSM pero que poseen algún grado de disfunción (Pérez Prieto y Leal Cercós, 2004). Otros, sugieren que una clasificación que combine el enfoque categorial y el dimensional sería más útil clínicamente, al evitar el solapamiento entre distintos TP (Kim & Tyrer, 2010; Phillips & Gunderson, 1996; Westen & Shedler, 1999a) y mejorar la comprensión de los antecedentes infantiles de los TP del adulto (Widiger, De Clercq & De Fruyt, 2009b).

Por último, Maffei & Fossati (1999) indicaron que, a pesar de la heterogeneidad en los criterios DSM y entre pacientes con TP límite, no hay datos que demuestren la superioridad de un modelo dimensional sobre el categorial para este trastorno, representando en el DSM-IV a un TP distinto, más que el extremo de una variante de una sola dimensión de la personalidad.

➤ *Distribución del TP límite según género*

Esta polémica la iniciaron profesionales feministas al opinar que el diagnóstico patologizaba a la mujer. En población general, Henry & Cohen (1983) observaron más características del trastorno en hombres que en mujeres, y postularon que los clínicos producían un sesgo al considerar esas características más congruentes y tolerables en hombres y menos apropiadas en mujeres, y que la descripción de la psicopatología borderline la potenció la ira del hombre, reflejando sus tendencias sexuales negativas.

Según el DSM-IV-TR el diagnóstico de TP límite predomina en mujeres (3:1). En población general algunos autores (Swartz et al., 1990) corroboraron esa proporción; sin embargo, otros (Sadock & Sadock, 2004) han señalado un menor predominio (2:1), o una distribución uniforme entre sexos (Torgersen et al., 2001; Lenzenweger, 2008), incluso hay autores (Coid et al., 2006) que observaron un mayor porcentaje en hombres (1%) que en mujeres (0.4%). Estos datos sugieren que la prevalencia del TP límite según género no se conoce con exactitud (Bjorklund, 2006; Ruiz y Vairo, 2008).

Para Skodol & Bender (2003), el predominio del TP límite en mujeres podría obedecer a un sesgo en el diagnóstico, producido por la mayor presencia de hombres en la concepción del constructo del DSM; o, a un sesgo en las muestras, debido a la menor demanda de tratamiento en hombres por la frecuente asociación del TP límite con el antisocial en ellos. También podría reflejar diferencias biológicas o socioculturales que condujeran al desarrollo de rasgos y conductas indicativas de TP límite más frecuentes en mujeres.

Una vez revisadas las vicisitudes del TP límite a través del tiempo, se detallan las principales conceptualizaciones vigentes del trastorno.

3. ENFOQUES CONCEPTUALES DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y DE LA ORGANIZACIÓN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

En la historia de la Medicina se constata la exigencia de clasificar los trastornos mentales, sin embargo, no siempre ha habido acuerdo sobre cuáles incluir y cuál es el método óptimo para organizarlos; ejemplo de ello es la nosología que aborda esta investigación. La conceptualización contemporánea del TP límite presenta diferentes modelos, con ventajas e inconvenientes, según las hipótesis de las que parten; entre ellos están el descriptivo y el psicoanalítico.

La nosología descriptiva surgió con fines administrativos, para estudios estadísticos en salud pública y para informar a organismos gubernamentales. Es el resultado del acuerdo entre expertos y escuelas de Estados Unidos, y se inscribe en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA).

La nosología psicoestructural parte del concepto *estructura mental* de Freud (1923a, 1923b). Del Psicoanálisis derivan diversos modelos, con su propia teoría y técnica (González Torres y Fernández Rivas, 2004), siendo Kernberg un referente en el estudio de la personalidad y de su patología (Millon & Davis, 1998b), reflejado en su modelo de organización estructural de la personalidad.

3.A. *El enfoque descriptivo del DSM*

El desarrollo del DSM refleja el conocimiento vigente basado en informes científicos empíricos, con la finalidad de ofrecer un lenguaje común que sirva

de guía en la práctica clínica, facilite la comunicación entre clínicos e investigadores, sea útil en docencia y mejore la recogida de datos clínicos.

El DSM-I, publicado en 1952, fue el primer manual oficial de trastornos mentales. En su glosario de categorías diagnósticas influyó el concepto *reacción* de Adolf Meyer, representando los trastornos mentales reacciones de la personalidad a factores biopsicosociales. En 1968, el DSM-II lo suplió por términos diagnósticos amplios, basados en la sección de trastornos mentales de la International Classification of Diseases, Revision 8 (ICD-8) de 1965.

La patología de la personalidad, en el DSM-I, se define como rasgos que conducen a una conducta rígida e inadaptada, con mal funcionamiento en situaciones de estrés. El DSM-II añade un componente de aflicción y deterioro.

Las sucesivas ediciones del DSM se modificaron en base a revisiones sistemáticas de la literatura clínica y de investigación, reanálisis de datos, estudios de campo y distribución de borradores para someterlos a la crítica.

El DSM-III (APA, 1980) produjo importantes cambios. Considerando que la ICD-9 podía ser inapropiada para Estados Unidos y que algunas áreas eran imprecisas, difirió en terminología, definiciones y límites de las categorías.

Introdujo un enfoque descriptivo que define los trastornos por su sintomatología y añade la etiología cuando está bien establecida. No incluyó teorías etiológicas para facilitar su uso por clínicos de diferente orientación, al observar en ensayos de campo su acuerdo para identificar trastornos por la clínica y no, necesariamente, por los mecanismos que los provocan.

Incorporó criterios diagnósticos explícitos y categorías adicionales, y excluyó otras anteriormente aceptadas, generando una clasificación categorial que conceptualiza los trastornos mentales como síndromes clínicos, o patrones comportamentales o psicológicos, cualitativamente distintos, basados en series de criterios con rasgos definitorios, asociados a malestar, discapacidad, o riesgos, sin ser una respuesta culturalmente aceptada a un suceso particular.

Y aportó un sistema multiaxial, en vistas a la evaluación biopsicosocial y a valorar información útil para planificar el tratamiento y predecir la evolución.

En los TP, el DSM-III diferenció rasgo de trastorno. Los rasgos son formas persistentes de percibir, relacionarse y pensar respecto a uno mismo y al entorno, y se manifiestan en diversos contextos sin alcanzar el umbral requerido para un TP. En éstos, los rasgos son inflexibles, desadaptativos, persistentes y causan deterioro funcional o malestar subjetivo. Los rasgos pueden apreciarse en otros trastornos mentales, y representan un TP si son típicos del funcionamiento y no limitados a episodios del otro trastorno.

El DSM-III ubicó los TP en un eje separado acentuando su importancia, y los criterios diagnósticos imprimieron un giro conceptual que desplazó al psicoanálisis. Algunos tipos de personalidad del DSM-II se consideraron TP, otros fueron incorporados en clases diagnósticas diferentes al demostrarse su relación, y otros se subdividieron.

Los criterios que definen el TP límite del DSM-III, sin correlación con ningún tipo de personalidad del DSM-II, se basaron en estudios de pacientes con sintomatología compatible con la clínica borderline descrita en la literatura; algunos, en el DSM-II, presentaban un diagnóstico de esquizofrenia latente.

El uso del DSM-III recomendó su revisión al evidenciar la necesidad de mejorar los criterios diagnósticos para elevar su sensibilidad y especificidad clínicas, y poder aplicarlos en entrevistas estructuradas.

El DSM-III-R (APA, 1987) homologó sus códigos a los de la ICD-9-CM (clinical modification) y modificó su presentación y contenido. Los criterios de algunas categorías, como los TP, adoptaron un formato politético, que requiere un número determinado de criterios para el diagnóstico, y que se justifica por su mayor fiabilidad diagnóstica ante la heterogeneidad de casos clínicos.

La investigación empírica generada por el DSM-III y el DSM-III-R elevó la validez diagnóstica del DSM-IV (APA, 1994). Los criterios se simplificaron y clarificaron, aumentando su utilidad clínica, y se enumeraron, si había datos de

eficiencia diagnóstica, en orden de importancia decreciente. Los cambios intentaron acercarse a la ICD-10, sin distanciarse mucho de sus antecesores.

El DSM-IV introdujo cinco modificaciones significativas en los ocho criterios que definían el TP límite: enfatizó la intensidad de la *impulsividad*; simplificó el criterio *alteración de la identidad* (en el DSM-III-R, *incertidumbre en al menos dos áreas: autoimagen, orientación sexual, metas a largo plazo o elección de carrera, tipo de amigos deseados y preferencia de valores*); en el criterio *inestabilidad afectiva*, añadió la reactividad del estado de ánimo, y sustituyó depresión por disforia; en el criterio *sentimientos crónicos de vacío* suprimió aburrimiento; y añadió un *noveno criterio* para referir ideación paranoide transitoria, relacionada con el estrés, o síntomas disociativos graves.

La revisión del DSM-IV respondía a la corrección de errores identificados en el manual, y a actualizar su información. El DSM-IV-TR (APA, 2000), no produjo cambios sustanciales en criterios y categorías, ni propuso nuevos trastornos o subtipos. La mayoría de cambios afectó a: *síntomas y trastornos asociados; síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; prevalencia; curso; patrón familiar*; y, para algunos trastornos, *diagnóstico diferencial*.

Los criterios diagnósticos generales para un TP en el DSM-IV-TR se describen en los siguientes términos:

Su característica principal es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, actividad interpersonal o control de impulsos (criterio A)... es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (criterio B), y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C)... es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (criterio D); no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (criterio E), y

no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica (criterio F), (APA, 2000, p. 686).

Desde el DSM-III, los TP específicos se reúnen en tres grupos en base a la similitud de características. El grupo A (sujetos raros o excéntricos) incluye los TP paranoide, esquizoide y esquizotípico; el grupo B (sujetos dramáticos, emotivos o inestables) los TP antisocial, límite, histriónico y narcisista; y el grupo C (sujetos ansiosos o temerosos) los TP por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo. La clasificación también recoge el TP no especificado.

En las características diagnósticas del TP límite el DSM-IV-TR señala como esencial:

Un patrón general de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

Criterio 1. Frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado.... una separación o rechazo, o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento.... muy sensibles a los aspectos ambientales.... gran temor a ser abandonados e ira inapropiada ante una separación limitada o cambios de planes. Pueden creer que ese "abandono" implica ser "malos".... se relaciona con intolerancia a estar solos, y su evitación puede incluir actos impulsivos como conductas de automutilación o suicidas,....

Criterio 2. Relaciones inestables e intensas, ... alternancia entre idealizar y devaluar... a quienes se ocupan de ellos... pensando que no les prestan suficiente atención o no les dan demasiado. Pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, sólo con la expectativa de que... satisfagan sus propias necesidades. Son propensos a cambios dramáticos al opinar sobre los demás, viéndolos ... como apoyos

beneficiosos o cruelmente punitivos.... lo que refleja la desilusión con los que se ocupan de ellos... o de quienes se espera rechazo o abandono.

Criterio 3. Alteración de la identidad ... notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o el sentido de uno mismo.... cambios bruscos y dramáticos respecto a objetivos, escala de valores, aspiraciones profesionales, opiniones, planes de futuro, identidad sexual y tipo de amistades.... y desde el papel de suplicar ayuda, hasta el de vengador justiciero de afrentas pasadas. Aunque es habitual que su autoimagen se base en ser perverso o desgraciado, a veces tienen el sentimiento de no existir en absoluto.... suele ocurrir al percibir una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Pueden presentar mal rendimiento laboral o escolar.

Criterio 4. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos, como: apostar, gastar dinero irresponsablemente, prácticas sexuales no seguras, atracones, abuso de sustancias o conducción temeraria.

Criterio 5. Conductas, intentos o amenazas suicidas recurrentes o conducta de automutilación.... por temor a la separación o al rechazo, o por tener que asumir mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y ... alivia por reafirmar su capacidad para sentir o por expiar su sentimiento de maldad.

Criterio 6. Inestabilidad afectiva ... notable reactividad del estado de ánimo al estrés interpersonal. El estado de ánimo básico ... disfórico suele interrumpirse por períodos de irritabilidad, ansiedad, ira, angustia o desesperación, que suelen durar horas y raramente persisten días, y pocas veces son relevados por un estado de bienestar o satisfacción.

Criterio 7. Sentimientos crónicos de vacío. Fácilmente se aburren y siempre buscan algo que hacer.

Criterio 8. Ira inapropiada e intensa, o problemas para controlarla.... ante el temor al abandono, o al considerar negligente,

represor o despreocupado a alguien que se ocupa de ellos.... sarcasmo extremo, amargura o enfado persistentes, explosiones verbales y peleas físicas recurrentes.... seguidas de pena y culpa, y contribuyen al sentimiento de ser malos.

Criterio 9. En períodos de gran estrés pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización), ... de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional.... en respuesta a un abandono real o imaginado.... duran entre minutos y horas y remiten con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos, (APA, 2000, pp. 706-707).

Diseñado para aplicar en Estados Unidos, el DSM ha tenido una importante repercusión internacional, ha sido traducido a múltiples idiomas, y es ampliamente utilizado por profesionales de la salud y áreas relacionadas. Su empleo aconseja precauciones, como son: entrenamiento clínico especializado; usar los criterios con juicio clínico tomándolos como guía; obtener información complementaria para planificar tratamientos; malinterpretación o uso incorrecto fuera del contexto clínico o de la investigación (peritajes legales); considerar los patrones culturales del lugar donde se utilice.

Respecto a las limitaciones del DSM, sus autores puntualizan que el sistema categorial es adecuado si todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, existen límites precisos entre las diversas clases, y éstas son mutuamente excluyentes; y reconocen que esas condiciones no las asume el manual. Otros autores acentúan la inadecuada base científica, la excesiva coocurrencia de diagnósticos y la pérdida de información de rasgos subumbrales (Moran, Coffey, Mann, Carlin & Patton, 2006).

También se ha cuestionado la validez del modelo categorial respecto a la eficiencia diagnóstica de los criterios del TP límite (Balsis, Segal & Donahue, 2009; Gunderson & Phillips, 1991; Trull, Widiger & Guthrie, 1990), acentuando la importancia teórica (validez del constructo) y clínica (planificar tratamientos), de valorar las dimensiones subyacentes a los criterios categoriales (Clarkin, Hull & Hurt, 1993; Johansen, Karterud, Pedersen, Gude & Falkum, 2004;

Rodebaugh, Chambless, Renneberg & Fydrich, 2005). Al evaluar los rasgos estables y el proceso dinámico subyacente, los modelos dimensionales aportan mayor información que los categoriales (Morey et al., 2007).

Como el DSM agrupa los TP por similitudes descriptivas y no por etiología o factores externos (historia familiar, respuesta al tratamiento), exhibe una pobreza psicopatológica (Phillips & Gunderson, 1996; Millon & Davis, 1998b), e impide una clasificación en la que a una enfermedad corresponda una categoría.

El sistema politético añade más limitaciones. Exigir cinco de los nueve criterios para el diagnóstico de TP límite, conduce a una heterogeneidad dentro y entre las poblaciones estudiadas con ese trastorno (Fossati et al., 1999; Oldham, 2006b); heterogeneidad multiplicada al ser frecuente en un mismo sujeto la presencia simultánea de varios TP de distintos grupos. Ese sistema, también implica vagas delimitaciones entre categorías (Johansen et al., 2004).

Esas limitaciones hacen que un diagnóstico basado únicamente en el DSM quede sesgado si no se complementa con información de otros aspectos del individuo, y constituye una base insuficiente para explicar el funcionamiento de una persona (Bayón Pérez y Cloninger, 2005; Millon & Davis, 1998b; Widiger, 2003). De ahí que, sólo representa la etapa inicial de una evaluación, que debe completarse con otros enfoques, como puede ser el psicodinámico (Kernberg, 1984; Phillips & Gunderson, 1996; Torrubia Beltri, Caseras i Vives y Gutiérrez Ponce de León, 2005), que se examina a continuación.

3.B. El enfoque psicoestructural de Otto F. Kernberg

Kernberg conceptualiza el TP límite como un nivel de organización de la personalidad en lugar de un trastorno específico de la personalidad. Su perspectiva (1967, 1968, 1970, 1977, 1984, 1996), basada en gran parte en su trabajo con pacientes con OP límite, aborda la organización del funcionamiento mental desde la teoría de las relaciones objetales, y considera crucial para el desarrollo psíquico el manejo de la pulsión agresiva.

En base a estas premisas, Kernberg concibe la personalidad como la integración dinámica de los modelos de conducta derivados del temperamento (disposición genética e innata a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, que especifica la intensidad, el ritmo y el umbral de las respuestas emocionales), el carácter (manifiesta la identidad del yo, determinada por la integración del yo y de los otros significativos) y los sistemas de valores internalizados (superyó).

En la organización de la personalidad subyacen dos precondiciones. Una, estructural, corresponde al grado en que se han integrado e internalizado, en las relaciones tempranas el yo y las relaciones objetales, y conduce a la constancia objetal (objetos internalizados totales) en la personalidad normal (y neurótica). La otra, dinámica, refiere la organización de impulsos activados en las relaciones objetales tempranas, resultando, en la personalidad normal, una integración de agresión y líbido bajo el dominio de impulsos libidinales.

Desde esa óptica, la función de la personalidad es estabilizar el aparato mental, mediando entre factores etiológicos y manifestaciones conductuales. Esa función se logra dependiendo del tipo de organización de personalidad, que Kernberg diferencia en neurótica, límite y psicótica, en base a tres criterios: mecanismos de defensa, identidad del yo y juicio de realidad.

Los TP, según Kernberg, resultan de un deficitario desarrollo de las estructuras del yo y el superyó, del tipo predominante de defensas y relaciones objetales, y de las vicisitudes de la agresión en el desarrollo instintivo. Representan constelaciones de rasgos patológicos del carácter, de intensidad suficiente para perturbar el funcionamiento intrapsíquico, personal o ambos. Se caracterizan por ser inflexibles, reaccionando el sujeto del mismo modo en situaciones diferentes, que conducirían a respuestas diversas en circunstancias normales, lo que supone una pérdida de libertad y una merma en la creatividad, y en las posibilidades de crecimiento y aprendizaje social.

Según la gravedad y la organización estructural, Kernberg propone tres niveles de patología caracterial. Al más alto lo designa organización neurótica, en la que sitúa las personalidades más histéricas, obsesivo-compulsivas y

depresivas. A los niveles intermedio y bajo los denomina organización límite, ubicando a las personalidades más *infantiles* y narcisistas en el nivel intermedio, y a las claramente antisociales en el nivel más bajo.

Kernberg describe la específica y estable patología estructural del yo de los TP borderline desde las vertientes sintomática, estructural y dinámico-genética, que caracterizan esos trastornos, y las diferencian de las neurosis y patologías caracteriales menos graves por un lado, y de la psicosis por otro.

➤ El *análisis descriptivo* abarca síntomas neuróticos, no patognomónicos, sino dependientes del diagnóstico de la patología del yo. La presencia de dos, y especialmente tres de los siguientes, alertarán sobre una subyacente OP límite:

1) Ansiedad: crónica, difusa y flotante; muy significativa si se presenta con otros síntomas o rasgos patológicos del carácter.

2) Neurosis polisintomática: sólo se considerará si se observan dos o más de los siguientes:

- Fobias múltiples que restringen la vida cotidiana; relacionadas con el propio cuerpo o la apariencia (miedo a sonrojarse, a hablar en público, a ser mirado), y que contrastan con las fobias a objetos externos y elementos transicionales del obsesivo (muerte, contaminación).

- Síntomas obsesivo-compulsivos egosintónicos; pensamientos y acciones sobrevaluados que, a pesar de considerarlos absurdos, no se puede evitar racionalizarlos (lavarse las manos, pensamientos obsesivos de naturaleza paranoide o hipocondríaca).

- Síntomas conversivos múltiples, como una forma elaborada cercana a alucinaciones corporales, o complejas sensaciones o secuencias de movimientos de cualidad bizarra, sobre todo si son crónicos.

- Reacciones disociativas, estados crepusculares y fugas histéricas, y amnesia acompañada de alteraciones de conciencia.

- Hipocondriasis, excesiva preocupación por la salud y miedo a la enfermedad, manifestando, al cronificarse, rituales de salud y retracción de la vida social. Es infrecuente.

- Tendencias paranoides e hipocondríacas, típica combinación presuntiva al asociarse con otra neurosis sintomática.

3) Tendencias sexuales perversas polimorfas: promiscuidad homo y heterosexual con elementos sádicos o masoquistas; exhibicionismo; inhibición de la conducta sexual, con fantasías conscientes, sobre todo masturbatorias; y formas bizarras de perversión, como manifestaciones agresivas primitivas o desplazamiento de los fines genitales por los eliminatorios.

4) Estructuras clásicas de personalidad prepsicótica, paranoide (su intensidad determina el principal diagnóstico descriptivo), esquizoide, hipomaníaca y ciclotímica con fuerte tendencia hipomaníaca.

5) Impulso a la neurosis y las adicciones (alcoholismo, adicción a drogas, obesidad psicógena, cleptomanía). Irrupción repetitiva crónica; egosintónico y muy placentero durante el episodio de impulsividad y, egodistónico fuera de él; supone una salida temporal para producir una gratificación instintual directa. Combinado con desviaciones sexuales y acting-outs, implica mayor descontrol de impulsos, mezclas de impulsos y defensas más caóticas, egosintonicidad menos clara y menor gratificación.

6) Caracteropatías de niveles inferiores (infantil, narcisista, *como si* y antisocial), severas y representadas por caracteres muy impulsivos y caóticos.

➤ El *análisis estructural* diferencia manifestaciones específicas de debilidad del yo (predominio de mecanismos de defensa primitivos), de otras inespecíficas.

1) Mecanismos de defensa primitivos (preedípicos), siendo la *escisión* el mecanismo esencial en su funcionamiento, bajo el cual subyacen los demás.

En el desarrollo del yo es esencial la síntesis de tempranas y posteriores introyecciones e identificaciones establecidas bajo la influencia de impulsos

libidinales y agresivos que, inicialmente, se guardan separadas (introyecciones positivas y negativas, objetos buenos y malos). En la OP límite el relativo desarrollo del yo, permite diferenciar al yo de las relaciones objetales, conservando su integridad en muchas áreas.

Esa división de las relaciones objetales por falta de capacidad integrativa del yo, es la esencia de la escisión. En etapas posteriores, es reemplazada por mecanismos de mayor nivel, centrados alrededor de la represión, que protegen al yo consciente de conflictos intrapsíquicos. Si la escisión y otros mecanismos relacionados persisten, protegen al yo construido sobre las introyecciones positivas manteniendo aparte introyecciones e identificaciones de cualidad opuesta, sin contemplar su acceso a la conciencia. Bajo estas circunstancias, los estados contradictorios del yo se activan alternativamente y, estando separados, previenen la ansiedad. Este estado daña el proceso integrativo que cristaliza en la identidad del yo, y conduce al *síndrome de difusión de identidad*.

Evidencias clínicas directas de la escisión son: expresión alternativa de aspectos complementarios de un conflicto, con negación y ausencia de preocupación sobre la conducta y experiencia interna; falta selectiva de control de impulsos; y división del yo y de los objetos en “buenos” y “malos”, con posibles virajes súbitos de sentimientos y conceptos sobre sí mismo y otras personas. Aparece combinado con otros mecanismos, como son:

- *Idealización primitiva*: tendencia a elevar la bondad de los otros, para que protejan de objetos “malos”, y evitar la propia agresión o la proyectada sobre otro objeto. Implica no reconocer la agresión, ni culpa, ni preocupación. Ese objeto ideal también sirve para identificaciones omnipotentes, que protegen contra la agresión y gratifican necesidades narcisistas.
- *Identificación proyectiva*: exterioriza imágenes agresivas del yo y de los objetos, y conduce a desarrollar objetos peligrosos. Esa tendencia sumada a la debilidad del yo, debilita sus fronteras, identificándose el sujeto con el objeto sobre el que proyectó la agresión. La empatía con ese objeto mantiene e incrementa el miedo a la agresión, por lo que se controla al objeto para prevenir su ataque bajo la influencia de impulsos agresivos.

- *Negación*: conduce a negar dos áreas de conciencia emocionalmente independientes, y refuerza la escisión. El sujeto es consciente de que las percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo, o los otros, son opuestos a los que tuvo en otro momento, pero es incapaz de vincular ambos estados del yo. También puede manifestar falta de interés en un sector de experiencia subjetiva o del mundo externo.

- *Omnipotencia y devaluación*: con virajes desde la sumisión a un objeto idealizado, a fantasías y conductas que revelan la omnipotencia del yo identificado con el objeto protector. Ese objeto ideal es manipulado y tratado posesivamente si no gratifica o protege, sin mostrar amor ni preocupación por él. Los sentimientos de inseguridad, autocrítica e inferioridad, corresponden a tendencias grandiosas, a convicciones de tener derecho a ser gratificado. La devaluación representa la venganza del objeto que frustró las necesidades (principalmente orales) y la defensa para prevenir que se vuelva persecutorio; su intervención daña la formación e integración del superyó.

2) Difusión de identidad: por intensificación y fijación patológica de la escisión, y otras defensas primitivas, en relaciones interpersonales estrechas. Expresa las patológicas relaciones objetales internalizadas, en un concepto deficitario del yo y de los objetos, en los que persisten representaciones afectivo-cognoscitivas múltiples y contradictorias, y coexisten caóticamente defensas antagónicas y expresión de primitivos contenidos inconscientes en el consciente. Este criterio se refleja en los rasgos caracteriales de la OP límite.

No hay conciencia de naturaleza conflictiva. El fallo en la integración del sí mismo se expresa por un sentimiento crónico de vacío (desinterés, aburrimiento o desgana); cambios o inestabilidad en los valores; miedo a perder la identidad, que conduce al aislamiento, a confundirse o dominar al otro; autoevaluación incorrecta o ausente, con autopercepciones y conductas contradictorias que no pueden integrarse emocionalmente.

Escasa capacidad para mantener la continuidad temporal en las relaciones interpersonales, resultando caóticas o huecas. En ellas se expresan distorsiones de los otros, superficialidad, falta de empatía, manifestaciones explosivas, demandas no razonables y manipulación, y cuando los otros no

gratifican las necesidades, el sujeto se aísla y recrea en fantasías que las representan. Las relaciones íntimas están contaminadas por conflictos genitales y pregenitales.

En la entrevista clínica el paciente muestra dificultad para empatizar con el entrevistador, e incapacidad para transmitir pensamientos, emociones o vínculos respecto a la interacción con los otros. Su exposición es superficial, con descripciones contradictorias de sí mismo y de los otros, y constantes referencias al vínculo con el objeto, como si éste careciera de características propias fuera de la relación con él. Estas particularidades hacen que el entrevistador tenga dificultad para obtener imágenes claras a partir de las descripciones del paciente.

3) Juicio de realidad. Los sujetos con OP límite mantienen un adecuado contacto con la realidad, aunque, en situaciones de estrés o consumo de sustancias, pueden producirse episodios psicóticos transitorios, poco intensos y de rápida restitución. La falta de capacidad para diferenciar al yo del no yo, las percepciones internas de las externas, y para discriminar afectos, conducta y contenido del pensamiento, origina sentimientos de extrañeza y despersonalización, y conductas inapropiadas o bizarras.

El desplazamiento al proceso primario de pensamiento raramente se evidencia en la evaluación clínica, pero sí en tests proyectivos y en respuesta a estímulos no estructurados, en forma de fantasías, disminución de la capacidad para adaptarse al material dado y verbalizaciones peculiares. En la terapia psicoanalítica clásica la pérdida de realidad puede manifestarse en ideas delirantes restringidas a la transferencia (psicosis transferencial).

Es cuestionable si este fallo en el juicio de realidad representa una regresión funcional no específica del yo, u obedece a otras razones, pero, independientemente de su origen, es el indicador estructural más importante de OP límite, porque la diferencia de la OP psicótica.

4) Manifestaciones no específicas de debilidad del yo. Son condiciones estructurales que se manifiestan en la conducta directa:

- Intolerancia a la ansiedad; grado por el que una tensión adicional conduce a la formación de síntomas, conductas aloplásticas o regresión del yo.
- Falta de control de impulsos que, conectada a la debilidad del yo, refleja defensas muy específicas, y supone la emergencia en la conciencia de un sistema de identificación disociado. Ese déficit se caracteriza por ser repetitivo, egosintónico durante la conducta, sin contacto emocional con las restantes experiencias del yo, y por descargar la negación defendida por la disociación.
- Ausencia de capacidad sublimatoria. La falta de placer y logros creativos del sujeto, puede ocultarse por una falsa adaptación en un medio cultural alto, pero en un entorno social deprimido, comparece insulso, triste y no creativo, sin revelar el grave déficit sublimatorio. Es un notable indicador de debilidad del yo.

5) Falta de integración del superyó, con precursores no integrados, esencialmente representaciones primitivas de los objetos sádicas e idealizadas. Deteriora el reconocimiento de valores éticos y los sentimientos de culpa. Es un criterio diagnóstico menos fiable que los descritos anteriormente.

➤ El *análisis genético-dinámico* aborda el contenido instintivo en la internalización de las relaciones objetales. En la OP límite destaca una condensación de conflictos instintivos genitales y pregenitales, con predominio de la agresión pregenital (sobre todo oral), relevante para la psicopatología.

También son importantes las frustraciones y agresiones en los primeros años de vida. Probablemente, una excesiva frustración, en especial de las necesidades orales, sea la principal causa del déficit de diferenciación del yo y de los objetos, reforzando la disposición regresiva a refundirlos, en un intento de retener o recuperar la gratificación.

La clínica de los sujetos con OP límite puede resultar anodina sin un examen de la organización caracterológica, que la diferencia de:

- La OP neurótica: identidad del yo estable y defensas de alto nivel (represión y otras). Adicionalmente, sin manifestaciones no específicas de debilidad del yo, superyó relativamente integrado y muy severo, y juicio de realidad conservado.

- La OP psicótica: el principal criterio es la falta del juicio de realidad. Fracaso severo en la integración de la identidad, presencia de defensas primitivas y proceso primario del pensamiento, y superyó deteriorado.

Según Kernberg, *“todos los TP graves, como son el límite, el esquizoide, el esquizotípico, el paranoide, el hipomaniaco, la hipocondría (síndrome con muchas características propias de un TP), el narcisista y el antisocial,... y otros con mejor adaptación social, como la personalidad ciclotímica, sadomasoquista, infantil o histriónica, dependiente y algunos TP narcisistas, comparten la OP límite”* (1996, pp. 120-121), por lo que incluye a todos los TP de los grupos A y B del DSM-IV-TR.

Como indican algunos autores (Inostroza y Quijada, 2001), el sistema de clasificación de los TP de Kernberg integra criterios dimensionales y categoriales. Los primeros diferencian cuantitativamente dimensiones generales (mecanismos defensivos, identidad del yo y juicio de realidad), y aíslan diferentes tipos de personalidad según se alejen o acerquen a sus extremos. Los categoriales, diferencian cualitativamente, dentro de un grado dimensional, un tipo de personalidad de otro por características que los hacen claramente diferentes. Así, la magnitud de una dimensión hace que una entidad nosográfica se distinga de otra, configurándose en un tipo de personalidad distinta, transformándose cantidad en calidad, en un continuo discontinuo.

En el modelo de Kernberg la conjunción de criterios descriptivos de la patología del carácter y criterios estructurales de la OP, como señalan diversos autores (Millon & Davis, 1998b; Díaz Curiel, 1999), diferencia niveles de gravedad, mejora la precisión y comprensión del diagnóstico clínico, y es relevante para el diagnóstico diferencial, el pronóstico y el tratamiento.

Para Kernberg, las características estructurales intrapsíquicas mejoran las limitaciones del diagnóstico descriptivo, siendo el juicio de realidad una herramienta diagnóstica para usar conjuntamente. La cualidad de las relaciones objetales y el grado de integración del superyó suponen los criterios pronósticos más importantes, y la debilidad del yo es indicativa de limitaciones al tratamiento psicoanalítico.

No obstante, como señalan Millon & Davis (1998a) siguiendo a Kernberg, la OP límite no debe considerarse como un diagnóstico específico o distinto, sino como un diagnóstico suplementario, que transmite la dimensión de gravedad en el funcionamiento del yo y de las relaciones objetales.

La imbricación de factores biopsicosociales en la etiología del TP límite condiciona que su diagnóstico requiera explorar la psicopatología y los procesos psicodinámicos subyacentes. Por ello, para obtener diagnósticos precisos conviene considerar, además del DSM, otros enfoques, como el psicoanalítico (Kernberg, 1984; Phillips & Gunderson, 1996).

4. INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

La edición del DSM-III, por un lado, acentuó la importancia de los TP ubicándolos en el Eje II y, por otro, limitó la utilidad de los instrumentos diagnósticos precedentes (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1992); sobre esas premisas se incrementó el desarrollo de herramientas de evaluación.

La literatura consultada sobre instrumentos diagnósticos para el TP límite y la OP límite, evidenció que son numerosos pero sólo parcialmente satisfactorios (Rubio Larrosa et al., 2003; Zimmerman et al., 2005).

El limitado desarrollo de esos instrumentos y la falta de acuerdo sobre la idoneidad de los mismos, justifican la necesidad de seguir investigando este tema y sustentan el propósito de esta tesis.

5. RESUMEN DEL CAPÍTULO

Esta tesis analiza la relación entre el TP límite según criterios DSM-IV-TR y la OP límite según el modelo de O.F. Kernberg, y se justifica por:

1) La importancia clínica y social del TP límite, en la que interactúan diversos aspectos que condicionan la evolución, el pronóstico y el tratamiento.

Sus características clínicas, evolución crónica y pobre respuesta al tratamiento conllevan un deterioro en el funcionamiento psicosocial y un estilo de vida pobre en salud, que tiene consecuencias en los afectados y en otras personas.

Estas particularidades generan una elevada demanda asistencial en servicios médicos y socio-sanitarios, y un elevado coste económico y social.

2) El TP límite es el TP más estudiado, pero su definición resulta controvertida y difícil por las distintas concepciones, la imbricación de factores biopsicosociales en la etiología y su variable sintomatología.

El término *borderline* surgió en una época en la que el Psicoanálisis imperaba en la Psiquiatría, para designar una condición intermedia entre neurosis y psicosis. Su uso fue inconsistente hasta los años 70 y el impulso de estudios psicoanalíticos condujo, en 1980, a incluir el TP límite en el DSM-III.

Con ello se reconocía a un grupo de población hasta entonces sin diagnóstico oficial; se incrementó la investigación, demostrando la consistencia del constructo y la fiabilidad de los criterios diagnósticos; y dejó de ser una entidad con un pobre pronóstico.

La nosología categorial, descriptiva y ateórica del DSM surgió con fines administrativos, refleja el conocimiento vigente basado en literatura empírica, y define y diferencia, en series de criterios, los trastornos por su sintomatología. Su uso es generalizado en clínica, investigación y docencia.

Según el DSM-IV-TR, la característica esencial del TP límite es un patrón de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad, y una notable impulsividad, que se inicia al principio de la edad adulta. Su diagnóstico requiere cinco (o más) de los nueve criterios que lo definen.

La nosología psicoestructural parte de la teoría freudiana. Kernberg aborda la patología de la personalidad desde la teoría de las relaciones objetales, en base a tres criterios: mecanismos de defensa, identidad del yo y juicio de realidad.

Particularidades de esos criterios permiten diferenciar la específica y estable patología estructural del yo de la OP límite, de las OP neurótica y psicótica. En ella subyacen conflictos instintuales en la internalización de las relaciones objetales y frustraciones y agresiones en los primeros años de vida. Todos los TP de los grupos A y B del DSM-IV-TR comparten la OP límite.

Complementar el diagnóstico con una evaluación psicoestructural, mejora las limitaciones observadas en el modelo descriptivo.

3) Los instrumentos para diagnosticar el TP límite y la OP límite son numerosos pero sólo parcialmente satisfactorios; su limitado desarrollo y la falta de acuerdo sobre la idoneidad de los mismos, respaldan la necesidad de seguir investigando este tema y sustentan el propósito de esta tesis.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En la actualidad coexisten las dos conceptualizaciones del TP límite detalladas en el capítulo anterior: la descriptiva, y supuestamente ateórica, definida por los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000), y la psicoanalítica, que en su día compitió con la otra por figurar en el DSM, fundamentada en el marco teórico de la OP límite desarrollado por Otto F. Kernberg (1967, 1984). Ambas son ampliamente usadas en la práctica clínica y sin embargo, no está clara cuál es su coincidencia empírica.

Ante esta situación cabe preguntarse sobre el funcionamiento clínico real de esos dos planteamientos. ¿Cómo es la personalidad desde la perspectiva psicoanalítica de los pacientes diagnosticados de TP límite según criterio DSM-IV-TR?. ¿Los pacientes caracterizados por atributos definitorios de la OP límite cumplen los criterios del diagnóstico de TP límite del DSM-IV-TR?. ¿Cuáles son las coincidencias y cuáles las diferencias entre ambos enfoques en la práctica?.

Averiguarlo sería de sumo interés para mejorar el diagnóstico de ese trastorno, lo que podría repercutir en las técnicas de intervención, la evolución y el pronóstico. Es por ello que esta investigación tenga como finalidad contribuir a dar respuesta a alguno de esos interrogantes.

HIPÓTESIS

Como se detalla en el apartado correspondiente de la Introducción, el enfoque categorial y politético del DSM considera el TP límite como un TP específico y exige para su diagnóstico cinco de los nueve criterios que definen sus rasgos clínicos. Para Kernberg, desde el enfoque psicoanalítico, el TP límite corresponde a un nivel de organización de la personalidad, y es uno de los TP que comparten la OP límite, definida por sus particulares características estructurales. En base a estas premisas se hipotetiza que:

Las personas diagnosticadas de TP límite, de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR, presentan una estructura de personalidad compatible con el concepto psicoanalítico de OP límite descrito por Kernberg.

OBJETIVOS

Para dar respuesta a la hipótesis planteada se considera:

- 1) Identificar y seleccionar instrumentos para el diagnóstico de TP límite según criterios DSM-IV-TR y para evaluar la OP límite según el modelo de Kernberg, a partir de una búsqueda bibliográfica sistemática.
- 2) Obtener una muestra, utilizando el instrumento seleccionado, formada por dos grupos de pacientes, unos con TP límite según DSM-IV-TR, y otros libres de este diagnóstico y de otros TP que comparten la OP límite (paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista y antisocial).
- 3) Evaluar y comparar la presencia de OP límite en ambos grupos, utilizando los instrumentos seleccionados, y cuantificar y analizar las diferencias.

MUESTRA

El procedimiento adoptado para obtener y elaborar la muestra del estudio se fundamentó en las siguientes consideraciones:

1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta la escasa prevalencia del TP límite en población general y su elevada comorbilidad con los T adictivos, para comprobar la hipótesis que se pone a prueba, se decidió tomar como población de estudio a los pacientes ingresados en la Unidad de Deshabitación Residencial y en el Centro de Día de Proyecto Hombre de Alicante (en adelante, Centro). Previa solicitud, la Dirección del Centro emitió la autorización necesaria para la puesta en marcha del procedimiento que configuró la muestra.

Según los datos de Proyecto Hombre Alicante (2006), en el año previo a la captación de la muestra 205 pacientes ingresaron en el Programa *Comunidad de Día*. En base a este volumen, se decidió tomar como población de estudio el total de ingresados desde febrero hasta noviembre de 2007, considerando ese tiempo suficiente para reunir la muestra. Además, las características del programa asistencial facilitaban la vinculación con los pacientes, al permanecer todo el día, o parte de él, en el Centro.

De acuerdo a la información registrada en las historias de los pacientes, éstos se caracterizaban clínicamente por presentar, según criterio DSM-IV-TR, un diagnóstico de T adictivo; algunos de ellos en terapéutica con agonistas (metadona) y los restantes en remisión temprana o sostenida.

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Con el fin de seleccionar una muestra de pacientes adecuada a los objetivos del estudio se aplicaron los siguientes criterios:

- *Criterios de inclusión:* estar ingresado en el Centro y ser mayor de edad.
- *Criterios de exclusión:* presentar un estado mental que pueda alterar la fiabilidad de las respuestas al cumplimentar los cuestionarios: sintomatología psicótica, trastorno de conciencia, deterioro cognitivo, retraso mental, intoxicación aguda por sustancias y síndrome de abstinencia.

3. CAPTACIÓN DE LA MUESTRA

Dado el tamaño de la población de estudio, se decidió evaluar a todos los miembros del colectivo para identificar, y separar, a los que cumplían los criterios de inclusión o exclusión. En este proceso, después de ser informados sobre la finalidad del estudio, los terapeutas del Centro prestaron su colaboración acordando un primer encuentro entre investigadora y pacientes.

La finalidad de esa entrevista clínica fue recabar la colaboración de los pacientes en el estudio, proporcionarles información sobre sus objetivos mediante una *Hoja de información al paciente* (Anexo 1), y evaluar los criterios de inclusión/exclusión, tras lo cual se acordó una segunda entrevista.

Los criterios de exclusión se exploraron en base al juicio clínico y tomando como guía para la presencia de síntomas psicóticos el Módulo B de la SCID-I del DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997c).

En la segunda entrevista, una vez obtenido el *Consentimiento Informado* por escrito (Anexo 2), se procedió a registrar los datos sociodemográficos (Anexo 3) y a comenzar la exploración con los instrumentos seleccionados.

4.TAMAÑO DE LA MUESTRA

El número mínimo de pacientes a estudiar, de forma que pudieran detectarse diferencias entre los grupos, se estimó, precisando el tamaño de la muestra con un planteamiento bilateral, mediante la expresión (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2006):

$$N = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]} \right]^2 + 3$$

En donde, de acuerdo con la distribución normal estándar, se trabaja con un nivel de seguridad $1-\alpha$ (riesgo de cometer un error de tipo I) del 95%, al que corresponde un $\alpha = .05$, y un poder estadístico $1-\beta$ (riesgo de cometer un error de tipo II) del 80%, al que corresponde un $\beta = .2$; resultando $z_{1-\alpha/2} = 1.96$ y $z_{1-\beta} = .84$. Siendo r el valor del coeficiente de correlación de Pearson que se desea estimar.

Para detectar como significativo $r = .3$, corresponde un tamaño de muestra, de acuerdo con los datos asumidos, de $n = 85$. Considerando una pérdida del 50%, la población de estudio debía ser, como mínimo, $N = 170$.

5. ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA MUESTRA

En todo momento se preservó la privacidad y confidencialidad de los participantes en el estudio, siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial (2000).

Con la finalidad de avalar esas intenciones, se elaboró un modelo de Consentimiento Informado, como indica esa Declaración, para pedir la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización de datos. Ese documento requiere la firma del paciente, y explicita que la custodia de datos corresponde a la investigadora del estudio.

En el siguiente capítulo se detallan las particularidades del método aplicado en referencia a diseño del estudio, búsqueda bibliográfica, identificación y selección de instrumentos, y análisis estadístico de datos.

MÉTODOS

1. DISEÑO

Para lograr los objetivos planteados, se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y comparativo de un grupo de sujetos diagnosticados de TP límite según criterio DSM-IV-TR, y otro grupo libre de ese diagnóstico, así como de otros TP que comparten la OP límite (paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista y antisocial). Ambos grupos se estudiaron con instrumentos estandarizados para evaluar la OP límite. Se valoró la compatibilidad entre el diagnóstico DSM-IV-TR del TP límite y la OP límite.

2. METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Con la finalidad de actualizar la información sobre instrumentos para diagnosticar el TP límite, según criterio DSM-IV-TR, y para evaluar la OP límite, según el modelo de Kernberg, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos y recursos bibliográficos más relevantes.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda fueron: trastorno límite de la personalidad (borderline personality disorder), diagnóstico DSM-IV-TR (DSM-IV-TR diagnosis), organización límite de la personalidad (borderline personality organization), diagnóstico psicodinámico (psychodynamic diagnosis) y Kernberg O.F. Se examinaron los tesauros de las bases de datos y se combinaron las palabras clave usando operadores lógicos o booleanos, signos de truncado o comodines y operadores posicionales.

Las bases de datos consultadas fueron las siguientes:

- EMBASE. Productor: Elsevier B.V. (Holanda). Cobertura temporal: desde 1974 hasta la actualidad. Cobertura geográfica: Internacional (70 países). Materias: Medicina, Farmacia, Psiquiatría. Idioma: inglés. Distribuidor: Elsevier, Dialog, Ovid.
- IME. Productor: Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, CSIC y Universidad de Valencia (España). Cobertura temporal: desde 1971 hasta la actualidad. Cobertura geográfica: España. Materias: Biomedicina, Psiquiatría. Idioma: español. Distribuidor: CTI (Centro Técnico de Informática), CSIC.
- LILACS. Productor: BIREME (Brasil). Cobertura temporal: desde 1982 hasta la actualidad. Cobertura geográfica: Países de América Latina y Caribe. Materias: Ciencias de la Salud. Idiomas: español, portugués e inglés. Distribuidor: BIREME.
- MEDLINE. Productor: National Library of Medicine (USA). Cobertura temporal: desde 1950 hasta la actualidad. Cobertura geográfica: Internacional (70 países). Materias: Medicina, Farmacia, Psiquiatría. Idioma: inglés. Distribuidor: Chemical Abstracts Service, Ovid, Dialog, CSA, OCLC.
- PSICODOC. Productor: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Cobertura temporal: desde 1975 hasta la actualidad. Cobertura geográfica: España y América Latina. Materias: Psicología y disciplinas afines. Idiomas: español y portugués. Distribuidor: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- PSYCINFO. Productor: American Psychological Association. Cobertura temporal: desde 1887 hasta la actualidad. Cobertura geográfica: Internacional (45 países). Materias: Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Medicina. Idiomas: inglés y otros. Distribuidor: American Psychological Association, Ovid, Dialog, CSA, OCLC.

A partir de la búsqueda inicial, se ha continuado recogiendo referencias basadas en la bibliografía y los autores de los artículos seleccionados.

3. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Concluida la búsqueda bibliográfica, se valoraron los instrumentos identificados con vistas a escoger aquellos cuyo contenido y cualidades psicométricas fueran más pertinentes para los objetivos del estudio.

Los instrumentos se seleccionaron en base a dos criterios: cumplir condiciones adecuadas de calibrado y estar disponibles en castellano.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las principales técnicas estadísticas utilizadas para analizar los datos obtenidos, fueron:

- Para estimar la consistencia interna de los cuestionarios se calculó el alfa de Cronbach, y para analizarla se tomó en cuenta el efecto sobre alfa de mantener o suprimir cada ítem en función de su correlación con la puntuación total del cuestionario.
- La estructura dimensional de los cuestionarios se valoró mediante el Análisis de Componentes Principales con rotación varimax de ejes, extrayendo los componentes con valor propio superior a uno. Se exploraron varias soluciones en función del Scree Plot y de la significación clínica de las estructuras obtenidas.
- Para la comparación de diferencias de variables de distribución continua se usó la prueba t de Student para dos muestras independientes y el análisis de la varianza para más de dos muestras; para las nominales la prueba de Independencia χ^2 de Pearson.

- Las correlaciones entre las variables se estimaron aplicando el coeficiente de correlación de Pearson. En todos los casos se aceptó como significativo un nivel de error alfa inferior al 5%.
- Para el Análisis Multivariante, de acuerdo con el carácter categórico de la variable dependiente (caso/control), se aplicó el Análisis de Regresión Logística Binaria, utilizando la entrada en bloque de las variables, y construyendo los modelos con aquellas que habían alcanzado un nivel de correlación significativo con la variable dependiente en los análisis bivariantes previos.

La estimación de parámetros se realizó con la versión 16.0 del SPSS (Statistical Product and Service Solutions) para windows (2008).

Los resultados del análisis de datos se exponen a continuación, sin embargo, algunos de ellos, por considerarse de importancia secundaria para los fines de esta investigación, se ubican aparte en el Anexo 4, siguiendo el orden alfabético español las tablas, y el de los números romanos las figuras.

RESULTADOS

1. SELECCIÓN Y VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los documentos obtenidos en la búsqueda bibliográfica se revisaron, y se separaron los de interés. Sobre éstos, se realizó una *búsqueda no sistemática*, que amplió y completó la anterior, al explorar su bibliografía y buscar artículos de los autores y documentos relacionados. Durante el estudio se actualizó periódicamente la bibliografía, por medio de alertas en Medline para los términos: personality disorder, borderline personality disorder y borderline personality diagnosis.

Como resultado de la búsqueda bibliográfica inicial se identificaron 66 instrumentos para diagnosticar el TP límite o para explorar sus características clínicas, y 14 para evaluar la OP límite o sus dimensiones estructurales. Entre los que cumplían los criterios de selección establecidos (condiciones adecuadas de calibrado y estar disponibles en castellano), destacaron:

➤ *Instrumentos vinculados a la nomenclatura DSM para el diagnóstico de TP límite*

Principalmente *entrevistas semiestructuradas* como la Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990), la Structured Interview for DSM-IV Personality (Pfohl, Blum & Zimmerman, 1997) y el International Personality Disorder Examination (Loranger et al., 1994); *cuestionarios autoaplicados* como el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham & Tellegen, 1989), el Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Millon, Millon & Davis, 1994) y el Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (Clark, 1993); y *métodos Q-sort* para autoinformes, como The Shedler-Westen Assessment Procedure (Westen & Shedler, 1999b).

La SIDP-IV (Pfohl et al., 1997) evalúa criterios DSM-IV organizados en 17 secciones temáticas, requiere entrenamiento previo y no se localizó ninguna versión adaptada al español, por lo que se desestimó.

El módulo DSM-IV del IPDE, del que existe una versión española (OMS, 1996), contiene un cuestionario autoaplicado con 77 ítems de respuesta verdadero-falso y función de screening, y una entrevista semiestructurada con 99 ítems. Evalúa los criterios de los TP y exige el testimonio del paciente y de un informante, precisando su aplicación más tiempo. Este último aspecto, y la no disponibilidad de entrenamiento, desaconsejaron su uso para el estudio.

Los cuestionarios autoaplicados, aunque tienen la ventaja de ahorrar tiempo, se descartaron por no poseer validez y fiabilidad adecuadas para producir diagnósticos (Hurt et al., 1984; Widiger & Frances, 1987).

Para los fines de esta investigación resultó pertinente usar la Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (en adelante, SCID-II), versión española de Pérez Prieto et al. (2008), de la original de Spitzer et al. (1990), ya que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, se ajusta a los criterios DSM-IV-TR y se acompaña de un cuestionario de screening; además, tenía la ventaja de posibilitar la formación de la entrevistadora por el grupo que la adaptó.

➤ *Instrumentos no vinculados a la nomenclatura DSM para el diagnóstico de TP límite*

La Diagnostic Interview for Borderline (Gunderson, Kolb & Austin, 1981) es una entrevista semiestructurada específica para el diagnóstico de TP límite, de la que existen dos versiones españolas (DIB-R), descartadas por no basar el diagnóstico en criterios DSM. Una de ellas (Barrachina et al., 2004), usa como patrón oro la versión española de la SCID-II para el DSM-III-R de Gómez Beneyto et al. (1994); la otra (Szerman et al., 2005), el DSM-IV. Además, la DIB-R explora los dos últimos años y sólo evalúa el TP límite, siendo inviable para la investigación que contempla evaluar, además, otros TP que comparten la OP límite.

➤ *Instrumentos para evaluar la OP límite según el modelo de Kernberg*

Este autor diseñó un instrumento específico que evalúa la OP límite, el Inventory of Personality Organization (Kernberg & Clarkin, 1995), del que existe una versión española desarrollada por Gómez Beneyto, Pérez Prieto y Plumed Domingo (2004b), el Cuestionario de Organización de la Personalidad. El manuscrito, no publicado, lo facilitaron los autores para esta investigación (en adelante, ambas versiones se refieren con el acrónimo inglés IPO).

El Borderline Personality Inventory (Leichsenring, 1999), un instrumento autoaplicado que evalúa la OP límite en base al modelo de Kernberg y que es compatible con los criterios DSM-IV, lo recomienda el autor como herramienta de screening para la OP límite y el TP límite. Esta particularidad hizo que se descartara para el estudio, a pesar de su demostrada validez y fiabilidad (Chabrol et al., 2004; Chabrol & Leichsenring, 2006).

Recientemente, Smits, Vermote, Claes & Vertommen (2009) han publicado los resultados preliminares de una versión abreviada, el IPO-R, y señalan la necesidad de mejorar su validez y fiabilidad. Stern et al. (2010), basándose en estudios previos del IPO, han elaborado la Structured Interview of Personality Organization (STIPO), entrevista semiestructurada que evalúa la patología de la personalidad según el modelo de Kernberg, y con demostrado valor para enriquecer el diagnóstico de TP límite producido con la SCID-II (Fischer-Kern et al., 2011). El instrumento, adecuado para los objetivos de esta tesis, no estuvo disponible para el trabajo de campo, al coincidir con el proceso de validación; además, habría sido difícil acceder a un equipo de entrenamiento.

Al observar en la literatura consultada la importancia del afecto y de la agresividad en la OP límite (Conklin, Bradley & Westen, 2006; Koenigsberg et al., 2002; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg & Foelsch, 2001; Putnam & Silk, 2005), se decidió localizar también instrumentos para evaluar esos rasgos de personalidad.

➤ *Instrumentos para evaluar el afecto y la agresividad*

Se seleccionaron dos cuestionarios, ampliamente utilizados y con sólidas propiedades psicométricas:

El Cuestionario de Afecto Positivo y Negativo, de Sandín et al. (1999a), versión española de la Positive and Negative Affect Schedule (en adelante, ambas versiones se refieren con el acrónimo inglés PANAS), original de Watson, Clark & Tellegen (1988).

El Cuestionario de Agresión, de Castrillón, Ortiz y Vieco (2004), versión en castellano modificada del Aggression Questionnaire (en adelante, ambos se refieren con el acrónimo inglés AQ), original de Buss & Perry (1992).

1.A. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II (SCID-II)

La SCID-II surgió a partir del módulo para los TP, desarrollado por Jonas en 1984, de la Structured Clinical Interview for DSM-III, separado más tarde, dada su extensión y el creciente interés en investigar los TP. Pretende aportar una herramienta de evaluación rápida de los TP, sin mermar la fiabilidad y validez diagnósticas (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995a). La versión final de la SCID-II para el DSM-III-R (Spitzer et al., 1990), impulsada por estudios de fiabilidad (First et al., 1995b), incorporó un cuestionario con función de cribado.

La conveniencia de disponer de un instrumento estandarizado que identificara y diagnosticara TP en población de habla española, llevó a Gómez Beneyto et al. (1994), a traducir y adaptar al español la SCID-II, produciendo alguna modificación. Con la intención de elevar la sensibilidad del cuestionario, cambiaron las preguntas por aseveraciones y las respuestas dicotómicas por una escala Likert de 7 puntuaciones; introdujeron 137 ítems, en vez de los 113 originales; y crearon una aseveración para los criterios que no la tenían.

El estudio de fiabilidad se realizó en el Hospital Clínico de Valencia, sobre una muestra de 60 pacientes psiquiátricos. Psiquiatras entrenados

evaluaron en la entrevista los ítems del cuestionario con puntuación positiva, y emitieron los diagnósticos sin tener en cuenta otras informaciones del paciente.

Con el cuestionario diagnosticaron 257 TP, distribuidos entre el 80% de los pacientes, y confirmaron 35 en la entrevista, repartidos entre el 42%. Sus resultados evidenciaron la utilidad del cuestionario para minimizar la pérdida de verdaderos positivos, y la satisfactoria fiabilidad interevaluadores de la entrevista (κ entre .37 y 1 para el acuerdo en un TP específico, entre .96 y .97 para el acuerdo en un cluster, y .85 para presencia/ausencia de TP).

La validez del cuestionario se estimó contrastando sus parámetros con los obtenidos en la entrevista. De los distintos puntos de corte probados resultaron unos valores predictivos positivos satisfactorios, salvo para el cluster C (*VPP* .8 para el total, .63 para el cluster A, .69 para el B y .25 para el C).

La baja prevalencia de algunos diagnósticos obstaculizó el estudio al reducir la fiabilidad del instrumento, y el pobre tamaño y representatividad de la muestra no permitió establecer firmes conclusiones. Por ello, los autores recomiendan no usar su versión del cuestionario para screening, pero sí conjuntamente con la entrevista para abreviar el tiempo de administración.

Posteriormente, Pérez Prieto (2001), con una modificación del método LEAD (Longitudinal Expert Evaluation using All Data, Spitzer, 1983), aplicado al estudiar la validez de la SCID-II original, realizó el estudio de validación de la versión de Gómez Beneyto et al. (1994), y demostró la adecuada validez de la entrevista frente al juicio clínico (para el TP límite, $\kappa = .78$; para los demás TP específicos, κ entre .68 y .93).

La versión revisada y actualizada de la SCID-II para el DSM-IV la desarrollaron First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin (1997a), añadiendo una guía para el usuario (1997b).

Sobre la base de los criterios diagnósticos de los TP del DSM-IV-TR, Pérez Prieto et al. (2008) modificaron la SCID-II de Gómez Beneyto et al., resultando la versión de la SCID-II para el diagnóstico de los TP del Eje II y del

Apéndice B del DSM-IV-TR (Anexo 5), aplicada en esta investigación, y cuya batería diagnóstica está compuesta por:

- Un cuestionario autoaplicado con 128 aseveraciones.
- Una entrevista semiestructurada con 137 ítems; 128 coinciden con los del cuestionario, y nueve responden a observaciones durante la entrevista.
- Una plantilla para la recogida sistemática de toda la información, permitiendo realizar el diagnóstico al mismo tiempo que la entrevista.

Por su función de cribado el cuestionario reduce el tiempo de la entrevista, en la que solamente se exploran los ítems con respuesta positiva (entre 5 y 7) en aquél. Esta forma de proceder se justifica porque al preguntar verbalmente, el sujeto ratificará la aseveración negada sobre el papel. El mecanismo por el que actúa como instrumento de cribado se basa en su inferior umbral de respuesta positiva respecto a la entrevista, produciendo una elevada proporción de falsos positivos. No obstante, si en la entrevista se perciben indicios de positividad en un ítem contestado negativamente, debe explorarse, con lo que se reducen los falsos negativos.

La mayoría de ítems del cuestionario coinciden en la entrevista con la pregunta de un criterio; sin embargo, algunos criterios corresponden a más de un ítem del cuestionario y, si alguno es positivo, se explora el criterio. También se evalúan en la entrevista los ítems negativos en el cuestionario cuando sólo falta uno para alcanzar el umbral de un diagnóstico.

La entrevista SCID-II interroga el comportamiento, las relaciones y la capacidad de introspección del sujeto, buscando rasgos de personalidad habituales en la mayoría de los aspectos de la vida adulta, desde su inicio; en caso de duda, se confirma su presencia en los últimos 5 años. Una excepción es el T disocial que valora la conducta antes de los 13 ó 15 años, cuya presencia se requiere para diagnosticar el TP antisocial.

La exploración debe corresponder a los criterios diagnósticos generales para los TP del DSM-IV-TR, del que difiere en el orden de presentación. Comenzar con el grupo A podría obstaculizar la relación entrevistado-

entrevistador, lo que se evita abordando en primer lugar el grupo C (por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo), seguido del Apéndice B (pasivo-agresivo y depresivo), el grupo A (paranoide, esquizotípico y esquizoide), y el grupo B (histriónico, narcisista, límite y antisocial). La presencia del criterio general para un TP, sin cumplir criterios de algún trastorno específico, se diagnostica como TP no especificado.

Cada criterio se evalúa por una o más preguntas; si persisten dudas, se piden ejemplos adicionales o se improvisan otras preguntas, hasta verificar su presencia o ausencia. Según la información obtenida, se puntúa:

- ¿. Información inadecuada.
- 1. Ausente o falso.
- 2. Subumbral.
- 3. Umbral o presente. Esta puntuación dispone de una formulación operativa para cada ítem, y supone que el sujeto da explicaciones o ejemplos convincentes, o que hay información derivada del comportamiento durante la entrevista, o de otras fuentes, para confirmar que las características del ítem son patológicas, persistentes y generalizadas.

Los criterios pueden recodificarse a partir de información de familiares o profesionales que atendieron al sujeto. El resultado de la evaluación con la SCID-II permite, para cada TP, un diagnóstico categorial (presente o ausente) o dimensional (número de criterios codificados como 3).

La correcta aplicación de la SCID-II requiere que el entrevistado posea capacidad de comprensión lectora, que el entrevistador, que debe ser un profesional, haya sido entrenado en su manejo y que previamente se hayan descartado patologías del Eje I (First et al., 1997b; Pérez Prieto et al., 2008), para confirmar que los criterios no se limitan al periodo de otro trastorno. Esta práctica puede evaluarse con la SCID-I (First et al., 1997c), o en una entrevista clínica no estructurada, y también permite conocer antecedentes de interés.

Aunque no está demostrada su fiabilidad, el cuestionario puede ser útil para screening en epidemiología (Campo Arias, Díaz Martínez y Barros

Bermúdez, 2008; Gárriz y Gutiérrez, 2009; Gómez Beneyto et al., 1994; Pérez Prieto et al., 2008). Ekselius, Lindstrom, von Knorring, Bodlund & Kullgren (1994), aplicaron una versión sueca de la SCID-II a pacientes psiquiátricos y compararon los diagnósticos del cuestionario (73%) y la entrevista (54%), observando que, al exigir en el cuestionario un criterio más que el DSM-III-R, los diagnósticos (58%) se acercaban a los de la entrevista. Los autores sugirieron esta estrategia para estimar la tasa aproximada de TP en una población.

Diversos estudios evidencian que la validez y fiabilidad de la SCID-II es similar o superior a la de otras entrevistas, y mejor que la de cuestionarios autoaplicados (Clarkin et al., 1993; Fossati et al., 1999; Kranzler, Kadden, Babor, Tennen & Rounsaville, 1996; Rodebaugh et al., 2005). Traducida a los idiomas más importantes, el uso de la versión completa, o las secciones de interés, es habitual en contextos clínicos, de investigación y legales.

Como en esta investigación, varios autores han comparado diagnósticos de la SCID-II con los de otras técnicas de evaluación. Andión et al. (2008), en pacientes con diagnóstico de TP límite basado en el juicio clínico, observaron una elevada concordancia con la SCID-II (69.9%) y concluyeron que el juicio clínico genera falsos positivos, siendo recomendable aplicar ambos métodos para diagnosticar el trastorno. Esta conclusión apoya la propuesta de que la fiabilidad de las entrevistas semiestructuradas para el diagnóstico de TP límite es mejor que la obtenida solamente por el juicio clínico (Skodol et al., 2002; Zimmerman & Mattia, 1999b), estando más en función del entrenamiento y experiencia del evaluador en el uso de la SCID-II, que del instrumento en sí.

1.B. *The Inventory of Personality Organization (IPO)*

La *entrevista estructural*, diseñada por Kernberg (1977, 1984), evalúa la organización de la personalidad en base a la exploración psiquiátrica y psicodinámica, y muestra una adecuada convergencia con otras técnicas diagnósticas (Bauer, Hunt, Gould & Goldstein, 1980; Kernberg et al., 1981).

A pesar de su valor clínico, su uso requiere un complejo entrenamiento y mucho tiempo, lo que resulta costoso en amplias muestras. Para hacerla más operativa, Kernberg & Clarkin (1995) diseñaron el IPO, un instrumento autoaplicado que explora la personalidad, cuantitativa y cualitativamente. Consta de 155 ítems que representan a las dimensiones del modelo de Kernberg y a fenómenos interpersonales. Las escalas primarias suman 57 ítems; 16 evalúan defensas primitivas, 21 difusión de identidad y 20 juicio de realidad. Permite distintas instrucciones temporales, y la puntuación de los ítems sigue un formato Likert con 5 opciones de respuesta.

Lenzenweger et al. (2001), examinaron las propiedades psicométricas de las escalas primarias del IPO, hipotetizando que un modelo de tres factores aportaría mejor ajuste que otro con menos factores.

El estudio se realizó sobre una muestra de 249 estudiantes de la Cornell University (Ithaca, NY), con una edad media de 19.67 años, que rellenaron los cuestionarios en grupos supervisados. La muestra se purgó con la Infrequency Scale (Personality Research Form, Jackson, 1974), sin eliminar a nadie.

Los resultados evidenciaron la notable consistencia interna del IPO para la muestra total (α .81 en defensas primitivas, y .88 en difusión de identidad y juicio de realidad), y para los grupos según sexo (α entre .79 y .88). La distribución de puntuaciones totales fue aceptable, sobre todo para defensas primitivas y difusión de identidad; el juicio de realidad presentó ligeras desviaciones positivas, por tratarse de una dimensión más patológica.

La validez de constructo, comprobada en cuatro modelos diferentes, apoyó una estructura latente de dos y de tres factores. La de tres correspondía al modelo de Kernberg y, a pesar de su mejor significación estadística, no mejoró el ajuste bifactorial. Este último modelo, aglutinó los ítems de defensas primitivas y difusión de identidad en un factor, y los del juicio de realidad en otro y, según los autores, representa más eficientemente la estructura del IPO, por ser consistente con la teoría de Kernberg que acentúa la estrecha relación entre defensas primitivas y difusión de identidad en la OP límite, quedando aparte el juicio de realidad que la diferencia de las psicosis.

Los resultados no mostraron diferencias respecto al sexo, coincidiendo con Kernberg que descarta la vulnerabilidad a desarrollar OP límite según sexos, detectándose diferencias en muestras clínicas, pero no en comunitarias.

Los autores también hipotetizaron que la OP límite se asocia con niveles altos de afecto negativo y bajos de afecto positivo, y descontrol de agresividad. Además, dado que Kernberg otorga un papel clave a la agresividad en el desarrollo de defensas primitivas y difusión de identidad, éstas se asociarían con afecto negativo y descontrol de agresividad, y el daño en el juicio de realidad sería más patente en presencia de altos niveles de afecto negativo.

Al evaluar el afecto y la agresividad con la PANAS (Watson et al., 1988) y las subescalas irritabilidad y ataque del Buss-Durkee Hostility Inventory (Buss & Durkee, 1957), respectivamente, los resultados confirmaron sus hipótesis, dando testimonio de las proposiciones del modelo de Kernberg.

El IPO está traducido y adaptado a los principales idiomas. Diversos autores informan de su adecuada validez, fiabilidad, estabilidad temporal y correlación con medidas bien establecidas de TP. Ejemplos en muestras clínicas y controles sanos son, el estudio de Ben Dov et al. (2002) con la versión chilena, y el de Berghuis, Kamphuis, Boedijn & Verheul (2009) con la holandesa; en población general, el de Normandin et al. (2002) con la versión francesa, y el de Quiroga, Castro y Fontao (2003) con la argentina. Además, otros autores (Foelsch et al., 2000; Gómez Santa María, 2008) han demostrado que las escalas del IPO son adecuadas para distinguir los TP del DSM-IV. Las diferencias observadas entre los estudios, según los autores, obedecen sobre todo a influencias culturales más que a patologías de personalidad, lo que refuerza la validez del instrumento.

Los datos disponibles avalan la utilidad del IPO para evaluar patología de la personalidad y para screening en amplias muestras, ya que el modelo de Kernberg abarca el funcionamiento patológico y no patológico de la personalidad. También es útil para valorar la eficacia terapéutica, mostrándose sensible a los cambios producidos por el tratamiento. Por último, es de señalar que permanece en continua revisión.

La traducción y adaptación al español del IPO de Gómez Beneyto et al. (2004b) fue revisada y aprobada por Kernberg, quien propuso dos correcciones, enmendadas (24 *–hago cosas impulsivamente que creo que son socialmente inaceptables*, y 44 *–puedo ver u oír cosas que nadie más puede*).

En esta investigación se aplicó esa versión española del IPO, cambiando el enunciado del elemento 3 (*ha pasado mucho tiempo desde que alguien me enseñó o me dijo algo que yo no sabía*, por, *pasa mucho tiempo desde que alguien me enseña o me dice algo que yo no sé*), para expresar con más precisión la instrucción temporal *en general*, correspondiente a la vida adulta del sujeto (Anexo 6). Los ítems 1 a 16 miden defensas primitivas, del 17 al 37 difusión de identidad y del 38 al 57 juicio de realidad. Las opciones de respuesta son similares a las del instrumento original (escala Likert de 1 a 5), y la prueba se corrige sumando las puntuaciones obtenidas en cada escala.

1.C. *The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*

La falta de consenso sobre las dimensiones del afecto y la publicación de estudios que lo vinculaban con rasgos de personalidad, condujo a Watson & Tellegen (1985) a reanalizar estudios sobre autoinformes del humor. De sus resultados concluyeron que las dimensiones más consistentes en la estructura del afecto, no correlacionadas entre sí, son afecto positivo y afecto negativo.

Posteriormente, Watson et al. (1988) observaron la inadecuación de muchas medidas del afecto por su pobre fiabilidad y validez y, con la intención de resolver esos inconvenientes, construyeron la PANAS, un instrumento fácil de administrar, que consensúa el modelo bifactorial de Watson & Tellegen.

Para obtener descriptores puros del afecto los autores administraron un cuestionario autoaplicado, con 60 términos (Zevon & Tellegen, 1982) y varias instrucciones temporales, a un amplio grupo de estudiantes y trabajadores de la Southern Methodist University (Dallas, Texas), y a otro menor de pacientes psiquiátricos. En base a la adecuación de los pesos factoriales que resultaron

en el análisis de datos, separaron dos escalas, con 10 descriptores de afecto positivo y 10 de afecto negativo, que componen la PANAS.

Ambas escalas mostraron una notable fiabilidad y validez, que se mantenían al modificar las instrucciones temporales (α .88 en afecto positivo y .87 en afecto negativo, para *en general*, y entre .84 y .90 para las demás; varianza total explicada entre 87.4% para *ahora*, y 96.1% para *en general*), avalando la utilidad de la PANAS como instrumento de medida del afecto.

Más tarde, Watson & Clark (1994) desarrollaron la PANAS-X (Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form). Sus 60 ítems exploran, con adecuada fiabilidad y validez, aspectos específicos del afecto, y está adaptada al español (Alcalá, Camacho, Giner, D., Giner, J. e Ibáñez, 2006).

El instrumento consta de cuatro escalas, con diversas subescalas: escala general de dimensiones básicas (afectividad negativa y afectividad positiva), emociones negativas básicas (miedo, hostilidad, culpa y tristeza), emociones positivas básicas (jovialidad, autoconfianza y atención) y otros estados afectivos (fatiga, serenidad y sorpresa). Para los fines de esta investigación, esta medida del afecto no supone una gran ventaja respecto a la obtenida con la PANAS y, puesto que requiere mayor tiempo de aplicación, se rechazó.

La validación preliminar al español de la PANAS la desarrollaron Joiner, Sandín, Chorot, Lostao & Marquina (1997), sobre una muestra de mujeres de 45 a 65 años de edad y nivel cultural medio-bajo. El análisis de datos produjo una estructura de dos factores relativamente independientes, afecto positivo y afecto negativo, con aceptable fiabilidad y validez (α .78 para afecto positivo y .75 para afecto negativo, $\chi^2 = 391.95$, $gl = 2$, $p < .0001$). Los resultados fueron convergentes con los de otros estudios de Asia, Europa y Norteamérica.

Con esa versión de la PANAS, Sandín et al. (1999a), analizaron la validez de la estructura bidimensional del afecto y su estabilidad en hombres y mujeres, sobre una muestra de 712 estudiantes de las Universidades Autónoma y Complutense de Madrid, con una edad media de 20.53 años.

Los autores consideraron que alguna descripción afectiva de la PANAS original podía ser ambigua por disponer solamente de un descriptor para cada elemento y, en base a los resultados de Joiner et al. (1997), añadieron otro descriptor cuando lo creyeron necesario, mejorando la validez de constructo.

En el análisis de datos resultaron dos factores, afecto negativo y afecto positivo (varianza total explicada 49.20%; el factor afecto negativo explica el 25.50 %, y el factor afecto positivo el 23.70%), independientes y con un alto nivel de consistencia ($\alpha = .91$ para afecto negativo y $.89$ para afecto positivo en hombres, y $.89$ para afecto negativo y $.87$ para afecto positivo en mujeres).

Estos resultados, que complementaron y ampliaron los de Joiner et al., avalaban la validez y fiabilidad de la versión española de la PANAS, al aportar información empírica a favor del modelo bidimensional del afecto, y ser concordantes con los de Watson et al. (1988) y los de otros estudios con muestras de diferentes culturas. Los resultados en hombres y mujeres sugerían que esa estructura no se modifica por diferencias de sexo.

Las excelentes cualidades de la PANAS hacen que sea una de las medidas del afecto más empleadas en estudios básicos e investigación clínica.

La escala afecto positivo representa la capacidad de sentir bienestar, entusiasmo, de estar activo y participativo, y de experimentar estados de ánimo consecuentes. La de afecto negativo supone una dimensión de distrés y disposición a experimentar estados emocionales aversivos (tristeza, hostilidad, ira, culpa, miedo y nerviosismo). Estas dimensiones del afecto se pueden conceptualizar como estados afectivos, o como disposiciones personales más o menos estables (Santed, Sandín, Chorot, Olmedo y García-Campayo, 2001).

En esta investigación se aplicó la PANAS de Sandín et al. (1999a), con alguna modificación (Anexo 7). Los descriptores *interesado (que muestro interés)*; *atento, esmerado*; e *intranquilo o preocupado*, se cambiaron por: *con interés, atento e intranquilo*, respectivamente; se invirtió el orden de los ítems 1 y 2, al considerar que comenzar con el elemento *con interés* podía crear susceptibilidad en los entrevistados, por el solapamiento de significados.

Los descriptores de la PANAS exploran cómo suele sentirse, *en general*, una persona, con respuestas sobre una escala Likert de 5 puntuaciones. La prueba se corrige sumando los valores marcados en cada ítem (Sandín, Valiente y Chorot, 1999b) para computar las escalas:

- Afecto Positivo: 2, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 y 19.
- Afecto Negativo: 1, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 y 20.

1.D. *The Aggression Questionnaire (AQ)*

Clínicamente es relevante distinguir las formas en que se expresa la hostilidad, a veces abiertamente como hostilidad o ataque físico, otras encubierta bajo una conducta amenazante o un chismorreo.

Considerando ambiguos los instrumentos disponibles, por medir la hostilidad general, Buss & Durkee (1957) desarrollaron el Hostility-Guilt Inventory (BDHI), un instrumento ampliamente utilizado (Lange et al., 1995a, 1995b; Oquendo et al., 2001), que evalúa la hostilidad global y diversos aspectos de la misma.

Para definir subclases de hostilidad típicas en la clínica, los autores reunieron un grupo de ítems de otros estudios (Buss, Durkee & Baer, 1956), los modificaron y seleccionaron; además, dada la relación entre culpa y hostilidad, la añadieron al inventario. Éste integra las escalas: ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, suspicacia, hostilidad verbal y culpa.

En el análisis de las escalas resultaron dos componentes de hostilidad idénticos para ambos sexos; uno cognitivo, que agrupa los ítems de resentimiento y suspicacia, y el otro conductual, que agrupa los de ataque, hostilidad indirecta, irritabilidad y agresividad verbal. Los ítems de las escalas culpa y negativismo no presentaron idéntica distribución en ambos sexos.

Más tarde, Buss & Perry (1992) construyeron un instrumento autoaplicado, *The Aggression Questionnaire (AQ)* que, como el BDHI, mide

varios componentes de la agresividad y reúne criterios psicométricos vigentes. El estudio se realizó sobre una muestra de 1.253 estudiantes de la Universidad de Texas (Austin, Texas), de 18 a 20 años, distribuidos en tres grupos.

El formato inicial lo integraron 52 ítems, seleccionados, y algunos modificados, de los principales componentes de la agresividad del cuestionario de Buss & Durkee (1957), a los que añadieron otros. El análisis de datos produjo cuatro factores, denominados agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad; esa estructura se reprodujo en las 3 muestras, y en ambos sexos.

Los autores realizaron la selección de ítems y su adscripción a los factores en base a los pesos factoriales: cargar al menos .35 en su propio factor y menos de .35 en cualquier otro. Veintitrés no cumplieron ese criterio y fueron excluidos, quedando formado el AQ por 29 elementos, con opciones de respuesta sobre una escala tipo Likert de 1 a 5.

La consistencia interna resultó considerable para el total del cuestionario (α .89), y para las escalas (agresividad física .85, agresividad verbal .72, ira .83 y hostilidad .77); y la fiabilidad test-retest mostró una adecuada estabilidad en el tiempo (κ .80 para agresividad física, .76 para agresividad verbal, .72 para ira y para hostilidad, y .80 para el total del AQ).

Según este modelo, la agresividad integra un componente cognitivo representado por la escala hostilidad, uno conductual representado por las escalas agresividad física y agresividad verbal, y uno afectivo representado por la escala ira, que expresa el preludio del componente conductual.

Los autores interpretaron las puntuaciones más elevadas en hombre que en mujeres en hostilidad y agresividad física y verbal, pero no en ira, en el sentido de que, unos y otras sienten ira, pero ellas inhiben su expresión.

García-León et al. (2002) estudiaron la validez y fiabilidad de una versión española del AQ, aplicada sobre dos muestras, una de 384 universitarios de Jaén, con una edad media de 21.6 años, y otra de 57 prisioneros, con una edad media de 20.7 años.

Sus resultados mostraron una estructura con consistencia interna adecuada (α .82 para el total del AQ, y entre .57 y .77 para las escalas), estable en el tiempo (κ .81 para el total del AQ, y entre .57 y .88 para las escalas), y con capacidad para discriminar entre sexos y entre poblaciones.

Sin embargo, al asignar los ítems con el mismo criterio que Buss & Perry, el 21 y el 24 no lo cumplían y los eliminaron, quedando el cuestionario con 27 ítems. Además, en la solución de cuatro factores, denominados ira con resentimiento, agresividad verbal, agresividad física y desconfianza, los componentes no presentaban la misma distribución que en el AQ original, modificándose su estructura. No obstante, los autores concluyeron que el AQ era útil para evaluar la agresividad en muestras españolas.

Con la finalidad de disponer de un instrumento válido y fiable para estudiar la agresividad en poblaciones con alto índice de violencia, como la colombiana, Castrillón et al. (2004) desarrollaron un estudio transversal, sobre una muestra de 717 universitarios de Medellín, con edades de 16 a 25 años. Aplicaron un cuestionario de 40 ítems, constituido por los 29 del AQ de Buss & Perry y 11 reiteraciones de los anteriores.

La estructura original del AQ se modificó al producir el análisis de datos una solución de cinco factores, con suficiente consistencia interna (α .82 para el total y, entre .41 y .86 para las escalas), denominados: autocontrol de la agresividad física, percepción de hostilidad externa, autocontrol de la agresividad verbal, desconfianza y no agresividad.

Los autores eliminaron los ítems con menor correlación con la puntuación total del instrumento por no alcanzar saturaciones significativas en ningún factor, resultando la versión Medellín del AQ con 19 ítems.

En esta investigación se aplicó una versión del AQ (Anexo 8) modificada del Cuestionario de Agresión de Castrillón et al., integrada por los 29 ítems originales de Buss & Perry, que exploran las formas de pensar, sentir o actuar, con la instrucción temporal *en general*. Los elementos del AQ no se agrupan en

las escalas de pertenencia, como el original, sino que se entremezclan como lo hacen Castrillón et al. Cada escala está formada por los siguientes ítems:

- Agresividad física: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 24, 27 y 29.
- Agresividad verbal: 2, 6, 10, 14 y 18.
- Ira: 3, 7, 11, 15, 19, 22 y 25.
- Hostilidad: 4, 8, 12, 16, 20, 23, 26 y 28.

El AQ se corrige sumando los valores marcados en los ítems para computar cada escala, teniendo en cuenta que la puntuación de los elementos 15 y 24 se invierte, como indican Buss & Perry (1992).

1.E. *Valoración de los instrumentos seleccionados*

La consistencia interna observada en el Análisis de Fiabilidad de los cuestionarios y de sus escalas (tablas A, C y E) osciló entre $\alpha = .96$ para el total del IPO, y $.71$ para la escala ira del AQ. En ningún caso se logró mejorar el coeficiente α al eliminar los elementos que presentaban menor correlación con la puntuación total de la prueba (tablas B, D y F).

El Análisis de Componentes Principales arrojó una matriz de 14 componentes para el IPO, de 5 para la PANAS y de 7 para el AQ, que no evidenciaron estructuras clínicamente comprensibles, por lo que se recurrió al Scree Plot para determinar el número de factores a extraer (figuras I, II y III). En vistas de la dificultad para encontrar una solución clínicamente coherente, se factorizaron los instrumentos de acuerdo al número de factores propuestos originalmente por sus autores, mostrando sus ítems la siguiente estructura:

- IPO (tabla G): el factor uno agrupó 9 ítems de defensas primitivas, 14 de difusión de identidad y 5 de juicio de realidad; el factor dos, 15 de juicio de realidad; y el factor tres, 7 de defensas primitivas y 7 de difusión de identidad. El total de la varianza explicada fue del 42.73%: el factor uno explicó el 16.89%, el factor dos el 13.43% y el factor tres el 12.41%.

- PANAS (tabla H): el factor uno agrupó todas las variables de afecto negativo, y el factor dos todas las de afecto positivo, con un total de la varianza explicada del 49.54%, 27.29% para el factor uno y 22.25% para el factor dos.
- AQ (tabla I): el factor uno agrupó las 9 variables de agresión física y 1 de ira; el factor dos, 4 de agresión verbal y 2 de ira; el factor tres, 4 de ira y 3 de hostilidad; y el factor cuatro, 1 de agresión verbal y 5 de hostilidad. La varianza total explicada fue del 52.60%; el factor uno explicó el 17.71%, el factor dos el 13.10%, el factor tres el 11.03 y el factor cuatro el 10.76%.

2. ELABORACIÓN DE LA MUESTRA

Con la finalidad de aplicar adecuadamente la SCID-II, antes de iniciar el estudio, la investigadora formó parte de un grupo de entrenamiento supervisado por la Dra. Isabel Álvarez de Lasarte, experta de la Unidad de Salud Mental de la Malvarrosa de Valencia. El entrenamiento incluyó el análisis, bajo supervisión, de entrevistas a pacientes grabadas en vídeo durante 10 sesiones, con un total de 40 horas.

Este modo de entrenamiento no difiere sustancialmente de otro basado en la observación directa de la técnica aplicada por un experto al entrevistar a un paciente (Cuevas et al., 2000; Skodol et al., 2005b); además, la presión asistencial en la USM donde se llevó a cabo obstaculizaba este último proceder y el abundante material obtenido en la actividad investigadora de la USM lo suplía, permitiendo explorar ampliamente los TP del DSM-IV-TR.

El procedimiento de captación y selección de la muestra se realizó en base a los resultados de explorar los criterios de inclusión y exclusión, en la primera entrevista con los pacientes, y a las condiciones de pertenencia al grupo límite o al grupo control, en la siguiente.

En esa segunda cita con los pacientes, se explicaron las características y opciones de respuesta de los cuestionarios, y se comprobó la comprensión de las instrucciones dadas. Una vez cumplimentados los cuestionarios, se revisaron, se completaron los ítems sin respuesta y se corrigió el SCID-II.

Este último se utilizó para cribar casos probables de TP límite. Con la intención de aumentar su sensibilidad se fijó el punto de corte para aplicar la entrevista en tres criterios por diagnóstico, excepto para el TP antisocial, que exigió dos criterios, ya que el DSM-IV-TR requiere tres para su diagnóstico.

Se consideraron candidatos a la entrevista SCID-II los casos probables de TP límite. Los pacientes que en la entrevista cumplieran criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el TP límite se asignaron al grupo límite; los que no cumplieran criterios para ninguno de los TP de la OP límite estudiados (paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial) al grupo control; y los que no cumplieran criterios para el TP límite pero sí para alguno de los otros TP de la OP límite considerados, se desestimaron.

Con la finalidad de reducir al mínimo los falsos negativos y mejorar los diagnósticos, en la entrevista se evaluaron todos y cada uno de los criterios de cada TP, verificando que no estuvieran limitados a períodos de consumo o abstinencia de sustancias, ni a otras patologías, y se codificaron sin tener en cuenta otras informaciones.

Para evitar sesgar los resultados en la entrevista SCID-II, el diagnóstico de TP límite se realizó a ciegas de los resultados del IPO, la PANAS y el AQ, que fueron custodiados sin valorar hasta que se confirmó la presencia o ausencia de TP límite.

Durante el tiempo establecido para reunir la muestra ingresaron en el Centro 178 pacientes, sin embargo 92 (51.69%) no se incluyeron en el estudio por las siguientes razones:

- No aceptaron participar ($n = 3$). En todos se observó sintomatología psicótica atenuada.

- No participaron ($n = 85$): 20 no acudieron a la primera cita; 2 se excluyeron (sintomatología psicótica); 29 no completaron los instrumentos (19 no acudieron a la cita establecida, 5 fueron dados de alta, 3 presentaban sobreesedación y 2 abandonaron el programa); antes de citarles, 4 fueron trasladados a otros recursos, 4 fueron dados de alta, 20 abandonaron el programa, 1 ingresó en prisión y a 5 no se les citó por omisión.
- Se desestimaron después de completar todos los cuestionarios ($n = 4$): no cumplían los criterios requeridos para el diagnóstico de TP límite en el cuestionario SCID-II, pero sí para alguno de los otros TP de la OP límite.

La muestra final obtenida la formaron 86 pacientes, 79 asignados al grupo límite y 7 al grupo control, número adecuado en el primer caso, pero insuficiente en el segundo.

A la vista de esos resultados se decidió completar el grupo control con pacientes y familiares del servicio de traumatología del Hospital Marina Baixa (en adelante, Hospital), y de una consulta psiquiátrica privada (en adelante, Consulta). Previa solicitud, se obtuvo la autorización pertinente. Estos recursos se eligieron por conveniencia de la investigadora.

Para la recogida de datos se fijaron cuatro tardes en el Hospital, y otras cuatro en la Consulta, entre agosto y octubre de 2008. La metodología aplicada fue similar a la seguida en el Centro, con la diferencia de que el protocolo se desarrolló en una sola vez y se aplicó el cuestionario de la SCID-II, pero no la entrevista, ya que la intención era excluir a los sujetos con probables TP de la OP límite estudiados, objetivo que el cuestionario de cribado cumple adecuadamente.

Los días establecidos, el personal de enfermería del Hospital seleccionó a los pacientes cuyo estado clínico les permitía participar ($n = 16$); en la Consulta se solicitó participar a todos los pacientes citados ($n = 25$); y, al contactar con la entrevistadora se pidió colaborar a los familiares ($n = 23$).

En el Hospital se propuso participar a 16 pacientes, 5 no consintieron, y 2 se desestimaron por cumplir en el cuestionario SCID-II criterios diagnósticos

de TP de la OP límite (5 TP en un joven ingresado por accidente de moto, y TP límite en otro accidentado por conducción temeraria). Se solicitó participar a 10 familiares, 3 no consintieron, y los demás resultaron adecuados para formar parte del grupo control.

En la Consulta se propuso participar a 25 pacientes, 3 no consintieron (todos con diagnóstico de T adictivos), 6 se excluyeron (sintomatología psicótica residual asociada a T adictivos), y 2 se desestimaron por cumplir en el cuestionario SCID-II criterios diagnósticos de TP de la OP límite (2 TP en un paciente con T obsesivo-compulsivo, y TP límite en un paciente con TP no especificado). Se pidió participar a 13 familiares, todos aceptaron y resultaron adecuados para al grupo control.

Los diagnósticos de los pacientes de la Consulta que formaron parte de la muestra, eran: T adictivos (2), T obsesivo-compulsivo (1), episodio depresivo (3), T de ansiedad (8), T adaptativo (1) y TP no especificado (1).

El trabajo de campo finalizó en octubre de 2008, 242 personas constituyeron la población de estudio, de las que 129 integraron la muestra definitiva. El grupo límite aglutinó a 79 pacientes, todos del Centro; y 50 personas, la mayoría del Hospital y de la Consulta, formaron el grupo control (tabla 1).

Tabla 1. *Población de estudio según recurso asistencial de procedencia*

población de estudio	centro		hospital		consulta		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
grupo límite	79	44.38	-	-	-	-	79	32.64
grupo control	7	3.93	16	61.54	27	71.05	50	20.66
desestimados	4	2.25	2	7.69	2	5.26	8	3.31
no participan	88	49.44	8	30.77	9	23.69	105	43.39
total	178	100.00	26	100.00	38	100.00	242	100.00

A continuación (figura 1) se esquematiza el resultado del procedimiento aplicado para seleccionar los grupos de la muestra y para obtener los datos clínicos disponibles para el estudio.

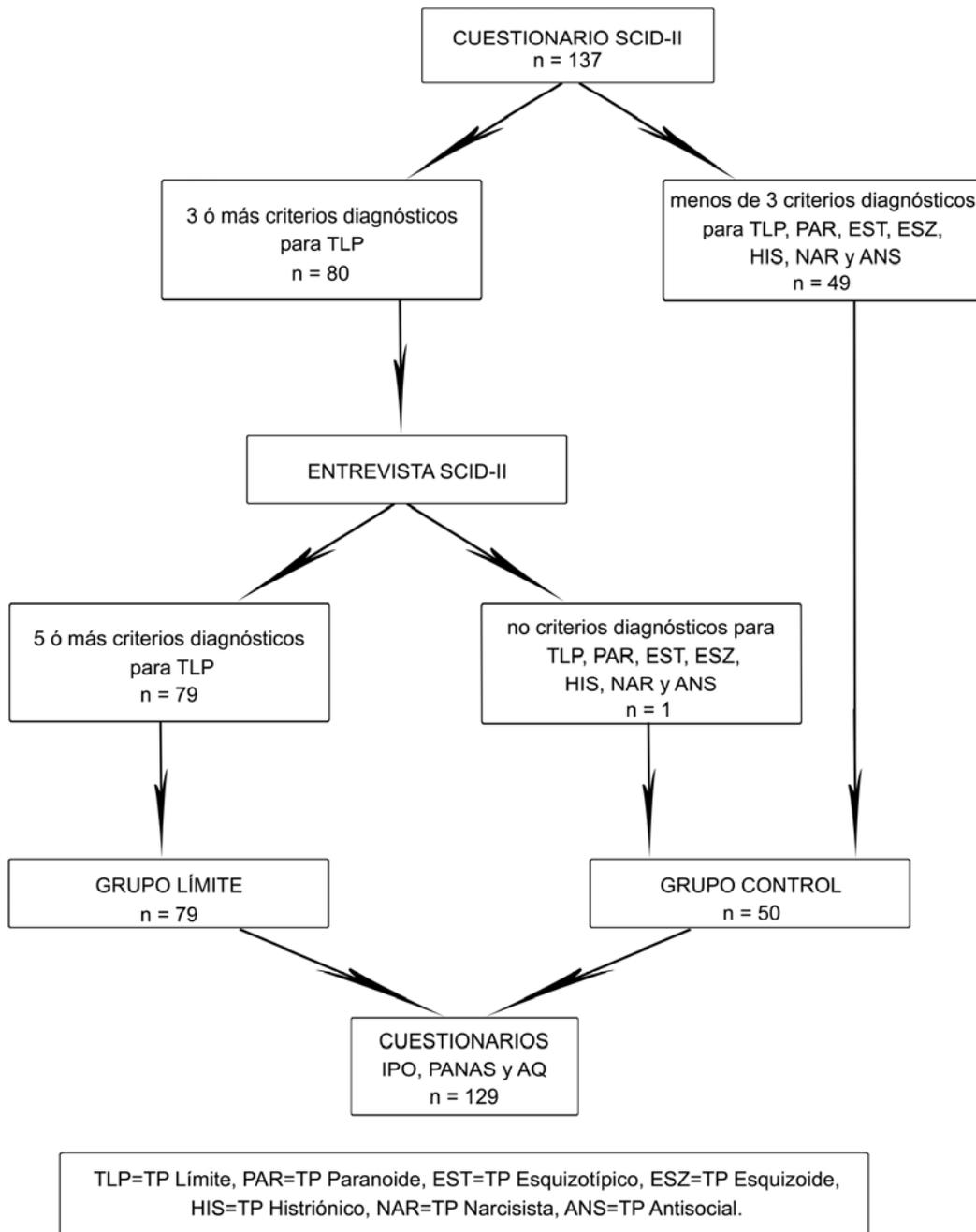


Figura 1. Flujo del proceso de elaboración de los grupos de la muestra

3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA

La muestra ($n = 129$) la formaron el doble de hombres (66.67%) que de mujeres (33.33%), con 37.46 años ($dt = 10.77$) de edad media (tablas J y K). Cerca de la mitad eran solteros, predominando esa condición en hombres; poco menos de un tercio casados o con pareja de hecho, mostrando la misma proporción hombres y mujeres; las mujeres separadas o divorciadas obtuvieron tasas ligeramente superiores a las de los hombres (tabla 2). Casi tres cuartas partes de la muestra vivían con la familia de origen o en pareja, predominando ampliamente la primera condición en hombres, y la segunda en mujeres. Es de destacar la mínima tendencia de los hombres a vivir solos (tabla 3).

Tabla 2. *Distribución de la muestra según el estado civil*

estado civil	hombre		mujer		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
soltero	44	51.16	18	41.86	62	48.06
casado / pareja de hecho	28	32.56	14	32.56	42	32.56
separado	7	8.14	6	13.95	13	10.08
divorciado	7	8.14	4	9.30	11	8.53
viudo	-	-	1	2.33	1	0.77
total	86	100.00	43	100.00	129	100.00

Tabla 3. *Distribución de la muestra según la convivencia*

convivencia	hombre		mujer		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
solo	1	1.16	6	13.95	7	5.43
pareja con / sin hijos	25	29.07	19	44.19	44	34.11
familia origen	37	43.03	12	27.91	49	37.98
vivienda tutelada	4	4.65	2	4.65	6	4.65
centro residencial	19	22.09	4	9.30	23	17.83
total	86	100.00	43	100.00	129	100.00

El nivel de instrucción mayoritario en la muestra, y en hombres, correspondió a estudios primarios; los estudios superiores predominaron en mujeres. Una quinta parte de la muestra cursó estudios secundarios, con tasas similares en ambos sexos. La baja proporción que no completó la enseñanza primaria fue más frecuente en hombres (tabla 4). En cuanto al tiempo de instrucción, resultó una media de 14.05 años ($dt = 3.68$), con un mínimo de 7 y un máximo de 23 (tabla L).

Tabla 4. *Distribución de la muestra según el nivel máximo de estudios*

nivel máximo de estudios	hombre		mujer		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
inferior a est. primarios	3	3.49	1	2.33	4	3.10
estudios primarios	51	59.30	15	34.88	66	51.16
estudios secundarios	17	19.77	9	20.93	26	20.16
estudios superiores	15	17.44	18	41.86	33	25.58
total	86	100.00	43	100.00	129	100.00

Mientras que en la muestra, y en hombres, prevalecieron las profesiones no cualificadas, casi la mitad de las mujeres realizó trabajos cualificados (tabla 5). Cuando se recogieron los datos, una amplia mayoría de la muestra estaba parada, presentando tres cuartas partes de los hombres esa situación, y cerca de la mitad de las mujeres trabajaba (tabla 6).

Tabla 5. *Distribución de la muestra según la cualificación profesional*

profesión	hombre		mujer		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
trabajo cualificado	25	29.07	21	48.83	46	35.66
trabajo no cualificado	60	69.77	17	39.54	77	59.69
otros	1	1.16	5	11.63	6	4.65
total	86	100.00	43	100.00	129	100.00

Tabla 6. *Distribución de la muestra según la situación laboral*

situación laboral	hombre		mujer		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
activo ocupado	21	24.42	21	48.83	42	32.56
activo parado	64	74.42	16	37.21	80	62.01
inact. tareas domésticas	-	-	1	2.33	1	0.77
inactivo jubilado	-	-	4	9.30	4	3.10
inactivo estudiante	1	1.16	1	2.33	2	1.56
total	86	100.00	43	100.00	129	100.00

Las puntuaciones de los cuestionarios IPO, PANAS y AQ en el conjunto de la muestra se exponen en el anexo (tablas M, N, Ñ, O, P y Q), y serán valoradas y comentadas en el apartado de discusión. Aquí, únicamente se presenta la matriz de correlaciones de las dimensiones del IPO con las de la PANAS y el AQ (tabla 7). Como puede verse, todas ellas fueron muy significativas, excepto las que corresponden a afecto positivo de la PANAS.

Tabla 7. *Matriz de correlaciones de las dimensiones del IPO con las de la PANAS y el AQ*

*	dimensiones	defensas primitivas	difusión de identidad	juicio de realidad
<i>CP</i>	afecto negativo	.591	.563	.580
<i>p</i>		.000	.000	.000
<i>CP</i>	afecto positivo	-.023	-.155	-.143
<i>p</i>		.800	.080	.105
<i>CP</i>	agresividad física	.511	.494	.515
<i>p</i>		.000	.000	.000
<i>CP</i>	agresividad verbal	.319	.297	.283
<i>p</i>		.000	.001	.001
<i>CP</i>	ira	.560	.485	.473
<i>p</i>		.000	.000	.000
<i>CP</i>	hostilidad	.612	.647	.573
<i>p</i>		.000	.000	.000

**CP* = correlación de Pearson; *p* = significación bilateral

En cuanto a la descripción y comparación de los grupos respecto a las variables sociodemográficas (tablas R, S, T y U), el grupo límite reunió a personas más jóvenes (cerca de 10 años menos de media) que el grupo control ($t = - 4.65, p \leq .000$), mayoritariamente hombres ($\chi^2 = 15.69, p \leq .000$) y solteros ($\chi^2 = 20.07, p \leq .000$), que convivían (83.54%) con la familia de origen o en recursos sociosanitarios ($\chi^2 = 47.00, p \leq .000$).

Los sujetos del grupo límite (tablas V, W, X e Y) contaban con menor tiempo de formación (casi tres años de media) que el grupo control ($t = - 4.19, p = .000$); la mayoría alcanzó un nivel de estudios primario ($\chi^2 = 16.23, p \leq .000$), y realizó trabajos no cualificados ($\chi^2 = 26.21, p \leq .000$), estando parados casi todos cuando se recogieron los datos ($\chi^2 = 87.06, p \leq .000$).

4. EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE PERSONALIDAD LÍMITE EN LOS GRUPOS

4.A. *Resultados de la aplicación del Cuestionario de Organización de la Personalidad IPO*

El grupo límite obtuvo puntuaciones medias más elevadas que el grupo control en todos los elementos del cuestionario IPO y, excepto en tres (el 10 y el 13, de defensas primitivas, y el 56, de juicio de realidad), la significación de las diferencias entre los grupos resultó muy marcada, siendo $p \leq .000$ en todos los ítems, salvo en seis (1, 3, 39, 43, 44 y 54), en los que osciló entre .001 y .027 (tabla 8).

En consonancia con esos resultados, las puntuaciones medias de las escalas primarias del IPO y del total del cuestionario, fueron más elevadas en

el grupo límite que en el control; observándose en todos ellos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (tabla 9).

Tabla 8. *Comparación de medias y estadísticos de contraste de los elementos del IPO en los grupos de la muestra*

^a elementos IPO	grupo	*m	*dt	*t	*p																																																																																																																																																																																	
1 Idolatro a personas, incluso al descubrir que estaba equivocado	límite	2.24	0.89	3.13	.002																																																																																																																																																																																	
	control	1.76	0.77			2 Personas que valoraba me decepcionan al no comportarse como esperaba	límite	3.22	0.78	4.25	.000	control	2.60	0.83	3 Pasa mucho tiempo desde que me enseñan o dicen algo que yo no sé	límite	2.70	0.91	3.32	.001	control	2.16	0.87	4 Me cuesta confiar en la gente, porque se vuelven contra mí o me traicionan	límite	2.84	1.13	4.13	.000	control	2.10	0.89	5 Necesito admirar a alguien para sentirme seguro	límite	2.29	1.16	4.75	.000	control	1.50	0.74	6 Hago cosas que en otro momento considero imprudencias	límite	3.01	1.33	7.58	.000	control	1.52	0.91	7 Me dicen que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a los que admiro	límite	2.58	1.05	4.32	.000	control	1.80	0.93	8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000	control	2.50	0.91	9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000
2 Personas que valoraba me decepcionan al no comportarse como esperaba	límite	3.22	0.78	4.25	.000																																																																																																																																																																																	
	control	2.60	0.83			3 Pasa mucho tiempo desde que me enseñan o dicen algo que yo no sé	límite	2.70	0.91	3.32	.001	control	2.16	0.87	4 Me cuesta confiar en la gente, porque se vuelven contra mí o me traicionan	límite	2.84	1.13	4.13	.000	control	2.10	0.89	5 Necesito admirar a alguien para sentirme seguro	límite	2.29	1.16	4.75	.000	control	1.50	0.74	6 Hago cosas que en otro momento considero imprudencias	límite	3.01	1.33	7.58	.000	control	1.52	0.91	7 Me dicen que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a los que admiro	límite	2.58	1.05	4.32	.000	control	1.80	0.93	8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000	control	2.50	0.91	9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92						
3 Pasa mucho tiempo desde que me enseñan o dicen algo que yo no sé	límite	2.70	0.91	3.32	.001																																																																																																																																																																																	
	control	2.16	0.87			4 Me cuesta confiar en la gente, porque se vuelven contra mí o me traicionan	límite	2.84	1.13	4.13	.000	control	2.10	0.89	5 Necesito admirar a alguien para sentirme seguro	límite	2.29	1.16	4.75	.000	control	1.50	0.74	6 Hago cosas que en otro momento considero imprudencias	límite	3.01	1.33	7.58	.000	control	1.52	0.91	7 Me dicen que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a los que admiro	límite	2.58	1.05	4.32	.000	control	1.80	0.93	8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000	control	2.50	0.91	9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92															
4 Me cuesta confiar en la gente, porque se vuelven contra mí o me traicionan	límite	2.84	1.13	4.13	.000																																																																																																																																																																																	
	control	2.10	0.89			5 Necesito admirar a alguien para sentirme seguro	límite	2.29	1.16	4.75	.000	control	1.50	0.74	6 Hago cosas que en otro momento considero imprudencias	límite	3.01	1.33	7.58	.000	control	1.52	0.91	7 Me dicen que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a los que admiro	límite	2.58	1.05	4.32	.000	control	1.80	0.93	8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000	control	2.50	0.91	9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																								
5 Necesito admirar a alguien para sentirme seguro	límite	2.29	1.16	4.75	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.50	0.74			6 Hago cosas que en otro momento considero imprudencias	límite	3.01	1.33	7.58	.000	control	1.52	0.91	7 Me dicen que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a los que admiro	límite	2.58	1.05	4.32	.000	control	1.80	0.93	8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000	control	2.50	0.91	9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																	
6 Hago cosas que en otro momento considero imprudencias	límite	3.01	1.33	7.58	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.52	0.91			7 Me dicen que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a los que admiro	límite	2.58	1.05	4.32	.000	control	1.80	0.93	8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000	control	2.50	0.91	9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																										
7 Me dicen que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a los que admiro	límite	2.58	1.05	4.32	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.80	0.93			8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000	control	2.50	0.91	9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																			
8 Siento que no consigo lo que quiero	límite	3.15	0.99	3.76	.000																																																																																																																																																																																	
	control	2.50	0.91			9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000	control	1.76	0.62	10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																												
9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	límite	2.59	1.01	5.81	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.76	0.62			10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078	control	2.44	1.25	11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																					
10 Pienso que la gente es buena o mala; pocos estén entremedias	límite	2.84	1.22	1.77	.078																																																																																																																																																																																	
	control	2.44	1.25			11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000	control	1.98	0.86	12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																														
11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	límite	2.94	1.15	5.38	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.98	0.86			12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000	control	1.68	0.65	13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																							
12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	límite	2.75	1.07	7.04	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.68	0.65			13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274	control	2.30	1.20	14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																
13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	límite	2.54	1.25	1.10	.274																																																																																																																																																																																	
	control	2.30	1.20			14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000	control	1.70	0.71	15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																									
14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, pero luego me cuesta creerlo	límite	3.05	1.00	8.33	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.70	0.71			15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000	control	1.58	0.73	16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																																		
15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	límite	2.63	1.15	6.37	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.58	0.73			16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000	control	2.20	1.01	17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																																											
16 Siento las cosas de forma extrema, con gran alegría o desesperación	límite	3.20	1.17	4.99	.000																																																																																																																																																																																	
	control	2.20	1.01			17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000	control	1.52	0.76	18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																																																				
17 Me siento como un impostor, como si otros me ven diferente de cómo soy	límite	2.56	1.26	5.83	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.52	0.76			18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000	control	2.08	1.07	19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																																																													
18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	límite	3.00	1.19	4.46	.000																																																																																																																																																																																	
	control	2.08	1.07			19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000	control	1.54	0.86	20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																																																																						
19 Siento que mis gustos y opiniones no son míos	límite	2.30	1.25	4.10	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.54	0.86			20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000	control	1.84	1.04	21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																																																																															
20 Se sorprenderían al saber lo distinto que soy en distintas situaciones	límite	2.85	1.21	4.87	.000																																																																																																																																																																																	
	control	1.84	1.04			21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000	control	2.36	0.92																																																																																																																																																																								
21 A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	límite	3.19	1.11	4.41	.000																																																																																																																																																																																	
	control	2.36	0.92																																																																																																																																																																																			

^a elementos IPO	grupo	*m	*dt	*t	*p																																																																																																																																																																																																																														
22 Dicen que provocho o confundo para conseguir hacer lo que quiero	límite	2.52	1.19	8.07	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.28	0.54			23 No puedo explicar los cambios de mi conducta	límite	2.86	1.08	4.99	.000	control	1.94	0.91	24 Hago cosas impulsivamente que creo que son socialmente inaceptables	límite	2.68	1.26	6.07	.000	control	1.58	0.81	25 Me relaciono con gente que no me gusta pues me resulta difícil negarme	límite	2.27	1.01	4.80	.000	control	1.54	0.71	26 Mi vida, si fuese un libro, sería una serie de historias de distintos autores	límite	3.30	1.25	4.97	.000	control	2.22	1.13	27 Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	límite	3.38	1.00	4.83	.000	control	2.58	0.76	28 Si me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me hundo	límite	3.49	1.08	7.38	.000	control	2.22	0.86	29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000	control	2.52	1.13	30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000
23 No puedo explicar los cambios de mi conducta	límite	2.86	1.08	4.99	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.94	0.91			24 Hago cosas impulsivamente que creo que son socialmente inaceptables	límite	2.68	1.26	6.07	.000	control	1.58	0.81	25 Me relaciono con gente que no me gusta pues me resulta difícil negarme	límite	2.27	1.01	4.80	.000	control	1.54	0.71	26 Mi vida, si fuese un libro, sería una serie de historias de distintos autores	límite	3.30	1.25	4.97	.000	control	2.22	1.13	27 Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	límite	3.38	1.00	4.83	.000	control	2.58	0.76	28 Si me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me hundo	límite	3.49	1.08	7.38	.000	control	2.22	0.86	29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000	control	2.52	1.13	30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75						
24 Hago cosas impulsivamente que creo que son socialmente inaceptables	límite	2.68	1.26	6.07	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.58	0.81			25 Me relaciono con gente que no me gusta pues me resulta difícil negarme	límite	2.27	1.01	4.80	.000	control	1.54	0.71	26 Mi vida, si fuese un libro, sería una serie de historias de distintos autores	límite	3.30	1.25	4.97	.000	control	2.22	1.13	27 Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	límite	3.38	1.00	4.83	.000	control	2.58	0.76	28 Si me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me hundo	límite	3.49	1.08	7.38	.000	control	2.22	0.86	29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000	control	2.52	1.13	30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75															
25 Me relaciono con gente que no me gusta pues me resulta difícil negarme	límite	2.27	1.01	4.80	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.54	0.71			26 Mi vida, si fuese un libro, sería una serie de historias de distintos autores	límite	3.30	1.25	4.97	.000	control	2.22	1.13	27 Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	límite	3.38	1.00	4.83	.000	control	2.58	0.76	28 Si me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me hundo	límite	3.49	1.08	7.38	.000	control	2.22	0.86	29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000	control	2.52	1.13	30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																								
26 Mi vida, si fuese un libro, sería una serie de historias de distintos autores	límite	3.30	1.25	4.97	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.22	1.13			27 Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	límite	3.38	1.00	4.83	.000	control	2.58	0.76	28 Si me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me hundo	límite	3.49	1.08	7.38	.000	control	2.22	0.86	29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000	control	2.52	1.13	30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																	
27 Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	límite	3.38	1.00	4.83	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.58	0.76			28 Si me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me hundo	límite	3.49	1.08	7.38	.000	control	2.22	0.86	29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000	control	2.52	1.13	30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																										
28 Si me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me hundo	límite	3.49	1.08	7.38	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.22	0.86			29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000	control	2.52	1.13	30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																			
29 Temo que gente importante de repente cambie sus sentimientos hacia mi	límite	3.75	1.06	6.26	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.52	1.13			30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000	control	2.32	1.04	31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																												
30 No estoy seguro de lo que piensan de mi, incluso si me conocen bien	límite	3.23	1.05	4.81	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.32	1.04			31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000	control	2.02	0.98	32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																					
31 No soporto estar solo	límite	3.23	1.25	6.12	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.02	0.98			32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000	control	2.26	0.85	33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																														
32 Me veo distinto en distintos momentos	límite	3.20	0.93	5.81	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.26	0.85			33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000	control	1.56	0.73	34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																							
33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	límite	2.66	1.23	6.36	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.56	0.73			34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000	control	1.66	0.80	35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																
34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	límite	2.89	1.07	7.42	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.66	0.80			35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000	control	1.58	0.73	36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																									
35 Mis objetivos cambian continuamente	límite	2.67	1.08	6.83	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.58	0.73			36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000	control	2.44	0.81	37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																		
36 Después de tratar a fondo a una persona, me sorprende saber cómo es	límite	2.97	0.82	3.63	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.44	0.81			37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000	control	1.76	0.92	38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																											
37 Gente que me conoce bien no se imagina cómo me voy a comportar	límite	2.82	1.02	5.99	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.76	0.92			38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000	control	2.48	1.16	39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																				
38 Si todo a mi alrededor está desordenado y confuso, me siento así	límite	3.42	1.02	4.81	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	2.48	1.16			39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003	control	1.38	0.60	40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																													
39 No sé si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	límite	1.84	1.09	3.05	.003																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.38	0.60			40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000	control	1.96	1.07	41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																						
40 Si estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo no tuviera sentido	límite	2.78	1.14	4.10	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.96	1.07			41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000	control	1.12	0.33	42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																															
41 Me siento como si fuese otro, un amigo, pariente o alguien no conocido	límite	1.99	1.03	6.94	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.12	0.33			42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000	control	1.60	0.73	43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																																								
42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	límite	2.16	0.93	3.65	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.60	0.73			43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027	control	1.88	1.00	44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																																																	
43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	límite	2.28	0.97	2.24	.027																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.88	1.00			44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001	control	1.12	0.33	45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																																																										
44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	límite	1.47	0.80	3.45	.001																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.12	0.33			45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000	control	1.20	0.64	46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																																																																			
45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	límite	1.86	1.09	4.33	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.20	0.64			46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000	control	1.12	0.44	47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																																																																												
46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	límite	1.82	0.97	5.61	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.12	0.44			47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000	control	1.62	0.75																																																																																																																																																																																																																					
47 Noto que hago cosas que molestan pero no se por qué les molestan	límite	2.42	1.03	5.06	.000																																																																																																																																																																																																																														
	control	1.62	0.75																																																																																																																																																																																																																																

^a elementos IPO	grupo	*m	*dt	*t	*p
48 No distingo si determinadas sensaciones físicas son reales o las imagino	límite	1.68	0.87	3.63	.000
	control	1.24	0.52		
49 Tengo la sensación de que mis deseos o pensamientos se harán realidad	límite	2.25	1.06	5.57	.000
	control	1.42	0.64		
50 La gente me ve como grosero o desconsiderado, y no sé por qué	límite	1.66	0.80	3.72	.000
	control	1.24	0.48		
51 Entiendo o conozco cosas que nadie es capaz de entender o de saber	límite	1.85	0.92	4.07	.000
	control	1.32	0.55		
52 Hay ciertas cosas que no puedo decir porque me tomarían por loco	límite	1.99	1.09	3.87	.000
	control	1.36	0.75		
53 He visto cosas que no existían en la realidad	límite	1.71	0.95	5.79	.000
	control	1.06	0.24		
54 Creo haber hecho algo o estado en algún sitio, pero en realidad no es así	límite	2.24	1.09	3.54	.001
	control	1.66	0.77		
55 No sé si sólo quiero que algo sea cierto o si ese algo es realmente cierto	límite	1.96	0.88	6.06	.000
	control	1.22	0.51		
56 Creo que las cosas sucederán sólo con pensarlas	límite	1.61	0.82	1.72	.088
	control	1.36	0.78		
57 De alguna manera, nunca sé muy bien cómo comportarme con la gente	límite	2.68	0.94	4.91	.000
	control	1.92	0.80		

^aTexto orientativo modificado del original

*m = media; dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

Tabla 9. Comparación de medias y estadísticos de contraste de los grupos límite y control para el total del IPO y para sus escalas

escalas IPO	grupos	*m	*dt	*t	*p
defensas primitivas	límite	44.57	9.38	8.33	.000
	control	31.58	7.28		
difusión de identidad	límite	61.82	11.80	11.17	.000
	control	40.82	9.41		
prueba de realidad	límite	41.67	11.76	7.79	.000
	control	29.28	6.25		
total IPO	límite	148.06	28.43	11.06	.000
	control	101.68	19.19		

*m = media; dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

4.B. Resultados de la aplicación del Cuestionario de Afecto Positivo y Afecto Negativo PANAS

En el grupo límite resultaron puntuaciones medias más elevadas que en el grupo control en todos los elementos de la escala afecto negativo del cuestionario PANAS, siendo las diferencias entre los grupos significativas, salvo en los elementos 1 (*tenso o estresado*) y 4 (*disgustado o molesto*). Por el contrario, en el grupo control fueron más elevadas las puntuaciones medias de los elementos de la escala afecto positivo, excepto las del 9 (*entusiasmado*) y el 16 (*decidido o atrevido*), pero sin alcanzar significación estadística (tabla 10).

Las puntuaciones medias del total de la PANAS y, dados los resultados anteriores, de la escala afecto negativo resultaron más elevadas en el grupo límite que en el grupo control, siendo significativas las diferencias entre ambos grupos. El grupo control presentó una puntuación media en la escala afecto positivo ligeramente superior a la del grupo límite, sin observarse diferencias significativas entre los dos grupos (tabla 11).

Tabla 10. Comparación de medias y estadísticos de contraste de los grupos límite y control para los elementos de la PANAS

elementos PANAS	grupos	*m	*dm	*t	*p
1 Tenso o estresado	límite	2.77	1.09	1.26	.211
	control	2.52	1.15		
2 Con interés	límite	3.43	1.06	-1.03	.306
	control	3.60	0.81		
3 Animado, emocionado	límite	3.13	0.97	-1.04	.303
	control	3.30	0.86		
4 Disgustado o molesto	límite	2.37	0.98	1.02	.309
	control	2.20	0.86		
5 Enérgico, con vitalidad	límite	3.43	1.09	-0.60	.553
	control	3.54	0.89		
6 Culpable	límite	3.11	1.32	6.85	.000
	control	1.80	0.86		
7 Asustado	límite	2.32	1.13	3.13	.002
	control	1.78	0.82		
8 Enojado, enfadado	límite	2.27	1.14	2.52	.013
	control	1.88	0.59		
9 Entusiasmado	límite	3.15	1.10	0.91	.365
	control	2.98	0.96		

elementos PANAS	grupos	*m	*dm	*t	*p
10 Orgulloso (de algo), satisfecho	límite	3.14	1.17	-0.51	.610
	control	3.24	0.94		
11 Irritable o malhumorado	límite	2.28	1.04	2.35	.021
	control	1.90	0.79		
12 Dispuesto, despejado	límite	3.27	1.03	-0.75	.456
	control	3.40	0.93		
13 Avergonzado	límite	2.59	1.25	5.23	.000
	control	1.68	0.74		
14 Inspirado	límite	3.04	1.06	-0.44	.660
	control	3.12	0.98		
15 Nervioso	límite	3.09	1.26	3.63	.000
	control	2.38	0.95		
16 Decidido o atrevido	límite	3.27	1.02	1.25	.214
	control	3.04	0.97		
17 Atento	límite	3.52	0.93	0.61	.541
	control	3.62	0.88		
18 Intranquilo	límite	2.86	1.09	3.80	.000
	control	2.18	0.92		
19 Activo	límite	3.57	0.97	-0.90	.372
	control	3.72	0.86		
20 Temeroso, con miedo	límite	2.46	1.20	3.48	.001
	control	1.82	0.87		

*m = media; dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

Tabla 11. Comparación de medias y estadísticos de contraste de los grupos límite y control para el total de la PANAS y para sus escalas

escalas PANAS	grupos	*m	*dt	*t	*p
afecto positivo	límite	32.94	6.43	-0.53	.598
	control	33.56	6.67		
afecto negativo	límite	26.11	8.24	4.67	.000
	control	20.14	6.23		
PANAS total	límite	59.05	9.96	3.04	.003
	control	53.70	9.41		

*m = media; dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

4.C. Resultados de la aplicación del Cuestionario de Agresividad AQ

Las puntuaciones medias de todos los elementos del AQ resultaron más elevadas en el grupo límite, excepto las del 15 y 24, que fueron superiores en el grupo control. En todos ellos se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, salvo en cinco, el 24 que corresponde a la escala agresión física, el 2 a la de agresión verbal, el 3 a la de ira y, el 23 y el 28 a la de hostilidad (tabla 12).

Consecuentemente, el grupo límite presentó puntuaciones más elevadas que el grupo control para el total del AQ, y para sus escalas, siendo significativas las diferencias entre los grupos en todos los casos (tabla 13).

Tabla 12. Comparación de medias y estadísticos de contraste de los grupos límite y control para los elementos del AQ

^a elementos AQ	grupos	*m	*dt	*t	*p
1 No puedo controlar el impulso de golpear a otros	límite	2.00	1.26	2.48	.014
	control	1.46	1.16		
2 Si no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto	límite	3.46	1.05	0.61	.546
	control	3.32	1.35		
3 Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	límite	3.54	1.20	1.02	.308
	control	3.32	1.24		
4 A veces soy bastante envidioso	límite	2.59	1.23	4.34	.000
	control	1.72	1.03		
5 Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otros	límite	2.77	1.49	4.47	.000
	control	1.68	1.25		
6 A menudo no estoy de acuerdo con la gente	límite	3.16	1.03	2.89	.005
	control	2.64	0.96		
7 Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación	límite	3.38	1.04	3.62	.000
	control	2.68	1.11		
8 A veces siento que la vida me ha tratado injustamente	límite	3.25	1.32	3.39	.001
	control	2.46	1.25		
9 Si me golpean, respondo golpeando también	límite	3.39	1.46	5.26	.000
	control	2.06	1.30		
10 Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	límite	2.97	1.09	4.14	.000
	control	2.18	1.02		
11 Algunas veces me siento como un barril de pólvora	límite	3.34	1.31	4.85	.000
	control	2.20	1.29		
12 Siempre son otros los que consiguen oportunidades	límite	2.87	1.09	4.95	.000
	control	1.96	0.90		
13 Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	límite	2.15	1.27	4.64	.000
	control	1.30	0.81		

^a elementos AQ	grupos	* <i>m</i>	* <i>dt</i>	* <i>t</i>	* <i>p</i>																																																																																																																																				
14 Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, discuto	límite	2.82	1.06	4.40	.000																																																																																																																																				
	control	1.98	1.06			15 Soy una persona apacible	límite	3.45	1.15	-2.77	.006	control	3.96	0.90	16 Me pregunto por qué a veces me siento tan resentido	límite	3.63	0.99	2.83	.006	control	3.00	1.37	17 Recorro a la violencia para proteger mis derechos	límite	2.34	1.28	4.42	.000	control	1.48	0.93	18 Mis amigos dicen que discuto mucho	límite	2.32	1.10	2.65	.009	control	1.82	0.92	19 Algunos de mis amigos piensan que soy impulsivo	límite	3.16	1.38	3.90	.000	control	2.24	1.19	20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	límite	2.64	1.15	2.86	.005	control	2.08	0.99	21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000	control	1.24	0.69	22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000
15 Soy una persona apacible	límite	3.45	1.15	-2.77	.006																																																																																																																																				
	control	3.96	0.90			16 Me pregunto por qué a veces me siento tan resentido	límite	3.63	0.99	2.83	.006	control	3.00	1.37	17 Recorro a la violencia para proteger mis derechos	límite	2.34	1.28	4.42	.000	control	1.48	0.93	18 Mis amigos dicen que discuto mucho	límite	2.32	1.10	2.65	.009	control	1.82	0.92	19 Algunos de mis amigos piensan que soy impulsivo	límite	3.16	1.38	3.90	.000	control	2.24	1.19	20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	límite	2.64	1.15	2.86	.005	control	2.08	0.99	21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000	control	1.24	0.69	22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24						
16 Me pregunto por qué a veces me siento tan resentido	límite	3.63	0.99	2.83	.006																																																																																																																																				
	control	3.00	1.37			17 Recorro a la violencia para proteger mis derechos	límite	2.34	1.28	4.42	.000	control	1.48	0.93	18 Mis amigos dicen que discuto mucho	límite	2.32	1.10	2.65	.009	control	1.82	0.92	19 Algunos de mis amigos piensan que soy impulsivo	límite	3.16	1.38	3.90	.000	control	2.24	1.19	20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	límite	2.64	1.15	2.86	.005	control	2.08	0.99	21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000	control	1.24	0.69	22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24															
17 Recorro a la violencia para proteger mis derechos	límite	2.34	1.28	4.42	.000																																																																																																																																				
	control	1.48	0.93			18 Mis amigos dicen que discuto mucho	límite	2.32	1.10	2.65	.009	control	1.82	0.92	19 Algunos de mis amigos piensan que soy impulsivo	límite	3.16	1.38	3.90	.000	control	2.24	1.19	20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	límite	2.64	1.15	2.86	.005	control	2.08	0.99	21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000	control	1.24	0.69	22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																								
18 Mis amigos dicen que discuto mucho	límite	2.32	1.10	2.65	.009																																																																																																																																				
	control	1.82	0.92			19 Algunos de mis amigos piensan que soy impulsivo	límite	3.16	1.38	3.90	.000	control	2.24	1.19	20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	límite	2.64	1.15	2.86	.005	control	2.08	0.99	21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000	control	1.24	0.69	22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																	
19 Algunos de mis amigos piensan que soy impulsivo	límite	3.16	1.38	3.90	.000																																																																																																																																				
	control	2.24	1.19			20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	límite	2.64	1.15	2.86	.005	control	2.08	0.99	21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000	control	1.24	0.69	22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																										
20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	límite	2.64	1.15	2.86	.005																																																																																																																																				
	control	2.08	0.99			21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000	control	1.24	0.69	22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																			
21 Algunos me incitan tanto que llegamos a pegarnos	límite	2.20	1.25	5.62	.000																																																																																																																																				
	control	1.24	0.69			22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000	control	1.52	0.61	23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																												
22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	límite	2.82	1.28	7.75	.000																																																																																																																																				
	control	1.52	0.61			23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154	control	2.90	1.22	24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																																					
23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	límite	3.20	1.14	1.43	.154																																																																																																																																				
	control	2.90	1.22			24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401	control	3.70	1.57	25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																																														
24 No encuentro ninguna razón para pegar a alguien	límite	3.48	1.35	-0.84	.401																																																																																																																																				
	control	3.70	1.57			25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001	control	2.30	1.16	26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																																																							
25 Tengo dificultades para controlar mi genio	límite	3.06	1.25	3.46	.001																																																																																																																																				
	control	2.30	1.16			26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000	control	1.84	0.77	27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																																																																
26 A veces siento que se ríen de mí a mis espaldas	límite	2.80	1.26	5.35	.000																																																																																																																																				
	control	1.84	0.77			27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000	control	1.28	0.67	28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																																																																									
27 He amenazado a gente que conozco	límite	2.62	1.41	7.26	.000																																																																																																																																				
	control	1.28	0.67			28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114	control	2.66	1.24	29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																																																																																		
28 Si la gente es amigable, me pregunto qué querrá	límite	2.99	1.07	1.59	.114																																																																																																																																				
	control	2.66	1.24			29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000	control	1.82	1.24																																																																																																																											
29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	límite	3.42	1.53	6.50	.000																																																																																																																																				
	control	1.82	1.24																																																																																																																																						

^aTexto orientativo modificado del original

**m* = media; *dt* = desviación típica; *t* = *t* de Student; *p* = significación bilateral

Tabla 13. *Comparación de medias y estadísticos de contraste entre los grupos límite y control para el total del AQ y para sus escalas*

escalas AQ	grupo	*m	*dt	*t	*p
agresividad física	límite	24.38	8.15	7.09	.000
	control	16.02	5.24		
agresividad verbal	límite	14.73	3.65	4.28	.000
	control	11.94	3.56		
ira	límite	22.77	5.22	5.56	.000
	control	18.22	4.04		
hostilidad	límite	23.99	5.40	5.60	.000
	control	18.62	5.14		
AQ total	límite	85.87	17.90	7.80	.000
	control	64.80	12.74		

*m = media; dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

4.D. *Resultados de la aplicación de los cuestionarios controlando el efecto de los distintos componentes de la muestra*

Según el planteamiento inicial del estudio toda la muestra, incluyendo el grupo límite y el de control, debería provenir del Centro, con la finalidad de respetar el principio de equivalencia de los grupos. Sin embargo, debido a un error de estimación, la muestra no pudo ser completada en el Centro, motivo por el cual fue necesario ampliarla con pacientes de una clínica, con diagnósticos de neurosis, y con pacientes ingresados en una sala de traumatología de un hospital, y familiares de los pacientes. Por otra parte, siete pacientes del Centro, con diagnóstico de T adictivos, no cumplían criterios de diagnóstico de TP límite, por lo que fueron incluidos en el grupo control.

Esta composición del grupo control tan heterogénea y tan diferente de la composición del grupo límite, plantea la cuestión de si las diferencias encontradas entre los grupos pudieran obedecer precisamente a la falta de equivalencia y no al efecto diferencial de la presencia o ausencia de TP límite. Por ello, se hace necesario, antes de seguir adelante, analizar el efecto relativo de cada uno de estos componentes del grupo control sobre las puntuaciones de los cuestionarios.

Los resultados de la comparación de las medias de las dimensiones de OP límite entre casos y controles dentro de un mismo sexo (tablas 14 y 15), dentro de pacientes procedentes de la Consulta (tabla 16), y dentro de pacientes del Hospital y familiares de los pacientes (tabla 17), son prácticamente equivalentes a los obtenidos en el análisis general.

Tabla 14. *Comparación de medias y estadísticos de contraste de las dimensiones de los cuestionarios entre hombres del grupo límite y del grupo control*

dimensiones	^a grupo	* <i>m</i>	* <i>dt</i>	* <i>t</i>	* <i>p</i>
IPO total	límite	146.75	28.98	8.40	.000
	control	99.83	20.28		
defensas primitivas	límite	43.76	9.37	5.42	.000
	control	31.91	7.76		
difusión de identidad	límite	61.52	12.20	7.76	.000
	control	39.74	9.34		
juicio de realidad	límite	41.46	11.84	6.85	.000
	control	28.17	5.94		
PANAS total	límite	58.63	10.22	1.28	.204
	control	55.35	11.41		
afecto negativo	límite	25.65	8.56	2.80	.006
	control	20.09	6.85		
afecto positivo	límite	32.98	6.76	-1.34	.184
	control	32.26	7.54		
AQ total	límite	84.70	17.62	4.49	.000
	control	66.22	14.59		
agresividad física	límite	24.59	8.03	3.89	.000
	control	18.35	5.97		
agresividad verbal	límite	14.36	3.64	2.69	.009
	control	11.96	3.77		
ira	límite	21.97	5.15	3.20	.002
	control	18.09	4.45		
hostilidad	límite	23.78	5.23	4.60	.000
	control	17.83	5.53		

^a*n*: límite = 63, control = 23

**m* = media; *dt* = desviación típica; *t* = *t* de Student; *p* = significación bilateral

Tabla 15. Comparación de medias y estadísticos de contraste de las dimensiones de los cuestionarios entre mujeres del grupo límite y del grupo control

dimensiones	^a grupo	* <i>m</i>	* <i>dt</i>	* <i>t</i>	* <i>p</i>
IPO total	límite	153.25	26.42	7.30	.000
	control	103.26	18.45		
defensas primitivas	límite	47.75	9.03	6.69	.000
	control	31.30	6.99		
difusión de identidad	límite	63.00	10.37	6.84	.000
	control	41.74	9.54		
juicio de realidad	límite	42.50	11.79	3.84	.001
	control	30.22	6.46		
PANAS total	límite	60.69	9.02	3.35	.002
	control	52.30	7.23		
afecto negativo	límite	27.94	6.78	3.99	.000
	control	20.18	5.78		
afecto positivo	límite	32.75	5.10	.37	.709
	control	32.11	5.57		
AQ total	límite	90.50	18.78	5.93	.000
	control	63.59	11.07		
agresividad física	límite	23.56	8.85	4.11	.001
	control	14.04	3.56		
agresividad verbal	límite	16.19	3.41	3.93	.000
	control	11.93	3.45		
ira	límite	25.94	4.28	6.11	.000
	control	18.33	3.73		
hostilidad	límite	24.81	6.14	3.28	.002
	control	19.30	4.79		

^a*n*: límite = 16, control = 27

**m* = media; *dt* = desviación típica; *t* = *t* de Student; *p* = significación bilateral

Tabla 16. Comparación de medias y estadísticos de contraste de las dimensiones de los cuestionarios entre el grupo límite y los pacientes de la Consulta

dimensiones	^a grupo	* <i>m</i>	* <i>dt</i>	* <i>t</i>	* <i>p</i>
IPO total	límite	148.06	28.43	8.13	.000
	control	107.21	14.51		
defensas primitivas	límite	44.57	9.38	6.03	.000
	control	32.93	6.04		
difusión de identidad	límite	61.82	11.80	8.03	.000
	control	43.14	7.14		
juicio de realidad	límite	41.67	11.76	3.25	.002
	control	31.14	6.61		
PANAS total	límite	59.05	9.96	3.42	.002
	control	52.57	5.71		
afecto negativo	límite	26.11	8.24	2.57	.012
	control	20.14	6.38		
afecto positivo	límite	32.94	6.43	.27	.785
	control	32.43	6.17		
AQ total	límite	85.87	17.89	6.01	.000
	control	64.86	10.70		
agresividad física	límite	24.38	8.15	7.53	.000
	control	14.36	3.61		
agresividad verbal	límite	14.73	3.65	2.77	.007
	control	11.79	3.77		
ira	límite	22.77	5.22	2.57	.012
	control	19.00	4.02		
hostilidad	límite	23.99	5.40	2.79	.006
	control	19.71	4.51		

^a*n*: límite = 79, control = 14

**m* = media; *dt* = desviación típica; *t* = *t* de Student; *p* = significación bilateral

Tabla 17. Comparación de medias y estadísticos de contraste de las dimensiones de los cuestionarios entre el grupo límite y el grupo formado por pacientes del Hospital y familiares de los pacientes

dimensiones	^a grupo	* <i>m</i>	* <i>dt</i>	* <i>t</i>	* <i>p</i>
IPO total	límite	148.06	28.43	10.01	.000
	control	99.55	19.61		
defensas primitivas	límite	44.57	9.38	6.90	.000
	control	31.17	7.56		
difusión de identidad	límite	61.82	11.80	8.95	.000
	control	39.86	9.74		
juicio de realidad	límite	41.67	11.76	7.61	.000
	control	28.51	5.99		
PANAS total	límite	59.05	9.96	2.94	.004
	control	52.90	8.67		
afecto negativo	límite	26.11	8.24	5.71	.000
	control	18.96	4.53		
afecto positivo	límite	32.94	6.43	-.71	.479
	control	33.93	6.47		
AQ total	límite	85.87	17.89	7.10	.000
	control	63.96	12.62		
agresividad física	límite	24.38	8.15	6.63	.000
	control	16.07	4.60		
agresividad verbal	límite	14.73	3.65	3.23	.002
	control	12.14	3.84		
ira	límite	22.77	5.22	4.75	.000
	control	17.65	4.14		
hostilidad	límite	23.99	5.40	5.03	.000
	control	18.10	5.32		

^a*n*: límite = 79, control = 29

**m* = media; *dt* = desviación típica; *t* = *t* de Student; *p* = significación bilateral

Siguiendo la misma línea de análisis, los resultados de la comparación de las medias de las dimensiones de OP límite entre casos y controles con diagnóstico de T adictivo (tabla 18), difieren de los obtenidos en el análisis general, ya que ahora las diferencias entre los grupos carecen de significación estadística en las dimensiones correspondientes a la PANAS, y a agresividad física e ira del AQ.

Tabla 18. *Comparación de medias y estadísticos de contraste de las dimensiones de los cuestionarios entre casos con TP límite y T adictivo, y casos con T adictivo puro*

dimensiones	^a grupo	* <i>m</i>	* <i>dt</i>	* <i>t</i>	* <i>p</i>
IPO total	límite	148.06	28.44	4.37	.000
	control	99.43	25.64		
defensas primitivas	límite	44.57	9.38	3.80	.000
	control	30.57	9.00		
difusión de identidad	límite	61.82	11.80	4.64	.000
	control	40.14	12.33		
juicio de realidad	límite	41.67	11.76	2.86	.005
	control	28.71	6.77		
PANAS total	límite	59.05	9.96	-.06	.955
	control	59.29	16.09		
afecto negativo	límite	26.11	8.24	.34	.737
	control	25.00	9.92		
afecto positivo	límite	32.94	6.43	-.51	.608
	control	34.29	8.98		
AQ total	límite	85.87	17.89	2.51	.014
	control	68.14	17.87		
agresividad física	límite	24.38	8.15	1.62	.109
	control	19.14	8.90		
agresividad verbal	límite	14.73	3.65	2.36	.021
	control	11.43	1.90		
ira	límite	22.77	5.22	1.86	.066
	control	19.00	3.79		
hostilidad	límite	23.99	5.40	2.52	.014
	control	18.57	5.97		

^a*n*: límite = 79, control = 7

**m* = media; *dt* = desviación típica; *t* = *t* de Student; *p* = significación bilateral

Finalmente, en base a la elevada comorbilidad del TP límite con otros TP de la OP límite, y dado que esos trastornos se descartaron en el grupo control, se decidió explorar el efecto de la comorbilidad en los resultados obtenidos al evaluar la OP límite en los grupos de la muestra. Para ello, se examinó la comorbilidad en el grupo límite y se compararon los sujetos con TP límite “puro” (eliminando los que presentaban comorbilidad) con los del grupo control, en relación a las puntuaciones de los cuestionarios.

El grupo límite (tabla Z) mostró una elevada concurrencia (87.35%) del TP límite con todos los TP del DSM-IV-TR, resultando solamente 10 casos (12.65%) con diagnóstico único de TP límite. Respecto a los TP de la OP límite estudiados, se asoció con mayor frecuencia con el antisocial (45.56%), el paranoide (40.50%) y el narcisista (26.58%); y, menos frecuentemente, con el esquizoide (3.79%), el esquizotípico (7.59%) y el histriónico (8.86%). El número de diagnósticos de TP de la OP límite que se asociaron al TP límite, y sus diferentes combinaciones (tabla 19), fueron:

- Cinco diagnósticos ($n = 2$): antisocial-narcisista-paranoide-esquizotípico, y antisocial-narcisista-paranoide-histriónico.
- Cuatro diagnósticos ($n = 12$): histriónico-narcisista-paranoide, antisocial-narcisista-paranoide y antisocial-narcisista-esquizotípico.
- Tres diagnósticos ($n = 16$): antisocial-paranoide, antisocial-esquizoide, antisocial-esquizotípico, antisocial-narcisista, esquizoide-paranoide, paranoide-esquizotípico y paranoide-narcisista.
- Dos diagnósticos ($n = 29$): coincidió con todos los TP de la OP límite considerados, excepto con el esquizotípico.
- En una cuarta parte del grupo ($n = 20$) el TP límite se presentó libre de esos trastornos de la OP límite.

Tabla 19. Comorbilidad del TP límite con otros TP de la OP límite

*TP	HIS		ANS		HIS + NAR		ANS + NAR		ESZ + PAR		No otros TP	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
PAR	-	-	8	10.12	2	2.53	8	10.12	-	-	8	10.12
ESZ	-	-	1	1.27	-	-	-	-	-	-	1	1.27
EST	-	-	2	2.53	-	-	2	2.53	-	-	-	-
NAR	-	-	1	1.27	-	-	-	-	-	-	4	5.06
PAR + EST	-	-	-	-	-	-	1	1.27	-	-	1	1.27
PAR + HIS	-	-	-	-	-	-	1	1.27	-	-	-	-
PAR + NAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2.53
No otros TP	4	5.06	12	15.19	-	-	-	-	1	1.27	20	25.32

*TP: PAR = paranoide, EST = esquizotípico, ESZ = esquizoide, HIS = histriónico, NAR = narcisista, ANS = antisocial

En el análisis comparativo entre los casos “puros” del grupo límite y el grupo control (tabla 20), los primeros obtuvieron unas puntuaciones medias superiores para los totales de los cuestionarios, así como para sus escalas, exceptuando la de afecto positivo de la PANAS, cuyas medias fueron similares en ambos grupos. Las diferencias entre los grupos resultaron significativas en todos los casos, excepto en afecto positivo y agresividad verbal.

Tabla 20. Comparación de medias y estadísticos de contraste de las dimensiones de los cuestionarios en los casos con TP límite puro y el grupo control

dimensiones	grupo	*m	*dt	*t	*p
IPO total	límite	137.80	25.07	6.50	.000
	control	101.68	19.19		
defensas primitivas	límite	42.10	8.27	5.25	.000
	control	31.58	7.28		
difusión de identidad	límite	57.80	10.87	6.52	.000
	control	40.82	9.41		
juicio de realidad	límite	37.90	9.09	4.55	.000
	control	29.28	6.25		
PANAS total	límite	58.75	8.94	2.06	.044
	control	53.70	9.41		
afecto negativo	límite	25.25	8.78	2.74	.008
	control	20.14	6.23		
afecto positivo	límite	33.50	5.73	-.03	.972
	control	33.56	6.67		
AQ total	límite	76.80	18.13	2.70	.012
	control	64.80	12.74		
agresividad física	límite	20.30	7.87	2.24	.034
	control	16.02	5.23		
agresividad verbal	límite	13.25	3.45	1.40	.166
	control	11.94	3.56		
ira	límite	20.80	5.45	2.18	.033
	control	18.22	4.04		
hostilidad	límite	22.45	5.29	2.79	.007
	control	18.62	5.14		

*m = media; dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

4.E. Análisis Multivariante

Con el fin de completar el análisis comparativo entre los grupos se construyó un modelo multivariante logístico con las ocho dimensiones cuyas diferencias entre los grupos resultaron significativas. El modelo mostró una elevada bondad de ajuste ($\chi^2 = 99.63$, $gl = 8$, $p \leq .000$), “explicando el 72.63% de la varianza” (tabla 21), y clasificó correctamente al 86% de los individuos de la muestra (tabla 22). Sin embargo, solamente las dimensiones difusión de identidad, juicio de realidad y agresividad física se asociaron significativamente con la probabilidad de pertenencia al grupo límite (tabla 23).

Tabla 21. *Bondad de ajuste del modelo*

paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	72.627	.538	.730

Tabla 22. *Clasificación entre los grupos observados y los pronosticados por el modelo*

observados	pronosticados		
	límite	control	% correcto
límite	70	9	88.6
control	9	41	82.0
% global			86.0

Tabla 23. Modelo de regresión logística

dimensiones	\hat{B}	\hat{et}	\hat{W}	\hat{gl}	\hat{p}	\hat{OR}	\hat{IC} 95%	
							inferior	superior
defensas primitivas	-.02	.06	.16	1	.684	.98	.87	1.09
difusión de identidad	-.16	.04	12.92	1	.000	.85	.78	.93
juicio de realidad	-.12	.06	4.01	1	.045	.89	.79	1.00
afecto negativo	.04	.06	.39	1	.533	1.04	.92	1.18
agresividad física	-.13	.06	4.67	1	.031	.88	.78	.99
agresividad verbal	-.13	.12	1.29	1	.257	.88	.70	1.10
ira	.01	.10	.01	1	.923	1.01	.82	1.24
hostilidad	.07	.08	.76	1	.382	1.07	.92	1.25
constante	14.28	2.98	22.95	1	.000	1587778.17		

* B = coeficiente B ; et = error típico de B ; W = Wald; gl = grados de libertad; p = significación; OR = odds ratio estimadas; IC = índice de confianza

Teniendo en cuenta la importancia del sexo en la incidencia de TP límite y su desigual distribución entre los grupos, se repitió el análisis añadiendo la variable sexo a la ecuación. Los resultados mostraron que, tanto la bondad de ajuste ($\chi^2 = 107.80$, $gl = 9$, $p \leq .000$), como la “varianza explicada” (tabla 24), y la clasificación (tabla 25), no presentaban cambios sustanciales respecto a los resultados anteriores, mientras que la dimensión agresividad física perdía su influencia sobre el resultado, manteniendo solamente las de difusión de identidad y juicio de realidad su nivel de significación (tabla 26).

Tabla 24. Bondad de ajuste del modelo

paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	64.460	.566	.769

Tabla 25. Clasificación entre los grupos observados y los pronosticados por el modelo

	observados		pronosticados	
	límite	control	límite	control
límite	70	9	70	9
control	8	42	8	42
% global			86.8	

Tabla 26. Modelo de regresión logística

dimensiones	\hat{B}	\hat{et}	\hat{W}	\hat{gl}	\hat{p}	\hat{OR}	\hat{IC} 95%	
							inferior	superior
defensas primitivas	-.00	.06	.00	1	.958	1.00	.89	1.12
difusión de identidad	-.18	.05	12.55	1	.000	.84	.76	.92
juicio de realidad	-.14	.07	4.35	1	.037	.87	.76	.99
afecto negativo	.04	.07	.29	1	.591	1.04	.91	1.18
agresividad física	-.04	.07	.43	1	.512	.96	.84	1.09
agresividad verbal	-.12	.12	1.02	1	.313	.89	.70	1.12
ira	-.08	.11	.48	1	.489	.92	.74	1.16
hostilidad	.06	.09	.54	1	.461	1.07	.90	1.26
sexo(1)	-2.19	.83	6.96	1	.008	.11	.02	.57
constante	16.90	3.55	22.66	1	.000	2.180E7		

* B = coeficiente B ; et = error típico de B ; W = Wald; gl = grados de libertad; p = significación; OR = odds ratio estimadas; IC = índice de confianza

Con fines exploratorios y para obtener un modelo más sintético, se llevó a cabo un Análisis de Componentes Principales de las ocho dimensiones. El análisis con extracción de componentes hasta un valor propio de uno y con rotación varimax de ejes arrojó dos factores (tabla 27) que explicaron el 72.57% de la varianza. Aunque tres dimensiones presentaron cargas elevadas en ambos factores, se distinguieron claramente dos componentes, uno que incluía difusión de identidad, defensas primitivas, juicio de realidad, afecto negativo y hostilidad, al que se le denominó *Factor Límite*, y otro que incluía agresividad verbal, ira y agresividad física, al que se le denominó *Factor Agresividad*.

Tabla 27. *Matriz de componentes rotados*

dimensiones	componente	
	1	2
defensas primitivas	.867	.206
difusión de identidad	.864	.251
juicio de realidad	.810	.219
afecto negativo	.746	.208
hostilidad	.681	.435
agresividad verbal	.057	.893
ira	.430	.782
agresividad física	.423	.684

Un nuevo Análisis de Regresión Logística introduciendo las puntuaciones de los dos factores extraídos mostró que la bondad de ajuste ($\chi^2 = 83.54$, $gl = 2$, $p \leq .000$), y la “varianza explicada” no variaban ostensiblemente (tabla 28), y que, a pesar de reducirse ligeramente el poder clasificatorio del modelo (tabla 29), ambos componentes, especialmente el componente *límite*, mantenían su nivel de significación (tabla 30).

Tabla 28. *Bondad de ajuste del modelo*

paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	88.717	.477	.647

Tabla 29. *Clasificación entre los grupos observados y los pronosticados por el modelo*

observados	pronosticados		
	límite	control	% correcto
límite	70	9	88.6
control	11	39	78.0
% global			84.5

Tabla 30. *Modelo de regresión logística*

factores	\hat{B}	\hat{et}	\hat{W}	\hat{gl}	\hat{p}	\hat{OR}	\hat{IC} 95%	
							inferior	superior
F límite	-.06	.01	20.59	1	.000	.94	.91	.96
F agresividad	-.06	.03	5.18	1	.023	.94	.89	.99
constante	13.36	2.60	26.49	1	.000	637015.34		

* B = coeficiente B ; et = error típico de B ; W = Wald; gl = grados de libertad; p = significación; OR = odds ratio estimadas; IC = índice de confianza

Al repetir el análisis añadiendo la variable sexo, no varió sustancialmente la bondad de ajuste ($\chi^2 = 95.18$, $gl = 3$, $p \leq .000$), ni la “varianza explicada” (tabla 31), ni el poder clasificatorio (tabla 32) del modelo, pero el componente *agresividad* perdió nivel de significación (tabla 33).

Tabla 31. *Bondad de ajuste del modelo*

paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	75.077	.522	.708

Tabla 32. *Clasificación entre los grupos observados y los pronosticados por el modelo*

observados	pronosticados		
	límite	control	% correcto
límite	70	9	88.6
control	9	41	82.0
% global			86.0

Tabla 33. *Modelo de regresión logística*

variables	\hat{B}	\hat{et}	\hat{W}	\hat{gl}	\hat{p}	\hat{OR}	\hat{IC} 95%	
							inferior	superior
límite	-.07	.02	19.74	1	.000	.93	.90	.96
agresividad	-.05	.03	2.67	1	.102	.95	.90	1.01
sexo(1)	-2.07	.66	9.87	1	.002	.13	.03	.46
constante	15.31	2.93	27.26	1	.000	4459386.49		

* B = coeficiente B ; et = error típico de B ; W = Wald; gl = grados de libertad; p = significación; OR = odds ratio estimadas; IC = índice de confianza

5. RESUMEN DEL CAPÍTULO

En la búsqueda bibliográfica se identificaron 80 instrumentos, de los que fueron aptos para el estudio las versiones en castellano de la SCID-II (Pérez Prieto et al., 2008; original de Spitzer et al., 1990), para diagnosticar el TP límite, y para evaluar la OP límite, el IPO (Gómez Beneyto et al., 2004b; original de Kernberg & Clarkin, 1995), la PANAS (Sandín et al., 1999a; original de Watson et al., 1988) y el AQ (Castrillón et al., 2004; original de Buss & Perry, 1992).

Los instrumentos mostraron una notable consistencia interna, y el Análisis Factorial, de acuerdo al número de factores propuestos por sus autores, arrojó una estructura dimensional idéntica al original en la PANAS, pero no en el IPO y el AQ, resultando una varianza total explicada del 42.73% para el IPO, 49.54% para la PANAS y 52.60% para el AQ.

La población de estudio ($N = 242$) pertenecía a un Centro para adicciones y, posteriormente, fue ampliada en un hospital y una consulta. La muestra se seleccionó en base a criterios de inclusión y exclusión, y condiciones de pertenencia a los grupos límite (presencia de TP límite) o control (ausencia de éste y de otros TP que comparten la OP límite), evaluadas

con la SCID-II. El grupo límite aglutinó a 79 pacientes del Centro y la mayoría de los 50 del grupo control provenían del Hospital y de la Consulta.

La muestra la formaron el doble de hombres que de mujeres, con una media de edad de 37.46 años, predominando los solteros, que vivían con la familia de origen o en pareja. Mayoritariamente cursaron estudios primarios, con una media de 14.05 años de instrucción; prevalecían las profesiones no cualificadas y la mayoría estaban parados. Las diferencias entre los grupos fueron significativas en todas las variables.

Las dimensiones del IPO correlacionaron significativamente con las del AQ y la PANAS, exceptuando la de afecto positivo.

Las puntuaciones medias de las escalas del IPO, del AQ y de afecto negativo de la PANAS, fueron superiores en el grupo límite, siendo significativas esas diferencias entre los grupos. Las correspondientes a la escala afecto positivo de la PANAS, resultaron más elevadas en el grupo control, pero las diferencias entre los grupos no resultaron significativas.

La falta de equivalencia entre los grupos en sexo y origen, no influyó en las diferencias entre ellos en cuanto a las puntuaciones de los cuestionarios; sin embargo, las diferencias en las dimensiones de la PANAS y las de agresividad física e ira del AQ, perdieron su nivel de significación por efecto del T adictivo; también lo perdieron las correspondientes a agresividad verbal del AQ, por efecto de la comorbilidad del TP límite con otros TP de la OP límite.

El análisis comparativo entre los grupos con un modelo multivariante logístico con las ocho dimensiones significativas, mostró una elevada bondad de ajuste y clasificó correctamente al 86% de los individuos de la muestra, pero solamente difusión de identidad, juicio de realidad y agresividad física se asociaron significativamente con la probabilidad de pertenencia al grupo límite. Al añadir la variable sexo, la bondad de ajuste y la clasificación no variaron sustancialmente, y agresividad física perdió su nivel de significación.

Para comprobar si las diferencias entre los grupos y el poder explicativo se mantenían con un menor número de dimensiones, éstas se factorizaron y el

análisis arrojó dos componentes (varianza explicada 72.57%): *Factor Límite* (difusión de identidad, defensas primitivas, juicio de realidad, afecto negativo y hostilidad) y *Factor Agresividad* (agresividad verbal, ira y agresividad física). Al repetir el análisis con las puntuaciones de esos factores, la bondad de ajuste no varió y, aunque se redujo el poder clasificatorio del modelo, ambos componentes, sobre todo el *límite*, mantenían la probabilidad de clasificar de manera significativa a los grupos. Al añadir la variable sexo al análisis, solamente el componente *límite* conservó su nivel de significación.

DISCUSIÓN

Este apartado se estructura en cuatro secciones. En la primera se discutirá el diseño utilizado, incluyendo la captación de la muestra; en la segunda se debatirán los problemas relacionados con los instrumentos de diagnóstico y de medida; en la tercera se abordarán las controversias sobre el procedimiento aplicado para seleccionar la muestra y sobre las características sociodemográficas de los grupos que la conforman; por último, en la cuarta sección la discusión se centrará en la valoración de la hipótesis. A lo largo de toda la discusión se señalarán el alcance y las limitaciones del estudio, así como su situación respecto a otras investigaciones relacionadas con el tema.

1. DISCUSIÓN EN TORNO AL DISEÑO

En el caso de haber dispuesto de recursos ilimitados, el trabajo se tendría que haber planteado como un estudio poblacional, ya que los estudios realizados con muestras clínicas inevitablemente adolecen de un sesgo de selección que impide llegar a conclusiones definitivas y que, además, dificulta la generalización de los resultados a otras poblaciones. Pero los recursos disponibles para este estudio fueron muy limitados y de ahí que, para ahorrar tiempo y esfuerzo, se haya utilizado una muestra clínica con una elevada prevalencia de casos probables de TP límite que, si no permite conclusiones definitivas, sí que da juego para realizar análisis estadísticos que posibiliten reflexionar sobre la compatibilidad y discordancia entre el enfoque descriptivo y el psicoestructural respecto al diagnóstico de TP límite.

En principio estaba previsto que toda la muestra fuese extraída del Centro Proyecto Hombre, con lo cual el grupo de estudio y el grupo de control habrían podido cumplir con la condición de equivalencia, condición necesaria para poder garantizar que las diferencias potenciales entre los grupos pudieran

ser atribuidas exclusivamente a la presencia de TP límite en un grupo y no en el otro. Sin embargo, como ya se ha explicado en el apartado sobre elaboración de la muestra, esto no fue posible debido al elevado número de rechazos y al escaso número de pacientes sin TP límite en el Centro. Al tener que ampliar la muestra extrayéndola de otras poblaciones, en concreto de un hospital y una consulta, se introdujeron en ella elementos que teóricamente podrían influir en determinar las diferencias en OP límite entre los grupos, tales como el sexo, la drogodependencia o las peculiaridades psicopatológicas de los grupos de la Consulta y del Hospital. Así que, como no fue posible controlar el efecto de estos elementos por diseño, fue necesario controlarlo estadísticamente a posteriori, para lo cual se efectuaron cinco análisis parciales comparando las medias de puntuaciones de los cuestionarios entre casos y controles mientras se mantiene constante el sexo, el origen de la muestra y la existencia de T adictivos.

Los resultados de la comparación manteniendo constante el sexo y el origen de la muestra (tablas 14, 15, 16 y 17) reproducen, casi con exactitud, los obtenidos en el análisis general entre casos y controles; sin embargo, al mantener constante el componente de adicción (tabla 18) las diferencias entre los grupos siguen existiendo aunque pierden su significación, de manera que puede decirse que la única dimensión en la que no existen diferencias es el afecto negativo. Esta diferencia respecto a los resultados del análisis general probablemente obedece a la presencia de inestabilidad afectiva y descontrol de la agresividad en pacientes con T adictivos, sobre todo a cocaína (la mayoría de los del Centro). A pesar de ello, y puesto que los resultados no varían sustancialmente en las dimensiones del IPO en todos los supuestos, se puede concluir que probablemente la falta de equivalencia entre los grupos no ha influido en la determinación de las diferencias encontradas.

Una de las mayores dificultades para estudiar el TP límite estriba en su elevada comorbilidad con otros trastornos del eje II y, en el caso particular de este estudio, con trastornos que comparten la OP límite, es decir TP paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista y antisocial. Tan frecuente es esta comorbilidad que algunos autores han argumentado que el TP límite

debería dejar de ser considerado como un trastorno en sí, para ser considerado como una característica común a varios trastornos. En la muestra de este estudio se confirma que la mayoría de casos con TP límite, las tres cuartas partes, presentaban comorbilidad con algún otro trastorno de personalidad del espectro de la OP límite (tabla 19).

Por este motivo, aquí se vuelve a plantear la pregunta de si la presencia de comorbilidad en el grupo de casos y su ausencia en el de controles podría, al romper la equivalencia de los grupos, explicar las diferencias encontradas en las puntuaciones de los cuestionarios. Para descartar esta posibilidad se compararon las puntuaciones de los TP límite “puros”, sin comorbilidad, con el las del grupo de control, resultando que se mantenían las mismas diferencias que en el análisis general prácticamente en todos los cuestionarios (tabla 20).

Resumiendo, a pesar de que por razones ajenas a la voluntad de la investigadora no se respetó la regla de la equivalencia entre los grupos, ha sido posible demostrar mediante el análisis estadístico, a posteriori, que las diferencias observadas en las puntuaciones de los cuestionarios no se deben a la diferente composición de los grupos, al menos en cuanto a género, origen de la muestra, presencia de T adictivos o comorbilidad con el Eje II.

2. DISCUSIÓN EN TORNO A LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos aplicados en el estudio son el resultado de seleccionar, de acuerdo a criterios previamente establecidos, los identificados en una búsqueda bibliográfica, y comprobar sobre la muestra que cumplen condiciones psicométricas adecuadas. Esa búsqueda está limitada a artículos en español e inglés y cabe la posibilidad de que en otros idiomas hubiera información de interés.

Los instrumentos que evalúan la OP límite se han calibrado sobre la muestra del estudio, y no antes y con una muestra independiente, como sería preceptivo, lo que se justifica por la dilatación temporal que supondría dadas las dificultades para obtener una muestra de suficiente tamaño.

Para la calibración del IPO, la PANAS y el AQ se han estimado la consistencia interna, expresada mediante el alfa de Cronbach, y la validez de constructo, explorada mediante el Análisis de Componentes Principales. No se ha realizado una prueba test-retest porque una adecuada consistencia interna la suple (Salvador Carulla, Romero López-Alberca y González Sáiz, 2000) y es logísticamente menos complicada de llevar a cabo.

➤ *Instrumentos vinculados a la nomenclatura DSM para el diagnóstico del TP límite*

Los cuestionarios autoaplicados (MCMI-III, Millon et al., 1994; MMPI-2, Butcher et al., 1989; SNAP, Clark, 1993) se desestiman, renunciando a la ventaja que supone ahorrar tiempo, por carecer de validez y fiabilidad adecuadas para producir diagnósticos (Hurt et al., 1984; Widiger & Frances, 1987).

A pesar de aportar una detallada descripción clínica y mejorar la fiabilidad y validez diagnósticas, los métodos Q-sort para autoinformes (SWAP-200, Westen & Shedler, 1999b) también se desestiman, ya que la clasificación de las declaraciones del paciente en categorías, basada en el juicio clínico, requiere que el profesional se ocupe del seguimiento del paciente y este requisito no corresponde a la investigadora del estudio.

El modelo de instrumento vinculado al DSM más importante son las entrevistas semiestructuradas. Algunas de ellas, adecuadas para el estudio, se rechazan por no localizar una versión española (SIDP-IV, Pfohl et al., 1997), o por precisar mayor tiempo de aplicación al exigir el testimonio del paciente y de un informante (módulo DSM-IV del IPDE, OMS, 1996).

El amplio uso en clínica e investigación de la SCID-II y su demostrada validez y fiabilidad (Clarkin et al., 1993; First et al., 1995b; Fossati et al., 1999; Kranzler et al., 1996; Rodebaugh et al., 2005), la avalan como una excelente herramienta diagnóstica para los TP.

De la SCID-II original (Spitzer et al., 1990) se identifica una versión española adaptada a los criterios DSM-IV-TR (Pérez Prieto et al., 2008), con propiedades psicométricas adecuadas y que se acompaña de un cuestionario de screening. Esas condiciones y la posibilidad de entrenar a la entrevistadora por el grupo que la adaptó, la hacen idónea para los fines de esta investigación.

A pesar de su menor fiabilidad, el cuestionario de cribado de la SCID-II es útil para minimizar la pérdida de verdaderos positivos y para reducir el tiempo de la entrevista. Además, los autores adoptan otros criterios para optimizar su sensibilidad.

➤ *Instrumentos para evaluar la OP límite según el modelo de Kernberg*

El método diagnóstico basado en el modelo de Kernberg que mayor riqueza clínica aporta es la *entrevista estructural* (Kernberg, 1977, 1984), ya que evalúa la organización de la personalidad combinando la exploración psiquiátrica y psicodinámica. Además, está avalada por su convergencia con otras técnicas diagnósticas (Bauer et al., 1980; Kernberg et al., 1981). Sin embargo, la necesidad de recibir un entrenamiento adecuado para usarla la hacen inviable para esta investigación.

Las dificultades propias de la entrevista estructural hacen que Kernberg & Clarkin (1995) diseñen el IPO, un instrumento alternativo autoaplicado, específico para evaluar, cuantitativa y cualitativamente, las dimensiones estructurales de la personalidad del modelo de Kernberg (defensas primitivas, difusión de identidad y juicio de realidad) y otros fenómenos interpersonales.

En un estudio, Lenzenweger et al. (2001) demuestran la capacidad del IPO para evidenciar empíricamente el modelo teórico de la OP límite de

Kernberg. Sus resultados respaldan tanto una estructura de dos como de tres factores, ambas consistentes con el modelo de OP límite de Kernberg. En la solución bifactorial un factor incluye difusión de identidad y defensas primitivas, y otro recoge todos los ítems de juicio de realidad.

En la literatura consultada se identifican diversas versiones del IPO en castellano (Ben Dov et al., 2002; Gómez Santa María, 2008; Quiroga et al., 2003), y se decide utilizar el Cuestionario de Organización de la Personalidad de Gómez Beneyto et al. (2004b), revisado y aprobado por Kernberg. Aunque el manuscrito no está publicado, los autores lo facilitan para el estudio.

Finalizado el trabajo de campo y muy avanzado el estudio, la actualización bibliográfica identifica dos instrumentos que evalúan la patología de la personalidad según el modelo de Kernberg. El IPO-R (Smits et al., 2009), versión abreviada del original, cuya validez y fiabilidad no están suficientemente comprobadas; y el STIPO (Stern et al., 2010), entrevista semiestructurada que hubiera sido adecuada para los objetivos de esta tesis de haber estado disponible al inicio del estudio; no obstante, la dificultad de acceder a un equipo de entrenamiento habría obstaculizado su aplicación.

El Borderline Personality Inventory (Leichsenring, 1999), un instrumento autoaplicado para explorar la OP límite en base al modelo de Kernberg y el TP límite según criterios DSM-IV, se descarta por estar indicado como herramienta de cribado, aunque posteriormente ha mostrado buena validez y fiabilidad para evaluar las dimensiones estructurales de la OP límite, así como su relación con algunos rasgos del TP límite (Chabrol et al., 2004; Chabrol & Leichsenring, 2006).

➤ *Propiedades psicométricas del IPO*

Los resultados del análisis que estima la consistencia interna del IPO y de sus escalas (tabla A), superan ligeramente los valores obtenidos por Lenzenweger et al. (2001), y contribuyen a constatar la robustez y utilidad del IPO para evaluar la estructura de la personalidad según el modelo de Kernberg.

Se mantienen todos los ítems originales del IPO porque su consistencia interna no mejora tras eliminar los que presentan menor correlación con la puntuación total de la prueba (tabla B).

El Análisis Factorial produce una matriz de 14 componentes cuya organización carece de significación clínica, por lo que se exploran soluciones forzadas de dos y de tres factores sugeridas por el Scree Plot (figura I).

El resultado de la solución de tres factores muestra una matriz de componentes rotados (tabla G) no superponible a la original de Kernberg & Clarkin (1995), que sí se reproduce en el estudio de Lenzenweger, en la que los ítems de defensas primitivas y difusión de identidad se reparten entre los factores 1 y 3, presentando muchos de ellos saturaciones factoriales bastante similares en ambos; el factor 2 guarda correspondencia con la escala juicio de realidad, faltando solamente 5 de sus 20 ítems para ser superponible.

Aunque los resultados no reproducen exactamente la dimensionalidad interna del IPO original como en el estudio de Lenzenweger, las diferencias observadas en la distribución de elementos no afectan ostensiblemente a su significación clínica, siendo consistentes las dimensiones obtenidas con el modelo de organización de personalidad de Kernberg, por lo que se mantiene la estructura original de las tres escalas primarias del IPO. De todas formas, hay que señalar que estas diferencias son más marcadas para la solución de tres factores y no tanto para la de dos, que también se ajusta al modelo de Kernberg y que es estadísticamente preferida por los autores.

La disconformidad con los resultados de Lenzenweger puede obedecer a diferencias culturales en la muestra (posibles repuestas más discriminatorias y consistentes en universitarios) y al tratamiento de datos con paquetes estadísticos diferentes (SPSS vs. EQS).

Las puntuaciones medias de las escalas del IPO (tabla N) en defensas primitivas y difusión de identidad son superiores a las del estudio de Lenzenweger. Resultados esperables, pues, de acuerdo al modelo de Kernberg, esas dimensiones son las más dañadas en personas con TP límite y

éstas son más prevalentes en la muestra del estudio (61.24%), que en la americana formada por población general.

Lo que era menos esperable es el resultado en juicio de realidad, en el que se obtienen puntuaciones más bajas que en aquel estudio. No obstante, se concede escaso valor a este hallazgo, pues, según el modelo de Kernberg, esa dimensión sólo se afecta transitoriamente en sujetos con OP límite, y de manera más acusada y estable en la OP psicótica. En relación con ello, cabe recordar que los sujetos con sintomatología psicótica activa fueron excluidos del presente estudio, mientras que en la muestra no clínica del estudio de Lenzenweger no se realizó una exclusión activa.

En base a la importancia teórica y clínica del afecto negativo y de la agresividad en la OP límite (Kernberg, 1967, 1984), se amplió la búsqueda bibliográfica a instrumentos para medir estas dos características, tomando como partida el estudio original.

➤ *Instrumentos para evaluar el afecto negativo*

Watson et al. (1988) aíslan los 20 descriptores puros del afecto que componen la PANAS a partir del análisis de los datos obtenidos con un cuestionario autoaplicado de 60 términos (Zevon & Tellegen, 1982). Sus resultados, avalados por la rigurosidad del método aplicado y el amplio tamaño de la muestra del estudio, respaldan el modelo bifactorial propuesto por Watson & Tellegen (1985) al distinguir en la estructura del afecto dos dimensiones consistentes, no correlacionadas entre sí, afecto positivo y afecto negativo. La notable fiabilidad y validez que muestran las escalas, mantenida incluso al modificar las instrucciones temporales, sustentan la utilidad de la PANAS como instrumento de medida del afecto.

Una versión ampliada del instrumento, la PANAS-X (Watson & Clark, 1994), con adecuada fiabilidad y validez, y adaptada al español (Alcalá et al., 2006), añade la ventaja de evaluar aspectos específicos del afecto. Sin embargo, se desestima por requerir más tiempo de aplicación y por aportar una

valoración que, para los objetivos del estudio, no supera a la obtenida con la PANAS original.

Sandín et al. (1999a) modifican la versión española preliminar de la PANAS (Joiner et al., 1997), mejoran la validez de constructo y demuestran su estabilidad según sexo. Aunque en ambos estudios las muestras suponen una limitación por no ser representativas de la comunidad, cabe destacar que sus resultados son convergentes con los de Watson et al. (1988) y con los de otros estudios realizados en diferentes culturas.

Las pruebas que sustentan la validez y fiabilidad de la PANAS de Sandín et al., y el que permitan evaluar las dimensiones del afecto como estados afectivos, o como disposiciones personales más o menos estables (Santed et al., 2001), justifican su uso en esta investigación.

➤ *Propiedades psicométricas de la PANAS*

La consistencia interna de la PANAS y de sus escalas (tabla C) se corresponde con la que obtienen Watson et al. (1988) en estudiantes y trabajadores universitarios y pacientes psiquiátricos americanos, y con los de Sandín et al. (1999a) en estudiantes españoles, evidenciando su capacidad para evaluar las dimensiones del afecto.

Como en el IPO, se mantienen los elementos originales de la PANAS, pues su consistencia interna no mejora ostensiblemente al eliminar los que presentan menor correlación con la puntuación total de la prueba (tabla D).

El Análisis Factorial muestra una matriz de cinco componentes que clínicamente carecen de significado. Por ello, se examina el cuestionario con el Scree Plot, que sugiere una solución de dos o de tres factores (figura II).

A la vista de esos resultados, y buscando una mayor concordancia con la PANAS original, se realiza el análisis forzando una solución bifactorial, que agrupa en un factor los ítems de afecto positivo y en el otro los de afecto

negativo (tabla H). Ambos se corresponden con los de Joiner et al. (1997), los de Sandín y los de Watson, por lo que se mantiene la estructura original de la PANAS. Estos resultados aportan una importante información sobre la estabilidad del instrumento en muestras diferentes clínica y culturalmente.

Las saturaciones factoriales, como cabía esperar a partir del modelo bifactorial del afecto, son altas y positivas en el factor relevante (mayores que las obtenidas por Watson y por Sandín) y despreciables o mínimamente negativas en el factor irrelevante.

Las puntuaciones medias en afecto positivo son inferiores y en afecto negativo superiores (tabla O) respecto a las que obtienen Watson et al. (1988), lo que era esperable por la predominancia de afecto negativo en población con diagnóstico de TP límite, como corresponde a la mayoría de la muestra del estudio, y no a la muestra americana.

La puntuación media en afecto positivo en los resultados de Sandín (1999a) es menor que la obtenida en este estudio. Este dato no era esperable en una muestra de población general en la que se supone una baja prevalencia de TP límite, no obstante, se considera irrelevante por ser más característico en el TP límite un afecto negativo elevado, mostrándose de acuerdo con ello la menor puntuación del estudio de Sandín en esta dimensión.

➤ *Instrumentos para evaluar la agresividad*

El BDHI de Buss & Durkee (1957) es un instrumento que evalúa la hostilidad global y diversos aspectos de la misma, con validez y fiabilidad demostrada por diversos autores (Lange et al., 1995a, 1995b; Oquendo et al., 2001). Sin embargo, y a pesar de la riqueza clínica que aporta, se desestima utilizarlo porque su aplicación requiere demasiado tiempo y porque no mejora la información obtenida con un instrumento más ágil, como el AQ, que además reúne criterios psicométricos vigentes y también permite establecer comparaciones con los resultados de otros autores.

Partiendo de un grupo de 52 ítems, algunos seleccionados y modificados del BDHI, Buss & Perry (1992) producen el AQ, un cuestionario autoaplicado de 29 elementos distribuidos en cuatro escalas. Sus resultados, además de mostrar una notable consistencia interna y fiabilidad test-retest, están avalados por la amplitud de la muestra, por el criterio aplicado para seleccionar y adscribir los ítems, y por reproducir la estructura dimensional en tres muestras y en ambos sexos. Estas particularidades sustentan la utilidad del AQ para valorar los componentes cognitivo (escala hostilidad), conductual (escalas agresividad física y agresividad verbal) y afectivo (escala ira) de la agresividad.

Del AQ se identifican dos versiones en castellano, una (García-León et al., 2002) difiere de la original por la distribución de ítems en los cuatro factores que resultan en el análisis y por producir un instrumento de 27 ítems, al eliminar dos que no cumplen el criterio establecido por Buss & Perry para adscribirlos en cada factor. Esas razones hacen que se desestime.

No obstante, los resultados de estos autores acreditan la utilidad del AQ para evaluar la agresividad en muestras españolas, al mostrar una adecuada consistencia interna y fiabilidad, y capacidad para discriminar según sexo y poblaciones (universitarios y prisioneros).

La otra versión del AQ en castellano, la desarrollan Castrillón et al. (2004), partiendo de los 29 ítems de Buss & Perry, a los que añaden 11 reiteraciones de los anteriores. El análisis de datos muestra una estructura de cinco factores con suficiente consistencia interna. Sin embargo, los autores eliminan 21 ítems que no alcanzan saturaciones significativas en ningún factor, lo que produce la versión Medellín del AQ con 19 ítems. Tanto ésta, como la de 40 ítems, se consideran inapropiadas para esta investigación, por modificar la estructura original del AQ.

Ante esta coyuntura, y dadas las excelentes propiedades psicométricas del AQ, se opta por aplicar los 29 ítems de Buss & Perry del AQ del que parte Castrillón, preservando su orden de exposición, a diferencia del original que los reúne en las escalas de pertenencia.

➤ *Propiedades psicométricas del AQ*

La consistencia interna del AQ y de sus escalas (tabla E), es mayor que en los estudios de Buss & Perry (1992), Castrillón et al. (2004), ambos en universitarios, y García-León et al. (2002), en universitarios y prisioneros. Estos resultados aportan información adicional sobre la capacidad del AQ para evaluar las dimensiones de la agresividad en diferentes tipos de población.

Al igual que el IPO y la PANAS, se preservan los elementos originales del AQ, porque su consistencia interna no mejora sustancialmente al eliminar los que observan menor correlación con la puntuación total de la escala (tabla F).

El Análisis Factorial arroja una matriz de siete componentes clínicamente inconsistentes, y el Scree Plot sugiere soluciones de dos a cuatro factores (figura III).

En base a estos resultados, y buscando una mayor concordancia con las dimensiones de la agresividad descritas por Buss & Perry, se decide efectuar el análisis forzando una solución de cuatro factores. El resultado (tabla I), no esperable, muestra una matriz de componentes rotados que no se corresponde totalmente con la del AQ original, siendo los factores 1 (agresividad física) y 2 (agresividad verbal) prácticamente superponibles, mientras que en el 3 y el 4 se intercambian elementos de ira y hostilidad.

A pesar de que estos resultados no reproducen la dimensionalidad del AQ original, las diferencias observadas en la distribución de ítems no afectan notoriamente su significación clínica, representando los factores 1 y 2 el componente conductual de la agresividad, y los factores 3 y 4 los componentes afectivo y cognitivo. En base a ello, se mantiene la estructura original del AQ.

En el desacuerdo con Buss & Perry pueden incidir diferencias culturales de la muestra, utilización de distintos paquete estadístico (SPSS vs. LISREL VI) y diferentes métodos de análisis factorial (rotación varimax vs. oblimin). Por otro lado, esta estructura del AQ tampoco se corresponde con la de Castrillón, ni con la de García-León, que también difieren de la original.

Como era de esperar, la puntuación media para el total del AQ (tabla Q) es superior a la obtenida por Buss & Perry en estudiantes. Estos resultados no pueden compararse con los de Castrillón, ni con los de García-León, puesto que utilizan versiones del AQ con un número de ítems superior e inferior al del original, respectivamente.

Por último, con el fin de valorar si efectivamente estos instrumentos eran adecuados para medir el afecto negativo y la agresividad, y poder utilizarlos conjuntamente con el IPO, se exploraron las correlaciones bivariadas de las dimensiones del IPO con las de la PANAS y las del AQ (tabla 7). Los resultados del análisis indican que todas ellas son altamente significativas, a excepción de la correspondiente a afecto positivo de la PANAS. Estos resultados corresponden exactamente con los hallazgos de Lenzenweger, que con el fin de validar el IPO llevó a cabo un estudio de correlaciones entre los instrumentos.

La identificación y selección de instrumentos para diagnosticar el TP límite según criterios DSM-IV-TR y para evaluar la OP límite según el modelo de Kernberg, responde al primer objetivo de esta tesis. Los análisis de fiabilidad y de estructura factorial de los instrumentos seleccionados evidencian que éstos poseen unas propiedades psicométricas adecuadas para los objetivos del estudio.

3. DISCUSIÓN EN TORNO A LA SELECCIÓN Y A LA COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS DE LA MUESTRA

En este apartado se valora el procedimiento aplicado para alcanzar el segundo objetivo del estudio: *Obtener una muestra, utilizando el instrumento seleccionado, formada por dos grupos de pacientes, unos con TP límite según DSM-IV-TR, y otros libres de este diagnóstico y de otros TP que comparten la*

OP límite (paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista y antisocial). A continuación, se evalúan las diferencias sociodemográficas observadas entre ambos grupos.

Con la finalidad de detectar diferencias entre los grupos, el tamaño de la muestra se calcula de forma que permita evaluar la asociación entre dos variables cuantitativas (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2006); y, al considerar una pérdida de pacientes del 50%, le corresponde una población de estudio de $N = 170$. Ésta, en base al volumen de ingresos en el Centro (205, en 2006), se fija en el total de pacientes ingresados desde febrero hasta noviembre de 2007.

La muestra se configura en base a criterios de inclusión y exclusión, y condiciones de pertenencia al grupo límite o control. Los criterios de inclusión responden a la edad exigida por el DSM para diagnosticar el TP límite. Los criterios de exclusión salvaguardan la fiabilidad de las respuestas a los cuestionarios, al descartar estados mentales que pueden alterarlas.

Durante los 10 meses fijados para el trabajo de campo 178 pacientes ingresan en el Centro, cifra ligeramente mayor que el tamaño de la población de estudio prevista. Sin embargo, la expectativa de reunir la muestra durante ese tiempo, fundamentada en el volumen de ingresos y en la accesibilidad a los pacientes, fracasa en dos sentidos.

Por un lado, se superan las pérdidas previstas y un alto porcentaje de pacientes (51.69%) no se incluye en el estudio. Aunque a una minoría de ellos no se les cita por omisión o se les desestima en la primera etapa de selección de la muestra, la mayoría (90.22%) no participa por particularidades de la población con T adictivos, como son: presencia de criterios de exclusión, abandono de tratamiento, derivación a otros recursos, ingreso en prisión o no acudir a la cita convenida. Características bastante compatibles con el TP límite (Miller, 2006; Phillips & Gunderson, 1996; Skodol et al., 2005a; Vaillant, 1992; Valdés, 2002), y justificadas por la frecuente coincidencia de ambos trastornos.

Por otro lado, los pacientes que resultan adecuados para participar en el estudio ($n = 86$), se ajustan ceñidamente al tamaño de la muestra previsto,

pero 79 pertenecen al grupo límite, conformándolo con holgura, y 7 al grupo control, cifra insuficiente para constituirlo. Esta circunstancia obliga a buscar alternativas que amplíen la muestra, a la vez que eviten sesgos en la selección de los grupos a comparar.

La distinta procedencia de los grupos de la muestra, aceptada en estudios de casos y controles (Argimon Pallás y Jiménez Villa, 2006), no supone un obstáculo al principio de comparabilidad de los grupos, pues cada uno está avalado por su propia condición de candidato, definida temporal y geográficamente, y por criterios comunes de selección.

En ese sentido, la autorización para acceder a los pacientes del Hospital y de la Consulta, y el establecimiento de condiciones para identificar candidatos y fechas para recoger datos, evitan sesgos dependientes de la voluntad de la investigadora. El procedimiento aplicado en el Centro, excluyendo la entrevista SCID-II por innecesaria, sirve ahora para identificar y seleccionar controles.

La población candidata al estudio la amplían 64 personas; 43 de ellas aptas para el grupo control. Las restantes, rehúsan participar, cumplen criterios de exclusión o se rechazan por superar en el cuestionario SCID-II el número de criterios positivos de TP límite fijado para pertenecer al grupo control.

Al finalizar el trabajo de campo la población de estudio (N = 242) supera ampliamente la prevista. De esa población se exploran a 137 personas, de las que 8 se desestiman y 129 forman la muestra definitiva, que también supera a la prevista. El tamaño de los grupos límite (n = 79) y control (n = 50) se consideran suficientes para realizar el estudio.

En el análisis estadístico que compara a los grupos límite y control respecto a las variables sociodemográficas (tablas R, S, T, U, V, W, X e Y), resultan diferencias altamente significativas ($p \leq .000$) en todas ellas, indicando, como se esperaba, que son dos grupos distintos.

En el grupo control, la distribución entre sexos es bastante proporcional, siendo ligeramente superior el porcentaje de mujeres (54%); este resultado es congruente por tratarse de un grupo que combina población clínica y general.

Los datos epidemiológicos disponibles justifican la predominancia de hombres en el grupo límite (79.75%), pues, no sin controversias, se acepta que el TP límite es más prevalente en mujeres, tanto en población clínica (DSM-IV-TR; Sadock & Sadock, 2004), como general (Swartz et al., 1990); sin embargo, cuando se asocia con T adictivos es más frecuente en hombres (Skodol et al., 2005a; Zanarini et al., 1998a), de ahí su mayoría en este grupo (66.67%).

Lenzenweger et al. (2001) no hallan diferencias de género en su muestra de estudiantes y lo consideran compatible con el modelo de Kernberg, que no contempla diferencias de vulnerabilidad entre los sexos. Para ellos, el hecho de que existan estas diferencias se encuentra sólo en muestras clínicas.

Respecto a los años de edad, la media del grupo límite (33.84) es inferior a la de la muestra (37.46), mientras que la del grupo control es superior (43.18). Esta diferencia se justifica en que los T adictivos suelen debutar en personas jóvenes y por las complicaciones asociadas a su evolución pueden precisar ingresos en centros terapéuticos. Por el contrario, en un hospital o en una consulta psiquiátrica concurren personas con un amplio rango de edad.

En cuanto a los años de instrucción, las medias del grupo límite (12.97) y del grupo control (15.74) se aproximan por debajo y por encima a la de la muestra (14.05). Resultados esperables, ya que los rasgos del TP límite pueden manifestarse en la adolescencia (Becker & Grilo, 2005; DSM-IV-TR; Chabrol et al., 2001) y pueden ocasionar abandono o fracaso escolar (Phillips & Gunderson, 1996; Skodol et al., 2005a). Esta particularidad, no propia del grupo control, justifica la diferencia observada.

En base a ello, resulta lógico que en el grupo límite los estudios primarios sean mayoritarios (56.96%) y los superiores minoritarios (13.92%), y que en el grupo control predominen los superiores (44.00%) sobre los primarios (42.00%). Es de destacar que solamente en el grupo límite hay personas que no completan la enseñanza primaria (5.06%).

La inestabilidad y conflictividad laboral propias de las personas con TP límite (Phillips & Gunderson, 1996; Skodol et al., 2005a), sumadas al menor

nivel formativo observado, justifican que una amplia mayoría de ese grupo realizara trabajos no cualificados (75.95%); por el contrario, más de la mitad del grupo control (54.00%) realizó trabajos cualificados.

Cuando las complicaciones del T adictivo comórbido requieren el ingreso en centros específicos, hacen incompatible la actividad laboral; de ahí que la práctica totalidad del grupo límite (93.67%) esté parada, situación minoritaria en el grupo control (12.00%) y compatible con las tasas de paro esperadas.

La inestabilidad e intensidad de las relaciones interpersonales de las personas con TP límite, caracterizadas por manifestaciones de idealización y devaluación, determinan frecuentes conflictos familiares, separaciones y divorcios (Phillips & Gunderson, 1996; Skodol et al., 2005a), y justifican que el grupo límite lo formen, mayoritariamente, solteros (56.96%) y separados o divorciados (24.05%). Por el contrario, en el grupo control predominan casados o parejas de hecho (54.00%), seguidos de solteros (34.00%).

Estas peculiaridades de las personas del grupo límite evidencian su dificultad para mantener relaciones estables que posibiliten la convivencia en pareja, o la autonomía para vivir en solitario, y justifican que solamente una minoría (13.92%) conviva en pareja, mientras que la mayoría lo hace con la familia de origen (49.37%), o en recursos sociosanitarios (34.17%). Probablemente, muchos de los pacientes en esa última situación, comprensible por el T adictivo, antes y después de habitar en esos recursos engrosarían el porcentaje que convive con la familia de origen. En el grupo control, por el contrario, la convivencia en pareja (66%) predomina ampliamente sobre la familia de origen (20%).

En general, las particularidades aisladas en el grupo límite guardan estrecha relación con las características clínicas del TP límite, agudizadas por las del T adictivo concomitante, y justifican las diferencias observadas respecto al grupo control. Sin embargo, estas diferencias podrían hacer variar los resultados clínicos y, dado que la falta de equivalencia más pertinente entre los grupos en este estudio es el género, en tanto que el TP límite podría darse más entre mujeres, esta dificultad queda al menos parcialmente neutralizada

mediante el Análisis Multivariante. Sus resultados complementarán los obtenidos en los análisis parciales entre casos y controles al mantener constante la variable sexo, que, como se comentó anteriormente, no ejerce influencia en los resultados.

4. DISCUSIÓN EN TORNO A LA HIPÓTESIS

La valoración de los resultados obtenidos en el cumplimiento del tercero, y último, de los objetivos del estudio: *Evaluar y comparar la presencia de OP límite en los grupos de la muestra, utilizando los instrumentos seleccionados, y cuantificar y analizar las diferencias*, constituyen el preámbulo del debate sobre la hipótesis.

Los grupos límite y control se describen y comparan a partir de las puntuaciones medias obtenidas en las respuestas a los elementos de los cuestionarios, y a las diferencias que resultan entre ambos grupos al aplicar la prueba t de Student. Éstas se consideran significativas si $p < .05$, asegurando las diferencias entre ambos grupos y permitiendo establecer correspondencias con los criterios del DSM-IV-TR para el TP límite.

Las puntuaciones medias de todos los ítems del cuestionario IPO (tabla 8) resultan, como se esperaba, más elevadas en el grupo límite y, excepto en tres de ellos, las diferencias entre los grupos muestran una notable significación.

Esos tres elementos no restan valor a sus escalas de pertenencia, todas ellas con diferencias significativas entre los grupos (tabla 9), sugiriendo sus puntuaciones una inespecificidad para evaluar defensas primitivas (el 10 y el 13) y juicio de realidad (el 56), estando mejor representadas esas dimensiones por otros ítems.

Los elementos 10 (*pienso que la gente es, básicamente, buena o mala; hay pocos que estén entremedias*) y 13 (*tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo*) evocan una falta de concreción para evaluar los mecanismos de escisión e idealización subyacentes en la OP límite, de hecho, en nuestra experiencia, son contestados de forma positiva por personas sin TP. Parecen más específicos para evaluar las defensas primitivas elementos como el 2 (*personas que valoraba me decepcionan al no comportarse como esperaba*) y el 1 (*idolatro a algunas personas, incluso después de descubrir que mi opinión sobre ellas estaba equivocada*).

La baja puntuación al elemento 56 (*creo que las cosas sucederán sólo con pensarlas*) en ambos grupos muestra su irrelevancia para evaluar la presencia de pensamiento mágico; se considera poco específico del mismo y puede verse influido fácilmente por el entorno cultural. En cambio, las puntuaciones conseguidas por el elemento 49 (*tengo la sensación de que mis deseos o pensamientos se harán realidad*) sí que son distintas. Este ítem parece más específico del pensamiento mágico patológico, en el sentido de alteración del juicio de realidad, al preguntar por una sensación en lugar de una creencia.

Estos resultados, por un lado, demuestran la capacidad del IPO para distinguir población con diagnóstico de TP límite y población libre de ese diagnóstico, sobre todo la escala difusión de identidad, ya que las diferencias entre los grupos son significativas en todos sus elementos. Por otro lado, permiten establecer correspondencias con el patrón general de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad, e impulsividad, que define la característica esencial del TP límite.

Las puntuaciones medias de todos los elementos de la escala afecto negativo de la PANAS (tabla 10) son más elevadas en el grupo límite, y, salvo en dos (el 1 y el 4), las diferencias entre los grupos son significativas. En el grupo control, por el contrario, resultan superiores las medias de todos los elementos de afecto positivo, excepto dos (el 9 y el 16), sin embargo, las diferencias entre los grupos no son significativas. Era esperable que los sujetos

con TP límite tuvieran claramente una mayor intensidad de afecto negativo, pero también que el afecto positivo fuera menor que el del grupo control.

La diferencia estadísticamente significativa observada entre los grupos en la escala afecto negativo (tabla 11) evidencia que su valor no se afecta por los ítems que no resultan significativos, y se considera que personas libres de TP límite tenderían a responder de forma positiva al 1 (*tenso o estresado*), y que el 4 (*disgustado o molesto*) es menos específico que otros elementos (*enojado, enfadado e irritable o malhumorado*) para medir el deficitario control de la ira en personas con TP límite, lo que justificaría la menor diferencia entre las medias de ambos grupos.

Las puntuaciones de los elementos de afecto positivo 9 (*entusiasmado*) y 16 (*decidido o atrevido*), superiores en el grupo límite, pero no significativas, podrían sugerir la labilidad, con extremas oscilaciones anímicas, y la impulsividad inherente a las personas con TP límite.

En base a los períodos de ira, angustia o desesperación que se intercalan en el estado de ánimo disfórico característico del TP límite, se considera que el afecto negativo es más definitorio del trastorno, por lo que la limitación observada en los ítems de afecto positivo no resta valor a la PANAS, y los resultados obtenidos demuestran su gran utilidad para distinguir a los grupos de la muestra.

En cuanto al AQ, como era de esperar, el grupo límite obtiene mayores puntuaciones medias en todos sus elementos (tabla 12), salvo en el 15 y el 24, descriptores antagónicos de la agresividad que se puntúan de forma invertida, y cuyos valores más bajos reflejan el menor rechazo de la agresividad en personas con TP límite. Además, las diferencias entre los grupos son notablemente significativas en todos los ítems del cuestionario, excepto en cinco, el 24 de agresión física, el 2 de agresión verbal, el 3 de ira, y el 23 y el 28 de hostilidad.

La limitación que confieren esos cinco elementos no reduce el valor del AQ, ya que en todas sus escalas las diferencias entre los grupos son

significativas (tabla 13) y se considera que esos ítems son los menos específicos para medir los componentes de la agresividad.

Así, el elemento 24 (*no encuentro ninguna buena razón para pegarle a una persona*) es el más ambiguo para referir agresividad física. El elemento 2 (*cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos*) puede ser considerado como algo normal por personas sin TP límite, sin implicar agresividad verbal patológica. Algo similar sucede con el elemento 3 (*me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida*), siendo otros descriptores de la escala ira más específicos, al añadir la dificultad en contenerla propia de personas con TP límite. Por último, los elementos 23 (*desconfío de desconocidos demasiado amigables*) y 28 (*cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán*) no llegan a captar adecuadamente la suspicacia, y personas libres de TP pueden considerar normal esa desconfianza.

Estos resultados constatan la capacidad del AQ para distinguir a personas con TP límite de otras libres de ese trastorno, y permiten establecer correspondencias entre las dimensiones de la agresividad y la tendencia a expresar ira, o las dificultades para controlarla, de las personas con TP límite.

Tras haber comprobado que las diferencias entre los grupos de la muestra son compatibles con la hipótesis planteada, es decir que en el grupo límite se observan puntuaciones significativas de patología en todas las dimensiones evaluadas, excepto en afecto positivo, se decide comprobar si tales diferencias podrían ser debidas a la presencia de casos con comorbilidad en ese grupo, ya que en el grupo control no los hay; o, dicho de otra manera, si las diferencias encontradas son atribuibles al TP límite o a la OP límite con sus comorbilidades. Para dilucidar esta cuestión, en primer lugar se evalúa la comorbilidad en el grupo límite y, a continuación, se realiza una comparación entre los sujetos con TP límite “puro” y los del grupo control, respecto a todas las dimensiones.

La elevada coocurrencia del TP límite con otros trastornos del Eje II del DSM (Molina Ramos et al., 2004; Rubio Larrosa et al., 2003) se constata al

estimar su proporción en el grupo límite. Los resultados del análisis (tabla Z) muestran que el diagnóstico único de TP límite es minoritario (12.65%), y que, coincidiendo con algunos autores (Skodol et al., 2005a; Zanarini et al., 1998b; Zimmerman et al., 2005), los TP más frecuentemente asociados al límite son el antisocial (45.56%) y el paranoide (40.50%); los demás trastornos de la OP límite estudiados alcanzan menores porcentajes de coincidencia (26.58% el narcisista, 8.86% el histriónico, 7.59% el esquizotípico y 3.79% el esquizoide).

Respecto al número de esos diagnósticos de TP de la OP límite observados en el grupo límite (tabla 19), una cuarta parte del grupo (25.32%) presenta únicamente TP límite; sin embargo, es más frecuente que ese trastorno coincida con uno (36.70), dos (20.26%), tres (15.18%) o cuatro (2.54%) TP de la OP límite.

Esta elevada comorbilidad entre el TP límite y otros TP de la OP límite, avala el enfoque estructural de Kernberg y sugiere una falta de especificidad del DSM-IV-TR para el diagnóstico de TP límite, cobrando peso la posición de los defensores de la OP límite que abogan por un conglomerado de trastornos.

En referencia al análisis comparativo entre los casos “puros” de TP límite y el grupo control (tabla 20) respecto a las dimensiones que evalúan la OP límite, sus resultados son prácticamente superponibles a los obtenidos al comparar el grupo límite con su comorbilidad y el grupo control. Las puntuaciones medias de todas las dimensiones, salvo las de afecto positivo que son similares en ambos grupos, sugieren mayor nivel de patología en el grupo “puro”. Las diferencias entre los grupos resultan significativas en todos los casos, excepto en afecto positivo, coincidiendo con la anterior comparación, y en agresividad verbal.

Estos resultados vienen a indicar que la presencia de comorbilidad no ejerce efectos significativos sobre las dimensiones evaluadas con el IPO, observando las diferencias entre los grupos en las dos comparaciones realizadas idéntica significación estadística. Ahora, sin embargo, las diferencias entre los grupos en afecto negativo, agresividad física, ira y hostilidad observan unos valores de significación ligeramente inferiores a los obtenidos al comparar

el grupo límite con el grupo control, y las diferencias en agresividad verbal pierden su significación.

No obstante, se concede escasa importancia a esos hallazgos porque tanto en el total de la PANAS como del AQ las diferencias entre los casos “puros” y el grupo control son significativas, y porque para los fines de esta investigación son más relevantes las dimensiones del IPO.

Estos resultados apoyan inequívocamente la hipótesis de que el grupo de casos de TP límite según criterios DSM, independientemente de que ese diagnóstico sea “puro” o coincida con otros TP de la OP límite, se caracteriza y diferencia del grupo control en que presenta una estructura de personalidad compatible con el concepto de OP límite de O. Kernberg. Sin embargo, cabría sospechar que los resultados podrían ser diferentes si se hiciese la comparación tomando todas las dimensiones consideradas simultáneamente, ya que es muy probable que éstas no sean absolutamente independientes. Además, al hacerlo así, es decir al aplicar una prueba de Análisis de Regresión Multivariante, se puede establecer la influencia de unas variables relativamente sobre las otras en la determinación del resultado.

La prueba más adecuada para estos fines es el Análisis de Regresión Logística, habida cuenta de la naturaleza cualitativa de la variable dependiente. Este análisis compara los grupos de la muestra y comprueba la compatibilidad entre el diagnóstico de TP límite establecido con la SCID-II y las dimensiones de la OP límite evaluadas con el IPO, la PANAS y el AQ, explorando su comportamiento para clasificar a los grupos límite y control.

En el análisis se introducen en la ecuación las ocho dimensiones que muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, es decir, se excluye la dimensión afecto positivo, lo que por lo demás no supone ninguna merma conceptual del modelo hipotetizado.

Para valorar hasta qué punto el modelo construido con las ocho dimensiones arroja unos resultados significativamente diferentes del azar, se estima la bondad de ajuste del modelo, y resulta que la “varianza explicada” por

éste es 72.63%, es decir, muy elevada si consideramos los resultados que se suelen obtener en este tipo de estudios.

El modelo obtenido también se examina construyendo una tabla 2×2 para clasificar a todos los individuos de la muestra según la compatibilidad de los valores observados con los pronosticados por el modelo, de forma similar a como se evalúan las pruebas diagnósticas. El resultado (tabla 22) muestra una compatibilidad total del 86%. De nuevo aquí se observa un resultado que apoya la hipótesis en juego, si bien hay que considerar que el porcentaje de aciertos es bruto, es decir, sin corregir el efecto del azar.

Sin embargo, en los resultados dimensión a dimensión (tabla 23) se observa que la mayor parte de ellas, al tomarlas en conjunto, no contribuyen significativamente a explicar la probabilidad de pertenencia a los grupos. Solamente difusión de identidad, juicio de realidad y agresividad física se asocian significativamente con la probabilidad de pertenencia al grupo con TP según criterios DSM.

Llegado este punto cabe pensar que la desigualdad entre los grupos en la distribución del sexo –recordemos que en el grupo límite hay un porcentaje significativamente mayor de hombres– podría estar teniendo una influencia en los resultados obtenidos. Para comprobarlo se repite el análisis añadiendo la variable sexo a la ecuación y los resultados muestran que, tanto la bondad de ajuste (tabla 24), como la clasificación (tabla 25), no presentan cambios sustanciales respecto de los resultados obtenidos sin introducir la variable sexo, demostrando no influir en los resultados la diferencia observada en los grupos en cuanto a esta variable.

Sin embargo en el análisis pormenorizado (tabla 26), se observa que la significativa aportación del sexo a explicar la probabilidad de pertenencia a los grupos, deteriora la influencia de la dimensión agresividad física sobre el resultado, manteniendo solamente difusión de identidad y juicio de realidad su nivel de significación.

Considerando la posibilidad de que un modelo con un menor número de dimensiones pudiera dar cuenta de las diferencias entre los grupos, sin perder poder explicativo, se realiza un Análisis Factorial introduciendo las ocho dimensiones hasta ahora ensayadas.

En la matriz de componentes rotados (tabla 27) resultan dos factores que explican el 72.57% de la varianza, que no logran una rotación ortogonal completa, ya que hostilidad, agresividad física e ira mantienen cargas elevadas en ambos factores. No obstante, se distingue perfectamente un primer componente que incluye difusión de identidad, defensas primitivas, juicio de realidad, afecto negativo y hostilidad, es decir un componente específico del TP límite, denominado *Factor Límite*, y un segundo componente que incluye agresividad verbal, ira y agresividad física, denominado *Factor Agresividad*.

Al repetir el análisis introduciendo en la ecuación estas dos dimensiones, se observa que la bondad de ajuste del modelo y la “varianza explicada” (tabla 28) no varían sustancialmente, pero su poder de clasificación (tabla 29) disminuye ligeramente; sin embargo, el análisis pormenorizado (tabla 30) revela que ambos componentes contribuyen a mejorar la probabilidad de clasificación de los grupos de manera significativa, especialmente el *Factor Límite*.

Finalmente se explora el papel que juega el sexo en este último modelo. Para ello se repite el análisis añadiendo esta variable y se buscan posibles interacciones. Los resultados muestran que la bondad de ajuste del modelo (tabla 31) y su poder clasificatorio (tabla 32) no varían sustancialmente, evidenciando nuevamente que la diferencia entre los grupos en cuanto al sexo no ejerce influencia sobre los resultados.

Sin embargo, en el análisis pormenorizado (tabla 33), se observa que la significativa aportación del sexo a explicar la probabilidad de pertenencia a los grupos, hace que el *componente agresividad* pierda su influencia sobre el resultado, y solamente el *componente límite* conserva su nivel de significación.

A continuación, en base a los resultados obtenidos en el estudio, se valora la hipótesis formulada, según la cual, *las personas diagnosticadas de TP límite, de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR, presentan una estructura de personalidad compatible con el concepto psicoanalítico de OP límite descrito por Kernberg*. Para llevar a cabo esta valoración se plantean tres pasos:

➤ *Identificación de las características estructurales de la personalidad en los casos diagnosticados de TP límite*

En la comparación de los grupos en cuanto a las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de los cuestionarios que evalúan la OP límite, resultan unas medias superiores en todas ellas, excepto en afecto positivo, en la dirección esperada, siendo las diferencias entre los grupos altamente significativas en todas las dimensiones salvo en afecto positivo. Además, los efectos de la comorbilidad en el grupo límite y la desigual distribución de sexos en los grupos, no influyen sustancialmente en los resultados.

En base a ello, estos resultados apoyan la hipótesis, ya que la exploración con el IPO identifica en las personas con diagnóstico de TP límite una estructura de personalidad caracterizada por un predominio de defensas primitivas y difusión de identidad y un cierto deterioro del juicio de realidad, particularidades definitorias de la OP límite según el modelo de Kernberg (1967, 1984). Esta estructura se complementa con mayores niveles de afecto negativo detectado con la PANAS, y de agresividad, detectada con el AQ, dimensiones relevantes en la manifestación de la psicopatología de las personas con OP límite.

Por otro lado, la notable significación de las diferencias observadas entre los grupos, permiten establecer con garantías correspondencias entre esas dimensiones y los criterios DSM-IV-TR para el TP límite.

➤ *Correspondencia entre las características de Organización Límite de la Personalidad y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el Trastorno Límite de la Personalidad*

En base a los resultados obtenidos, las características definitorias de OP límite aisladas en el grupo límite se corresponden con los siguientes criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TP límite:

La dimensión defensas primitivas representa, fundamentalmente, el criterio 2 (*inestabilidad en las relaciones interpersonales*). Además, los criterios 4 (*impulsividad*), 5 (*conductas autolesivas*), 6 (*inestabilidad afectiva*) y 8 (*ira*), están facilitados por la intensa debilidad yoica que presentan los sujetos con TP límite. Un yo débil está producido y mantenido por el predominio de las defensas primitivas, principalmente por la escisión, cuya presencia masiva impide el desarrollo de defensas superiores, que sean capaces de contener los afectos e impulsos.

La dimensión difusión de identidad se relaciona con muchos rasgos caracteriales, especialmente con los que atañen a la autoimagen, a los afectos y a las relaciones interpersonales. Representa los criterios 1 (*esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado*), 2 (*relaciones interpersonales inestables e intensas*), 3 (*alteración de la identidad*), 6 (*inestabilidad afectiva*) y 7 (*sentimientos crónicos de vacío*).

La dimensión juicio de realidad, que distingue a los TP de la psicosis, pero que puede estar temporal o parcialmente alterada en el TP límite, se corresponde con el criterio 9 (*ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves*).

La dimensión afecto negativo se corresponden con los criterios 6 (*inestabilidad afectiva*) y 8 (*ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira*). Este último criterio lo complementan las dimensiones de la agresividad.

Todos los criterios del TP límite según DSM-IV-TR están contenidos en las escalas primarias del IPO (que corresponden a sus primeros 57 ítems),

excepto el 5 y el 8, ya que las conductas autolesivas y la agresividad se encuentran recogidas en los ítems restantes, considerados secundarios por sus autores y que no son tenidos en cuenta en este estudio. La principal razón para no incluirlos es porque no encajaron en los análisis factoriales de un estudio anterior no publicado. Además, tampoco fueron incluidos en los análisis originales del IPO realizados por el grupo de Kernberg, lo cual podía dificultar la comparación. Esta situación también reforzó el uso conjunto de otros instrumentos en este estudio.

Al comparar los grupos mediante el Análisis de Regresión Logística se observa que la compatibilidad total entre el diagnóstico de TP límite establecido con la SCID-II y las dimensiones de la OP límite evaluadas con el IPO, la PANAS y el AQ es del 86%, y que no varía sustancialmente al reducir el modelo a dos componentes, ni al añadir al análisis la variable sexo, a pesar de su desigual distribución entre en los grupos.

➤ *Coincidencias y diferencias entre el enfoque descriptivo y el psicoanalítico*

Las observaciones mencionadas sobre los resultados del estudio, ponen de relieve la coincidencia de ambos enfoques al definir algunas características de la psicopatología del TP límite, sin embargo, difieren en varios aspectos.

En este sentido, el DSM-IV-TR describe el patrón general de inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad, y la notable impulsividad de las personas con TP límite, en base a nueve criterios. Sin embargo, no detalla los mecanismos que subyacen en la constelación sintomática, de ahí que el diagnóstico producido con la SCID-II resulte insuficiente para explicar el funcionamiento de una persona.

Además, al exigir este sistema cinco, o más, criterios para establecer el diagnóstico, produce una gran heterogeneidad respecto a la psicopatología de las personas con ese diagnóstico (Fossati et al., 1999; Oldham, 2006b), heterogeneidad que se incrementa por la elevada comorbilidad del trastorno con otros TP del Eje II. Estas limitaciones cuestionan la validez diagnóstica de

los criterios del TP límite (Gunderson & Phillips, 1991; Trull et al., 1990), y dificultan planificar el tratamiento (Morey et al., 2007) si la pobre psicopatología que aportan no se complementa con información de otros aspectos del individuo (Phillips & Gunderson, 1996; Millon & Davis, 1998b).

El enfoque psicoestructural, en lugar de definir un TP específico determina la OP límite, lo que aporta homogeneidad al grupo, evaluando las escalas primarias del IPO la psicopatología de las personas con TP límite a nivel de relaciones interpersonales, autoimagen y juicio de realidad, y los mecanismos defensivos subyacentes. Sin embargo, necesita auxiliarse de otros instrumentos para evaluar las tendencias suicidas y de automutilación, y para valorar con precisión el afecto, en particular la ira.

Las características del curso del TP límite, con su evolución crónica, y su tendencia, con la edad, a producir crisis menos intensas, más intervalos asintomáticos (Zanarini et al., 2007), remisiones bastante estables (Zanarini et al., 2005) y escasas recurrencias, implican una atenuación de los mecanismos defensivos que intervienen en la OP límite, que puede evaluarse con el IPO. Por el contrario, esas características hacen menos válidos los criterios del DSM-IV-TR para valorar el trastorno con el paso del tiempo (Paris et al., 1987; Rubio Larrosa et al., 2003; Swartz et al., 1990), en base al diagnóstico categorial que realiza.

Siguiendo a Kernberg (1967, 1984), la OP límite no constituye un diagnóstico específico, sino que se considera un diagnóstico complementario, más amplio, que transmite la dimensión de gravedad en el funcionamiento del yo y de las relaciones objetales. En base a ello, la evaluación de las dimensiones psicoestructurales de la OP límite subyacentes a los criterios categoriales mejora las limitaciones del diagnóstico descriptivo y resulta de gran importancia clínica. Al diferenciar niveles de gravedad, en la que es relevante el juicio de realidad, optimiza el diagnóstico diferencial (Kernberg, 1977); al mejorar la precisión y comprensión del diagnóstico clínico, en base a la cualidad de las relaciones objetales y al grado de integración del superyó, aporta un importante criterio pronóstico; y, en base al grado de debilidad del yo,

favorece la planificación del tratamiento (Clarkin et al., 1993; Johansen et al., 2004; Rodebaugh et al., 2005).

Así, el diagnóstico de TP límite según criterio DSM-IV-TR, producido con la SCID-II, representa la etapa inicial de una evaluación. Su precisión diagnóstica mejorará si se complementa con instrumentos basados en el enfoque psicoestructural (Kernberg, 1984; Phillips & Gunderson, 1996) que, como el IPO, exploran la psicopatológica y los procesos psicodinámicos subyacentes en el funcionamiento del yo y de las relaciones objetales.

En ese sentido, la escala defensa primitivas representa los mecanismos, insuficientemente enunciados en el DSM-IV-TR, que intervienen en el funcionamiento de las personas con TP límite, esencialmente la escisión y, relacionados con ella, la identificación proyectiva, la idealización primitiva, la negación, la omnipotencia y la devaluación.

La activación de estos mecanismos, responsables de la división del yo y de los objetos en *buenos* y *malos*, explica los virajes súbitos de conceptos y afectos de las personas con TP límite respecto a ellos mismos y a los otros. Esa alternancia expresa matices opuestos de un conflicto y una falta selectiva de control de impulsos.

La persistencia e intensificación de mecanismos defensivos primitivos origina el síndrome de difusión de identidad, en el que concurren un concepto del yo y de los otros caracterizados por representaciones afectivo-cognoscitivas múltiples y contradictorias, que se ponen de manifiesto en los rasgos caracteriales y en las relaciones interpersonales de las personas con TP límite.

La escala difusión de identidad representa las particularidades de esas personas respecto a ellos mismos, destacando la falta de conciencia de su naturaleza conflictiva, el temor a ser abandonado, relacionado con la intolerancia a estar solos, el sentimiento crónico de vacío, los cambios o inestabilidad en los valores, el miedo a perder la identidad, la autoevaluación incorrecta o ausente, con autopercepciones y conducta contradictorias imposibles de integrar emocionalmente.

Por otro lado, esa escala también representa la escasa capacidad de las personas con TP límite para mantener la continuidad temporal en las relaciones interpersonales, resultando caóticas o huecas. Relaciones en las que manifiestan distorsiones de los otros, superficialidad, falta de empatía, explosividad, demandas no razonables y grados variables de manipulación interpersonal.

La escala juicio de realidad pone de relieve el desplazamiento del adecuado contacto con la realidad de las personas con TP límite, hacia al proceso primario de pensamiento en situaciones de estrés, o de consumo de sustancias. En esos episodios psicóticos transitorios, poco intensos y de rápida restitución, la pérdida de capacidad de diferenciar al yo del no yo, las percepciones internas de las externas, y de discriminar afectos, conducta y contenido del pensamiento, origina ideación paranoide, sentimientos de extrañeza y despersonalización.

No obstante, la precisión clínica que aportan las escalas primarias del IPO al diagnóstico categorial de TP límite observa limitaciones, pues, como se comentó, y a pesar de la preponderancia otorgada por Kernberg al manejo de la pulsión agresiva en el desarrollo psíquico, no evalúan los criterios 5 (*comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación*) y 8 (*ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla*) del DSM-IV-TR para el TP límite.

Estas limitaciones se corrigen, hasta cierto punto, complementando la evaluación con la PANAS y el AQ, pues los resultados obtenidos apoyan la correspondencia de la dimensión afecto negativo de la PANAS con los criterios 6 (*inestabilidad afectiva*) y 8, representados por los descriptores: culpable, asustado, nervioso, intranquilo y temeroso o con miedo, el primero y, enojado o enfadado, irritable o malhumorado y avergonzado, el segundo. Este último criterio se corresponde ampliamente con las dimensiones del AQ representando la agresividad física y la agresividad verbal el componente conductual de la agresividad que impregna el patrón general de inestabilidad observado en esas personas, la escala hostilidad el componente cognitivo y la ira el afectivo.

En conclusión, la evaluación de la OP límite realizada en el estudio, aporta información acerca de todos los criterios del DSM-IV-TR para el TP límite a excepción del 5, que no posee correspondencia con ninguna de las dimensiones de los instrumentos aplicados.

Esta investigación logra su finalidad estableciendo conclusiones basadas en los resultados obtenidos en el cumplimiento de los objetivos planteados.

5. RESUMEN DEL CAPÍTULO

Limitaciones del diseño del estudio: la muestra se capta en un Centro para adicciones dada la baja prevalencia del TP límite en población general, y dada su comorbilidad con los T adictivos; esa prevalencia condiciona que los instrumentos se calibren sobre la misma muestra; se opta por un diseño transversal porque en esa población los abandonos de tratamiento son frecuentes; como no se identifican criterios que diferencien con el IPO el funcionamiento normal y patológico de la personalidad, los grupos de la muestra se seleccionan en base al diagnóstico de TP límite y la compatibilidad entre éste y la OP límite se estima a partir de la probabilidad de pertenencia a los grupos.

La demostrada fiabilidad y validez de los instrumentos seleccionados en la búsqueda bibliográfica para diagnosticar el TP límite (SCID-II) y para evaluar la OP límite (IPO, PANAS y AQ) y su disponibilidad en castellano, apoyan su utilidad y responden al primer objetivo del estudio. Su puesta a punto constata esas propiedades, por lo que se mantienen en su formato original. Además, las correlaciones bivariadas de las dimensiones del IPO con las de la PANAS y el AQ, a excepción de afecto positivo, resultaron altamente significativas.

La adecuación de la muestra del estudio está determinada por su tamaño, que permite detectar diferencias entre los grupos, por constituirse en base a criterios de inclusión y exclusión, y condiciones de pertenencia al grupo límite (diagnóstico de TP límite según DSM-IV-TR) o control (ausencia de TP de la OP límite: paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial), y por las particularidades adoptadas en el procedimiento que selecciona a los grupos (en un primer paso con el cuestionario SCID-II, y en un segundo paso con la entrevista SCID-II).

El alto porcentaje de pacientes que supera las pérdidas previstas, y el tamaño insuficiente del grupo control, obligan a completar la muestra en un hospital y una consulta, evitando sesgos en la selección de los grupos.

De la población de estudio (N = 242) se exploran 137 personas (8 se desestiman), y la muestra definitiva (n = 129) logra el segundo objetivo del estudio, al distribuirse entre los grupos límite (n = 79) y control (n = 50). Éstos se diferencian significativamente en cuanto a sexo, edad, nivel y años de instrucción, cualificación y situación laboral, estado civil y tipo de convivencia.

El cumplimiento del tercer objetivo del estudio se aborda a partir de las puntuaciones a los elementos del IPO, la PANAS y el AQ. Los resultados de la comparación de los grupos evidencian la capacidad de los cuestionarios para distinguirlos, y las diferencias significativas entre ellos permiten establecer correspondencias con las características que definen al TP límite.

Los resultados de los análisis que, desde diversos puntos de vista, comparan a los grupos con referencia a la hipótesis formulada, indican que:

- La estructura de personalidad en los casos diagnosticados de TP límite se caracteriza por atributos definitorios de la OP límite según el modelo de Kernberg: predominio de defensas primitivas y difusión de identidad, deterioro del juicio de realidad y altos niveles de afecto negativo y de agresividad.
- La elevada comorbilidad del TP límite con otros TP avala el modelo de Kernberg y sugiere una falta de especificidad del DSM-IV-TR para el

diagnóstico de TP límite. Por otro lado, no ejerce efectos significativos sobre los resultados obtenidos en las dimensiones evaluadas, reforzando la hipótesis.

- También apoya la hipótesis en juego la compatibilidad observada (86%, sin corregir el efecto del azar), entre el TP límite diagnosticado con la SCID-II y la OP límite evaluada con las dimensiones del IPO, la PANAS y el AQ, con diferencias significativas entre los grupos (todas excepto afecto positivo), que no varía sustancialmente al reducir el modelo a dos componentes, ni al añadir al análisis la variable sexo, a pesar de su desigual distribución entre los grupos.

- Las características definitorias de OP límite identificadas en el grupo límite se corresponden con todos los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TP límite, excepto el 5 (*comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación*).

- El enfoque descriptivo y el psicoanalítico coinciden al definir algunas características clínicas del TP límite, pero difieren en varios aspectos. Las limitaciones observadas en ambos constatan que el diagnóstico DSM-IV-TR para el TP límite, producido con la SCID-II, representa la etapa inicial de una evaluación, y que el diagnóstico mejora si se complementa con el IPO, que explora la psicopatológica y los procesos psicodinámicos subyacentes. No obstante, la precisión clínica que aporta el IPO al diagnóstico categorial de TP límite no añade información adicional a los criterios 5 y 8 (*ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla*).

CONCLUSIONES

Dentro de las limitaciones que imponen la muestra y la metodología empleada en esta investigación, se puede afirmar que:

- La versión castellana del *Inventory of Personality Organization* presenta una consistencia interna y una validez de constructo aceptables.
- La versión castellana de la *Positive and Negative Affect Schedule* presenta una consistencia interna y una validez de constructo aceptables.
- La versión castellana del *Aggression Questionnaire* presenta una consistencia interna y una validez de constructo aceptables.
- Los tres instrumentos están altamente correlacionados, constituyendo una estructura única caracterizada por dos dimensiones: una dimensión compuesta por defensas primitivas, difusión de identidad, juicio de realidad, afecto negativo y hostilidad, y otra que incluye ira, agresividad verbal y agresividad física.
- La prevalencia de Trastorno Límite de la Personalidad en pacientes con Trastornos Adictivos es de 88%.
- La comorbilidad del Trastorno Límite de la Personalidad con otros Trastornos de la Personalidad incluidos en el concepto de Organización Límite de la Personalidad es del 75%.
- La estructura de la personalidad de las personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad según criterios DSM-IV-TR, considerada desde la perspectiva de la teoría de las relaciones objetales de Otto Kernberg, se caracteriza por la existencia de difusión de identidad, deterioro del juicio de realidad y niveles elevados de agresividad física.
- Esta estructura de la personalidad es independiente de la presencia de comorbilidad con Trastornos Adictivos y con otros Trastornos de la Personalidad incluidos en el concepto de Organización Límite de la Personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, H.S., Djenderedjian, A.M., Rosenthal, R.H. & Khani, M.K. (1977). Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *Am J Psychiatry*, 134(11), 1227-1233.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J. e Ibáñez, E. (2006). Afectos y Género. *Psicothema*, 18(1); 143-148. Consultado el 22 de septiembre de 2007, en: www.psicothema.com
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158(10 Suppl), 1-52.
- Andión, O., Ferrer, M., Matalí, J.L., Álvarez-Cienfuegos, L., Valero, S., Navarro, J.A., ... Casas, M. (2008). Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad: Concordancia entre el juicio clínico y la entrevista semiestructurada. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(3), 144-150.
- Apter, A. (2010). Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *Eur Psychiatry*, 25(5), 257-259.
- Argimon Pallás, J.M. y Jiménez Villa, J. (2006). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica* (3ª ed.). Madrid: Elsevier España, S.A.
- Asociación Médica Mundial. (2000). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Consultado el 1 de octubre de 2006, en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>
- Balsis, S., Segal, D.L. & Donahue, C. (2009). Revising the Personality Disorder Diagnostic Criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-V): Consider the Later Life Context. *Am J Orthopsychiatry*, 79(4), 452-460.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M.J., Tejero, A., Pascual, J.C., Álvarez, E., ... Pérez Sola, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr*, 32(5), 293-298.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *Am J Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bauer, S.F., Hunt, H.F., Gould, M. & Goldstein, E.G. (1980). Borderline personality organization, structural diagnosis and the structural interview. A pilot study of interview analysis. *Psychiatry*, 43(3), 224-33.
- Bayón Pérez, C y Cloninger, C.R. (2005). Evaluación de la personalidad. En Vallejo Ruiloba, J. y Leal Cercós, C., *Tratado de Psiquiatría* (Vol. I, cap. 34). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.

- Becker, D.F. & Grilo, C.M. (2005). Validation studies of the borderline personality disorder construct in adolescents: Implications for theory and practice. *Adolesc Psychiatry*, 29, 217-235.
- Ben Dov, P., Martínez, C., Núñez, C., Ortega, P., Oksenberg, T., Morales, A.M., ... Florenzazo, R. (2002). El Inventario de Organización de la Personalidad (IPO): Sus Características y Aplicaciones. *Ter Psicol*, 20(1), 41-51.
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., Boedijn, G. & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bull Menninger Clin*, 73(1), 44-60.
- Bjorklund, P. (2006). No man's land: gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs*, 27(1), 3-23.
- Bradley, R. & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*, 17(4), 927-957.
- Buss, A.H. & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Cons Psychol*, 21(4), 343-348.
- Buss, A.H., Durkee, A. & Baer, M.B. (1956). The measurement of hostility in clinical situations. *J Abnorm soc Psychol*, 52(1), 84-86.
- Buss, A.H. & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*, 63(3), 452-459.
- Butcher, J., Dahlstrom, W.G., Graham, J. & Tellegen, A. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Campo Arias, A., Díaz Martínez, L.A. y Barros Bermúdez, J.A. (2008). Consistencia interna del cuestionario autoadministrado de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV. *Rev Colomb Psiquiat*, 37(3), 378-384.
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S. & Bartko, J.J. (1974). Part I. Use of Signs and Symptoms for the Identification of Schizophrenic Patients. *Schizophr Bull*, 1(11), 37-49.
- Carr, A.C., Goldstein, E.G., Hunt, H.F. & Kernberg, O.F. (1979). Psychological Tests and Borderline Patients. *J Pers Assess*, 43(6), 582-590.
- Cary, G.L. (1972). The borderline condition: A structural dynamic view-point. *Psychoanal Rev*, 59(1), 33-54.
- Casillas, A. & Clark, L.A. (2002). Dependency, impulsivity, and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *J Pers Disord*, 16(5), 424-436.
- Castrillón, D.A., Ortiz, P.A. y Vieco, F. (2004). Cualidades paramétricas del cuestionario de agresión (AQ) de Buss y Perry en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). *Rev Fac Nac Salud Pública*, 22(2), 49-61.
- Chabrol, H. & Leichsenring, F. (2006). Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: Relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits. *Bull Menninger Clin*, 70(2), 160-70.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S. & Mullet, E. (2001). Frequency of Borderline Personality Disorder in a Sample of French High School. *Can J Psychiatry*, 46(9), 847-849.
- Chabrol, H., Montovany, A., Ducongé, E., Kallmeyer, A., Mullet, E. & Leichsenring, F. (2004). Factor structure of

- the Borderline Personality Inventory in adolescents. *Eur J Psychol Assess*, 20(1), 59-65.
- Cheng, A.T., Mann, A.H. & Chan, K.A. (1997). Personality disorder and suicide. A case-control study. *Br J Psychiatry*, 170(5), 441-446.
- Clark, L.A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Clarkin, J.F., Hull, J.W. & Hurt, S.W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J Pers Disord*, 7, 137-143.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am J Psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*, 188(5), 423-31.
- Conklin, C.Z., Bradley, R. & Westen, D. (2006). Affect regulation in Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 194(2), 69-77.
- Conklin, C.Z. & Westen, D. (2005). Borderline Personality Disorder in Clinical Practice. *Am J Psychiatry*, 162(5), 867-875.
- Cuevas, P., Camacho, J., Mejía, R., Rosario, I., Parres, R., Mendoza, J. y López, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. *Salud Mental*, 23(6), 1-11.
- Davidson, K.M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S.J. & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 197(6), 456-462.
- De la Fuente, J.M. & Bobes, J. (2009). Issues for DSM-V: I) Including Biological Variables To Objectively Comfort the Clinical Diagnosis of Borderline Personality Disorder and II) Proposing a New Subcategory To Be Included in the Criteria Sets for Further Study. *Int J Soc Psychiatry*, 55(3), 195-197.
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relation to schizophrenia. *Psychoanal Q*, 11, 301-321.
- Díaz Curiel, J. (1999). Clasificación de los TP desde el modelo de las relaciones objetales de Kernberg. *Psicopatología (Madrid)*, 19(4), 142-148.
- Ekselius, L., Lindstrom, E., von Knorring, L., Bodlund, O. & Kullgren, G. (1993). Personality disorders in DSM-III-R as categorical or dimensional. *Acta Psychiatr Scand*, 88(3), 183-187.
- Ekselius, L., Lindstrom, E., von Knorring, L., Bodlund, O. & Kullgren, G. (1994). SCID-II Interview and the SCID Screen Questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand*, 90(2), 120-123.
- Escribano Nieto, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B. & Benjamin, L.S. (1997a). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Interview and Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B. & Benjamin, L.S. (1997b). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), User's Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B. (1995a). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part I: Description. *J Pers Disord*, 9(2), 83-91.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B. (1997c). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B., Davies, M., Borus, J., ... Rounsaville, B. (1995b). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. *J Pers Disord*, 9(2), 92-104.
- Fischer-Kern, M., Kapusta, N.D., Doering, S., Hörz, S., Mikutta, C. & Aigner, M. (2011). The Relationship between Personality Organization and Psychiatric Classification in Chronic Pain Patients. *Psychopathology*, 44(1), 21-26.
- Foelsch, P.A., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., Somavia, J., Normandin, L. & Lenzenweger, M.F. (2000). *The Inventory of personality organization: Initial psychometric properties*. Manuscrito no publicado. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C. & Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Compr Psychiatry*, 40(1), 72-79.
- Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: a commentary. *Am J Psychiatry*, 137(9), 1050-1054.
- Franco Fernández, M.D., Sanmartín Roche, A. y Giner Ubago, J. (2004). Comorbilidad entre los trastornos mentales y los de la personalidad. En Roca Bennasar, M. (Coord.), *Trastornos de Personalidad* (cap. 16, pp. 387-400). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Frankenburg, F.R. & Zanarini, M.C. (2004). The association between Borderline Personality Disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry*, 65(12), 1660-1665.
- Freud, S. (1923a). Neurosis y Psicosis. En *Obras completas de Sigmund Freud*. (4ª ed., Vol. III, cap. CXXVII). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923b). El "Yo" y el "Ello". En *Obras completas de Sigmund Freud*. (4ª ed., Vol. III, cap. CXXV). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1924). La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. En *Obras completas de Sigmund Freud*. (4ª ed, Vol. III, cap. CXXVIII). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frosch, J. (1964). The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychiat Q*, 38(1), 81-96.
- Frosch, J. & Wortis, S.B. (1954). A contribution to the nosology of the impulse disorders. *Am J Psychiatry*, 111(2), 132-138.
- Gabbard, G.O. (2006). Enfoques psicodinámicos de los trastornos de la personalidad. En Hales, D.J. & Rapaport, M.H. (Eds.), *Focus: Trastornos de la personalidad*. (pp. 9-13). Barcelona: Medical Trends, S.L.
- García León, A., Reyes, G.A., Vila, J., Pérez, N., Robles, H. & Ramos, M.M. (2002). The Aggression Questionnaire: a validation study in student samples. *Span J Psychol*, 5(1), 45-53.
- Gárriz, M. y Gutiérrez, F. (2009). Cribado de trastornos de la personalidad: un metaanálisis. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(3): 148-152.
- Goldman, G.A. & Gregory, R.J. (2010). Relationships between Techniques and Outcomes for Borderline Personality

- Disorder. *Am J Psychother*, 64(4), 359-371.
- Gómez Beneyto, M., Ibáñez Guerra, E. y Asencio Arana, A. (2004a). Psicoterapia de los trastornos de personalidad. En Roca Bennasar, M. (Coord.), *Trastornos de Personalidad* (cap.31, pp. 727-756). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Gómez Beneyto, M., Pérez Prieto, J.F. y Plumed Domingo, J.J. (2004b). *Cuestionario de Organización de la Personalidad: IPO*. Manuscrito no publicado. Valencia: Hospital Clínico Universitario.
- Gómez Beneyto, M., Villar, M., Renovell, M., Pérez, F., Hernández, M., Leal, C., ... Asencio, A. (1994). The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *J Pers Disord*, 8(2), 104-110.
- Gómez de Cortés, C. (2000). ¿Quién es el paciente límite?. *Salud Mental*, 23(1), 30-38.
- Gómez Santa María, A. (2008). *Validación y Confiabilidad del Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO) en mujeres embarazadas de bajo nivel socioeconómico*. Tesis de Maestría. México, D.F.: Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- González, I., Domínguez, Y., Pérez, M. y Lartigue, T. (2004). Trastorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes. *Perinatol Reprod Hum*, 18(2), 103-118.
- González Torres, M.A. y Fernández Rivas, A. (2004). Fundamentos psicológicos. En: Roca Bennasar, M. (Coord.). *Trastornos de Personalidad*. (cap. 5, pp. 121-143). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- González Torres, M.A. y Fernández Rivas, A. (2005). Abordajes psicoterapéuticos. En Vallejo Ruiloba, J. y Leal Cercós, C., *Tratado de Psiquiatría* (Vol. II, cap. 92). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- González Vives, S., Díaz-Marsá, M., Fuentenebro, F., López-Ibor Aliño, J.J. y Carrasco, J.L. (2006). Revisión histórica del concepto límite de la personalidad (borderline). *Actas Esp Psiquiatr*, 34(5), 336-343.
- Grinker, R.R. (1977). The Borderline Syndrome: A Phenomenological View. En Hartocollis, P. (Ed), *Borderline Personality Disorders. The concept, the Syndrome, the Patient* (pp. 159-172). Madison CT: International Universities Press, INC.
- Grinker, R.R. (1979). Diagnosis of Borderlines: A Discussion. *Schizophr Bull*, 5(1), 47-52.
- Grinker, R.R. & Werble, B. (1977). *The Borderline Patient*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Grinker, R.R., Werble, B. & Drye, R. (1968). *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books, Inc.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... Weissman, M.M. (2002). Borderline Personality Disorder in Primary Care. *Arch Intern Med*, 162(1), 53-60.
- Grunewald, D. (1970). A psychologist's view of the borderline syndrome. *Arch Gen Psychiatry*, 23(2), 180-184.
- Gunderson, J.G. (1977). Characteristics of borderlines. En Hartocollis, P (Ed), *Borderline Personality Disorders. The concept, the Syndrome, the Patient* (pp. 173-192). Madison CT: International Universities Press, INC.
- Gunderson, J.G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Gunderson, J.G., Carpenter, W.T. & Strauss, J.S. (1975). Borderline and

- schizophrenic patients: A comparative study. *Am J Psychiatry*, 132(12), 1257-1264.
- Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., Shea, M.T., ... Stout, R.L. (2006b). Predictors of 2-Year Outcome for Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 163(5), 822-826.
- Gunderson, J.G. & Elliott, G.R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 142(3), 277-288.
- Gunderson, J.G. & Kolb, J.E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *Am J Psychiatry*, 135(7): 792-796.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E. & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry*, 138(7), 896-903.
- Gunderson, J.G. & Phillips K.A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*, 148(8), 967-975.
- Gunderson, J.G. & Sabo, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry*, 150(1), 19-27.
- Gunderson, J.G. & Singer, M.T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*, 132(1), 1-10.
- Gunderson, J.G., Weinberg, I., Daversa, M.T., Kueppenbender, K.D., Zanarini, M.C., Shea, M.T., ... Dyck, I. (2006a). Descriptive and Longitudinal Observations on the Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 163(7), 1173-1178.
- Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. & Kiesel, C.L. (1991). Borderline personality disorder: a review of data on DSM-III-R descriptions. *J Pers Disord*, 5(4), 340-352.
- Henry, K.A. & Cohen, C.I. (1983). The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 140(11), 1527-1529.
- Hoch, P.H. & Cattell, J.P. (1959). The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiat Q*, 33(1), 17-43.
- Hoch, P.H., Cattell, J.P., Strahl, M.O. & Pennes, H.H. (1962). The course and outcome of Pseudoneurotic Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 119(2), 106-115.
- Hoch, P.H. & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiat Q*, 23(2), 248-276.
- Houck, J.H. (1972). The Intractable Female Patient. *Am J Psychiatry*, 129(1), 27-31.
- Hurt, S.W., Hyler, S.E., Frances, A., Clarkin, J.F. & Brent, R. (1984). Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *Am J Psychiatry*, 141(10), 1228-1231.
- Inostroza, C. y Quijada, Y. (2001). Clasificación de los trastornos de la personalidad según Kernberg. *Apsique.com*. Consultado el 22 de octubre de 2007, en <http://www.apsique.com/wiki/PersKertp>
- Instituto de Evaluación del Ministerio de Educación. (2006). *Sistema estatal de indicadores de la educación: Nivel de estudios de la población adulta*. Consultado el 8 de enero de 2007, en: [http://www.institutodeevaluacion.mec.es/sistema estatal de indicadores de l a educacion/indice de indicadores/](http://www.institutodeevaluacion.mec.es/sistema%20estatal%20de%20indicadores%20de%20la%20educacion/indice%20de%20indicadores/)
- Instituto Nacional de Estadística. (1994). *Clasificación Nacional de Ocupaciones*. Consultado el 9 de enero de 2007, en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu clasifica.htm#4](http://www.ine.es/inebmenu/mnu%20clasifica.htm#4)

- Instituto Nacional de Estadística. (2005). *Encuesta de Población Activa*. Consultado el 7 de enero de 2007, en: <http://www.ine.es/daco/daco43/resumetepa.pdf>
- Jackson, D.N. (1974). *Personality Research Form manual*. Port Huron, MI: Research Psychologists Press, Inc.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T. & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatr Scand*, 109(4), 289-298.
- Joiner, T.E. Jr., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L. & Marquina, G. (1997). Development and Factor Analytic Validation of de SPANAS Among Women in Spain: (More) Cross-Cultural Convergence in the Structure of Mood. *J Pers Assess*, 68(3), 600-615.
- Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O.F. (1968). The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization. *Int J Psychoanal*, 49, 600-619.
- Kernberg, O.F. (1970). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *J Am Psychoanal Assoc*, 18(4), 800-822.
- Kernberg, O.F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. En Hartocollis, P. (Ed.), *Borderline Personality Disorders. The concept, the Syndrome, the Patient* (pp. 87-121). Madison CT: International Universities Press, INC.
- Kernberg, O.F. (1979). Two Reviews of the Literature on Borderlines: An Assessment. *Schizophr Bull*, 5(1), 53-58.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies* (cap. 1 a 5). New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. En: Clarkin, J.F. & Lenzenweger, M.F. (Eds.), *Major Theories of Personality Disorders* (cap. 3). New York: The Guilford Press.
- Kernberg, O.F. & Clarkin, J.F. (1995). *The inventory of personality organization*. Manuscrito no publicado. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Kernberg, O.F., Goldstein, E.G., Carr, A.C., Hunt, H.F., Bauer, S.F. & Blumenthal, R. (1981). Diagnosing Borderline Personality: A Pilot Study Using Multiple Diagnostic Methods. *J Nerv Ment Dis*, 169(4), 225-231.
- Kernberg, O.F. & Michels, R. (2009). Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 166(5), 505-508.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H. & Schulsinger, F. (1971). Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. *Am J Psychiatry*, 128(3), 302-306.
- Kim, Y.R. & Tyrer, P. (2010). Controversies surrounding classification of personality disorder. *Psychiatry Investig*, 7(1), 1-8.
- Klein, D.F. (1977). Psychopharmacological Treatment and Delineation of Borderline Disorders. En Hartocollis, P (Ed), *Borderline Personality Disorders. The concept, the Syndrome, the Patient* (pp. 365-383). Madison CT: International Universities Press, INC.
- Knight, R.P. (1953). Borderline states. *Bull Menninger Clin*, 17(1), 1-12.
- Koekkoek, B., van der Snoek, R., Oosterwijk, K. & van Meijel, B. (2010). Preventive Psychiatric Admission for Patients With Borderline Personality Disorder: A Pilot Study. *Perspect Psychiat Care*, 46(2), 127-134.

- Koenigsberg, H.W., Harvey, P.D., Mitropoulou, V., Schemidler, J., New, A.S., Goodman, M., Silverman, J.M., Serby, M., Schopick, F. & Siever, L.J. (2002). Characterizing Affective Instability in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 159(5), 784-788.
- Kolb, J.E. & Gunderson, J.G. (1980). Diagnosis borderline patients with a semistructured interview. *Arch Gen Psychiatry*, 37(1), 37-41.
- Kranzler, H.R., Kadden, R.M., Babor, T.F., Tennen, H. & Rounsaville, B.J. (1996). Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91(6): 859-868.
- Kroll, J., Sines, L., Martin, K., Lari, S., Pyle, R. & Zanoler, J. (1981). Borderline Personality Disorder: Construct Validity of the Concept. *Arch Gen Psychiatry*, 38(9), 1021-1026.
- Laín Entralgo, P. (1972). *Historia Universal de la Medicina* (Vols. 1-5). Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Lamont, S. & Brunero, S. (2009). Personality disorder prevalence and treatment outcomes: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*, 30(10), 631-637.
- Lange, A., Dehghani, B. & De Beurs, E. (1995a). Validation of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory. *Behav Res Ther*, 33(2), 229-233.
- Lange, A., Pahlich, A., Sarucco, M., Smits, G., Dehghani, B. & Hanewald, G. (1995b). Psychometric characteristics and validity of the Dutch adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (the BDHI-D). *Behav Res Ther*, 33(2), 223-227.
- Lartigue Becerra, T. (2001). La patología limítrofe durante la gestación. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 34(3 y 4). Consultado el 8 de junio de 2005, en <http://www.apm.org.mx>
- Leichsenring, F. (1999). Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument for Assessing Borderline Personality Organization. *J Pers Assess*, 73(1), 45-63.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A.S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lenzenweger, M.F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 31(3), 395-403.
- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. & Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a non-clinical sample. *Psychol Assess*, 13(4), 577-91.
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Liebowitz, M.R. (1979). Is borderline a distinct entity?. *Schizophr Bull*, 5(1), 23-38.
- Linehan, M.M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bull Menninger Clin*, 51(3), 261-276.
- Links, P.S., Heslegrave, R. & Van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 13(1), 1-9.
- Links, P.S., Steiner, M. & Huxlay, G. (1988). The occurrence of borderline personality disorder in the families of

- borderline patients. *J Pers Disord*, 2(1), 14-20.
- Loranger, A.W., Oldham, J.M. & Tulis, E.H. (1982). Familial Transmission of DSM-III Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 39(7), 795-799.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., ... Regier, D. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51(3), 215-224.
- Maffei, C. & Fossati, A. (1999). The Structure of DSM-IV Borderline Personality Disorder and its Implications for Treatment. En Derksen, J. et al. (Ed.), *Treatment of Personality Disorders* (pp. 119-128). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Magill, C.A. (2004). The Boundary Between Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder: Current Concepts and Challenges. *Can J Psychiatry*, 49(8), 551-556.
- Maltsberger, J.T. & Buie, D.H. (1974). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 30(5), 625-633.
- Masterson, J.F. (1977). Primary Anorexia Nervosa in the Borderline Adolescent. An Object-Relations View. En Hartocollis, P. (Ed), *Borderline Personality Disorders. The concept, the Syndrome, the Patient* (pp. 475-494). Madison CT: International Universities Press, INC.
- Mehlum, L., Friis, S., Vaglum, P. & Karterud, S. (1994). The longitudinal pattern of suicidal behaviour in borderline personality disorder: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 90(2), 124-130.
- Miller, M.C. (Ed.). (2006). Borderline personality disorder: Origins and symptoms. *Harv Ment Health Lett*, 22(12), 1-3.
- Miller, M.H. (1957). The borderline psychotic patient: the importance of diagnosis in medical and surgical practice. *Ann Intern Med*, 46(4), 736-743.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1998a). Trastornos límite de la personalidad: el patrón inestable. En *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV* (Pt. V, cap. 18). Barcelona: Masson, S.A.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1998b). Evaluación de la personalidad: ámbito, validez e instrumentos. En *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV* (Pt. I, cap. 1-4). Barcelona: Masson, S.A.
- Millon, T., Millon, C. & Davis, R.D. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Modell, A.H. (1963). Primitive Object Relationships and the Predisposition to Schizophrenia. *Int J Psychoanal*, 44, 282-292.
- Molina, J.D., López-Muñoz, F., Stein, D.J., Martín-Vázquez, M.J., Alamo, C., Lerma-Carrillo, I. ... Calle-Real, M.D. (2009). Borderline personality disorder: A review and reformulation from evolutionary theory. *Med Hypotheses*, 73(3), 382-386.
- Molina Ramos, R., Rubio Larrosa, V., Pérez Urdániz, A. y Carrasco Perera, J.L. (2004). Trastorno Límite de la Personalidad. En Roca Bennasar, M. (Coord.), *Trastornos de Personalidad* (cap. 22, pp. 513-544). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2006). Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological

- sample. *Acta Psychiatr Scand*, 113(3), 233-236.
- Morey, L.C., Hopwood, C.J., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, M.T., Yen, S., ... McGlashan, T.H. (2007). Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychol Med*, 37(7), 983-994.
- Nelson, H.F., Tennen, H., Tasman, A., Borton, M., Kubeck, M. & Stone, M. (1985). Comparison of three systems for diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 142(7), 855-858.
- Nestadt, G., Samuels, J.F., Bienvenu, O.J., Reti, I.M., Costa, P., Eaton, W.W. & Bandeen-Roche, K. (2010). The stability of DSM personality disorders over twelve to eighteen years. *J Psychiatr Res*, 44(1), 1-7.
- New, A.S., Triebwasser, J. & Charney, D.S. (2008). The Case for Shifting Borderline Personality Disorder to Axis I. *Biol Psychiatry*, 64(8), 653-659.
- Niedtfeld, I., Schulze, L., Kirsch, P., Herpertz, S.C., Bohus, M. & Schmahl, C. (2010). Affect Regulation and Pain in Borderline Personality Disorder: A Possible Link to the Understanding of Self-Injury. *Biol Psychiatry*, 68(4), 383-391.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P. & Clarkin, J.F. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'Organisation de la Personnalité. *Can J Behav Sci*, 34(1), 59-65.
- O'Donohue, W. & Cucciare, M.A. (2007). Identifying and treating psychological factors in medical settings: The example of borderline personality disorder. *Int J Clin Health Psychol*, 7(3): 807-821.
- Oldham, J.M. (2006a). Trastorno límite de la personalidad y conducta suicida. En First, M.B. (Ed.), *Clinical Psychiatry Self-Assessment Program: Trastorno límite de la personalidad* (pp. 76-83). Barcelona: Medical Trends SL.
- Oldham, J.M. (2006b). Revisión teórica: guía práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. En Hales, D.J. & Rapaport, M.H. (Eds.), *Focus: Trastornos de la personalidad* (pp. 43-47). Barcelona: Medical Trends, S.L.
- Oldham, J.M. (2009a). Borderline Personality Disorder Comes of Age. *Am J Psychiatry*, 166(5), 509-511.
- Oldham, J.M. (2009b). Borderline Personality Disorder. *J Psychiatr Pract*, 15(3), 159.
- Oldham, J.M. (2010). Borderline Personality Disorder and DSM-5. *J Psychiatr Pract*, 16(3), 143.
- Oquendo, M.A., Graver, R., Baca-García, E., Morales, M., Montalbán, V. & Mann, J.J. (2001). Spanish Adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *Eur J Psychiatr*, 15(2), 101-112.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *IPDE. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Módulo DSM-IV*. Madrid: Meditor, S.L.
- Paris, J. (2004). Borderline or Bipolar? Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Spectrum Disorders. *Harv Rev Psychiatry*, 12(3), 140-145.
- Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17(4), 1091-1104.
- Paris, J., Brown, R. & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry*, 28(6), 530-535.
- Pascual, J.C., Martín-Blanco, A., Soler, J., Ferrer, A., Tiana, T., Alvarez, E. &

- Pérez, V. (2010). A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol*, 25(6), 349-355.
- Penteado, H.C. & Portela, F. (2006). International guidelines for the management of personality disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19(5), 539-543.
- Pérez Prieto, J.F. (2001). *Estudio de validación de la entrevista SCID-II para el diagnóstico de los trastornos de personalidad*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Pérez Prieto, J.F., Álvarez de Lasarte, I., Monrós, P., Sarriá, C., Pérez Marín, E., Hernández, M., ... Gómez Beneyto, M. (2008). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID-II)*. Versión modificada, traducida y adaptada por el equipo del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia: La Delirante.
- Pérez Prieto, J.F. y Leal Cercós, C. (2004). Validez y especificidad de los criterios diagnósticos en los trastornos de personalidad. En Roca Bennasar, M. (Coord.). *Trastornos de Personalidad* (cap. 15, pp. 359-385). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Pérez Urdániz, A. (2004). Epidemiología. En Roca Bennasar, M. (Coord.), *Trastornos de Personalidad* (cap. 8, pp. 187-202). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Perry, J.C. & Klerman, G.L. (1978). The borderline patient: A Comparative Analysis of Four Sets of Diagnostic Criteria. *Arch Gen Psychiatry*, 35(2), 141-150.
- Perry, J. & Klerman, G. (1980). Clinical features of the borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 137(2), 165-173.
- Pfohl, B., Blum, N. & Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Phillips, K.A. & Gunderson, J.G. (1996). Trastornos de la Personalidad. En Hales, J.A., Yudofsky, S.C. & Talbott, J.A. (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (2ª ed., cap. 22). Barcelona: Editorial Ancoira, S.A.
- Pope, H.G. Jr., Jonas, J.M., Hudson, J.I., Cohen, B.M. & Gunderson, J.G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*, 40(1), 23-30.
- Proyecto Hombre Alicante. *Memoria Anual 2006*. Disponible en: <http://www.proyctohombrealicante.org/secciones/publicaciones/memoria2006.pdf>
- Putnam, K.M. & Silk, K.R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17(4), 899-925.
- Quiroga, S., Castro, A. y Fontao, M.I. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina del Inventario de Organización de la Personalidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 3, 188-219.
- Raven, C. (2009). Borderline personality disorder: still a diagnosis of exclusion. *Ment Health Today*, Jun, 26-31.
- Rieder, R.O. (1979). Borderline Schizophrenia: Evidence of Its Validity. *Schizophr Bull*, 5(1), 39-46.
- Riesco, Y., Pérez Urdaniz, A., Rubio, V., Izquierdo, J.A., Sánchez Iglesias, S., Santos, J.M. y Carrasco, J.L. (1998). Evaluación de los trastornos de personalidad en población penal con el IPDE y el MMPI. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 26(3), 152-154.
- Robins, E. & Guze, S.G. (1970). Establishment of diagnostic validity in psy-

- chiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126(7): 983-987.
- Rodebaugh, T.L., Chambless, D.L., Renneberg, B. & Fydrich, T. (2005). The factor structure of the DSM-III-R personality disorders: an evaluation of competing models. *Int J Methos Psychiatr Res*, 14(1), 43-55.
- Rosenthal, M.Z., Cukrowicz, K.C., Cheavens, J.S. & Lynch, T.R. (2006). Self-Punishment as a Regulation Strategy in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*, 20(3), 232-246.
- Rosenthal, D., Wender, P.H., Kety, S.S., Welner, J. & Schulsinger, F. (1971). The Adopted-Away Offspring of Schizophrenics. *Am J Psychiatry*, 128(3), 307-311.
- Rubio Larrosa, V., Molina Ramos, R. y Pérez Urdaniz, A. (2003). Trastorno Límite de la Personalidad. En Rubio Larrosa, V. y Pérez Urdaniz, A., *Trastornos de la personalidad* (cap. 8). Madrid: Elsevier España, S.A.
- Ruiz, M. y Vairo, M.C. (2008). Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra sin hombres. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, 19(81), 303-308.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2004). Trastornos de la Personalidad. En Kaplan-Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría* (9ª ed., cap. 27). Madrid: Waverly Hispánica S.A./S.L.
- Salvador Carulla, L., Romero López-Alberca, C. y González Sáiz, F. (2000). Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en Psiquiatría. En Bulbena Vilarrasa, A., Berrios, G.E. y Fernández de Larrinosa Palacio, P., *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (cap. 2). Barcelona: Masson, SA.
- Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu III, O.J., Brown, C.H., Costa, P.T. Jr. & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*, 180(6), 536-542.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. & Valiente, R.M. (1999a). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sandín, B., Valiente, R.M. y Chorot, P. (1999b). Evaluación del estrés psicosocial: material de apoyo. En Sandín, B., *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: Klinik, S.L.
- Sanislow, C.A., Grilo, C.M. & McGlashan, T.H. (2000). Factor Analysis of the DSM-III-R Borderline Personality Disorder Criteria in Psychiatric Inpatients. *Am J Psychiatry*, 157(10), 1629-1633.
- Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Morey, L.C., Bender, D.S., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Stout, R.L., Zanarini, M.C. & McGlashan, T.H. (2002). Confirmatory Factor Analysis of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Am J Psychiatry*, 159(2), 284-290.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2008). Borderline Personality Disorder: Are proliferative symptoms characteristic?. *Psychiatry (Edgemont)*, 5(8), 18-21.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2009). The families of borderline patients: the psychological environment revisited. *Psychiatry (Edgemont)*, 6(2), 19-24.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. & Wiederman, M.W. (1996). Borderline personality disorder and health care utilization in a primary care setting. *South Med J*, 89(12), 1162-1165.
- Sansone, R.A., Tahir, N.A., Buckner, V.R. & Wiederman, M.W. (2008). The

- Relationship Between Borderline Personality Symptomatology and Somatic Preoccupation Among Internal Medicine Outpatients. *Prim Care Companion*, 10(4), 286-290.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W. & Sansone, L.A. (1998). Borderline Personality Symptomatology, Experience of Multiple Types of Trauma, and Health Care Utilization Among Women in a Primary Care Setting. *J Clin Psychiatry*, 59(3), 108-111.
- Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, M. y García-Campayo, J. (2001). El papel de la afectividad negativa y positiva en las relaciones entre el estrés diario y la sintomatología somática: un estudio intra e interindividual. *C Med Psicossom*, 58/59, 41-53.
- Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. *Am J Psychother*, 1, 45-70.
- Seva Díaz, A. (2003). Evolución del concepto trastornos de la personalidad y su influencia sobre el actual estado epidemiológico del problema. En Rubio Larrosa, V. y Pérez Urdaniz, A., *Trastornos de la personalidad* (cap. 2). Madrid: Elsevier España, S.A.
- Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men?. *Psychiatr Q*, 74(4), 349-360.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*, 51(12), 936-50.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Mcglashan, T.H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., ... Stout, R.L. (2005a). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and Implications. *J Pers Disord*, 19(5), 487-504.
- Skodol, A.E. & Oldham, J.M. (1991). Assessment and diagnosis of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatr*, 42(10), 1021-1028.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Bender, D.S., Dyck, I.R., Stout, R.L., Morey, L.C., ... Gunderson, J.G. (2005b). Dimensional Representations of DSM-IV Personality Disorders: Relationships to Functional Impairment. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1919-1925.
- Smith, D.J., Muir, W.J. & Blacwood, D.H. (2004). Is Borderline Personality Disorder Part of the Bipolar Spectrum?. *Harv Rev Psychiatry*, 12(3), 133-139.
- Smits, D.J.M., Vermote, R., Claes, L. & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised: Construction of an Abridged Version. *Eur J Psychol Assess*, 25(4): 223-230.
- Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J. & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 151(9), 1316-1323.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary?. *Compr Psychiatry*, 24(5), 399-411.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Arch Gen Psychiatry*, 36(1), 17-24.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II) I: History, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry*, 49(8), 624-629.

- Stein, D.J. (2009). Borderline Personality Disorder: Toward Integration. *CNS Spectr*, 14(7), 352-356.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanal Q*, 7, 467-489.
- Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, K.L., Horz, S., MacCornack, V., ... Kernberg, O.F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *J Pers Assess*, 92(1), 35-44.
- Stone, M.H. (1977). The Borderline Syndrome: Evolution of the Term, Genetic Aspects, and Prognosis. *Am J Psychother*, 31(3), 345-365.
- Stone, M.H. (2006). Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 163(7), 1126-1128.
- Stone, M.H. (2010). Recovery From Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 167(6), 618-619.
- Swartz, M.S., Blazer, D., Goerge, L. & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord*, 4(3), 257-272.
- Szerman, N., Peris, M.D., Ruíz, A., Ruíz, M., Gunderson, J.G. & Rejas, J. (2005). Linguistic adaptation and validation into Spanish of the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R). *Curr Med Res Opin*; 21(8), 1251-1259.
- Tackett, J.L., Balsis, S., Oltmanns, T.F. & Krueger, R.F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol*, 21(3), 687-713.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Torrubia Beltri, R., Caseras i Vives, X. y Gutiérrez Ponce de León, F. (2005). Evaluación de la personalidad. En Vallejo Ruiloba, J. y Leal Cercós, C., *Tratado de Psiquiatría* (Vol. I, cap. 34). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Trull, T.J., Widiger, T.A. & Guthrie, P. (1990). Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *J Abnorm Psicol*, 99(1), 40-48.
- Vaillant, G.E. (1992). The Beginning of Wisdom Is Never Calling a Patient a Borderline; or, The Clinical Management of Immature Defenses in the Treatment of Individuals With Personality Disorders. *J Psychothe Pract Res*, 1(2), 117-134.
- Valdés, M. (2002). Trastornos de Personalidad. En Vallejo Ruiloba, J., *Introducción a la Psiquiatría y Psicopatología*. (5ª ed., cap. 34). Barcelona: Masson, S.A.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1994). *The PANAS-X. Manual for the Positive and Negative Affect Schedule*. Iowa City: The University of Iowa.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *J Pers Soc Psychol*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull*, 98(2): 219-235.
- Weissmann, M.M. (1993). The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *J Pers Disord*, 7(suppl): 44-62.
- Werble, B. (1970). Second Follow-up Study of Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 23(1), 3-7.

- Westen, D. & Shedler, J. (1999a). Revising and Assessing Axis II, Part II: Toward an Empirically Based and Clinically Useful Classification of Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 156(2), 273-285.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999b). Revising and Assessing Axis II, Part I: Developing a Clinically and Empirically Valid Assessment Method. *Am J Psychiatry*, 156(2), 258-272.
- Widiger, T.A. (2003). Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry*, 2(3), 131-135.
- Widiger, T.A., De Clercq, B. & De Fruyt, F. (2009b). Childhood antecedents of personality disorder: an alternative perspective. *Dev Psychopathol*, 21(3), 771-791.
- Widiger, T.A. & Frances, A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clin Psychol Rev*, 7(1), 49-75.
- Widiger, T.A., Livesley, W.J. & Clark, L.A. (2009a). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychol Assess*, 21(3), 243-255.
- Widiger, T.A. & Weissman, M.M. (1991). Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hosp Comm Psychiatry*, 42(10), 1015-1021.
- Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. *Int J Psychoanal*, 26, 137-143.
- Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(9), 933-941.
- Yoshida, K., Tonai, E., Nagai, H., Matsushima, K., Matsushita, M., Tsukada, J., ... Nishimura, R. (2006). Long-term follow-up study of borderline patients in Japan: a preliminary study. *Compr Psychiatry*, 47(5), 426-32.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998a). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 39(5), 296-302.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B. & Silk, K.R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord*, 19(5), 505-523.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B. & Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 163(5), 827-832.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R. (2003). The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 160(2), 274-283.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B. & Fitzmaurice, G. (2010). Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*, 167(6): 663-667.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I. & McSweeney, L.B. (2007). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*, 164(6), 929-935.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1989).

The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *J Pers Disord*, 3(1), 10-18.

Zanarini, M.C., Weingeroff, J.L. & Frankenburg, F.R. (2009). Defense mechanisms associated with Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*, 23(2), 113-121.

Zevon, M.A. & Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *J Pers Soc Psychol*, 43(1), 111-122.

Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999a). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 40(4), 245-252.

Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999b). Differences Between Clinical and Research Practices in Diagnosing Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 156(10), 1570-1574.

Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

ANEXOS

1. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

- Modelo para Proyecto Hombre

Solicitamos su participación en un trabajo de investigación cuyo objetivo es conocer el carácter y las formas de pensar (1) de la población asistida en el Centro de Día y Comunidad Terapéutica Residencial Arribada de Proyecto Hombre de Alicante.

Para realizar este trabajo, necesitamos consultar algunos datos demográficos y clínicos que figuran en su Historia Clínica de Proyecto Hombre, (2) y que cumplimente unos cuestionarios diagnósticos. Si al cumplimentar los cuestionarios no entendiera algún término puede solicitar nuestra ayuda.

Su participación es voluntaria y su decisión de no participar, o de retirarse en cualquier momento, no supondrá ningún perjuicio ni afectará la atención que se le presta en Proyecto Hombre (3).

Los datos consultados de su Historia Clínica y los que Ud. aporte (4) estarán sometidos a la más estricta confidencialidad, de acuerdo a la normativa legal vigente (ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Del resultado de su participación, se emitirá un informe, que se archivará en su Historia Clínica, y podrá hacer uso de él, si Ud. lo requiere (5).

Los resultados esperados de este trabajo, en principio, no supondrán un beneficio para Ud., pero sí en un futuro para otras personas que puedan presentar problemas relacionados con la Salud Mental.

Estamos a su disposición para ofrecerle toda la información adicional que solicite antes de dar su consentimiento por escrito para participar en este trabajo; si lo precisa, también puede consultar con otras personas (6).

- Modificaciones para el Hospital Marina Baixa y la consulta psiquiátrica

(1) cuyo objetivo es profundizar en el estudio del carácter y las formas de pensar.

(2) necesitamos algunos datos demográficos suyos

(3) asistencia que se le presta en el Hospital Marina Baixa (o en la consulta).

(4) Los datos que Ud. aporte

(5) Párrafo omitido.

(6) Se omite: si lo precisa, también puede consultar con otras personas.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo, _____ ,

MANIFIESTO:

- Que la Dra. Remei Llinares Giner solicita mi participación en el trabajo de investigación sobre Personalidad que está realizando.
- Que he leído la “Hoja de Información al Paciente”.
- Que he podido formular todas las preguntas que he precisado, clarificándome todas las dudas y cuestiones que le he planteado.
- Que he comprendido la información recibida sobre ese trabajo.
- Que los datos demográficos y clínicos consultados en mi Historia Clínica de Proyecto Hombre, así como los aportados en los cuestionarios diagnósticos que a continuación cumplimentaré, estarán custodiados y sometidos a estricta confidencialidad (1).
- Que mi participación es voluntaria.
- Que, en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Y, en tales condiciones, presto libremente mi CONFORMIDAD para participar en el trabajo de investigación arriba mencionado.

Fdo: El/La paciente

En _____, a ___ de _____ de 200_

(1) Modificado en el Hospital Marina Baixa y en la consulta psiquiátrica: datos demográficos aportados, así como los de los cuestionarios diagnósticos

3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las variables se crearon de acuerdo a las siguientes definiciones y categorías:

Edad: la que corresponda

Sexo: 1 = hombre; 2 = mujer

Estado civil: 1 = soltero; 2 = casado, pareja de hecho; 3 = separado; 4 = divorciado; 5 = viudo

Convive: 1 = solo; 2 = en pareja, con o sin hijos; 3 = con la familia de origen; 4 = en una vivienda tutelada; 5 = en un centro residencial; 6 = sin hogar fijo

Años de instrucción: se computa el total

*Nivel máximo de estudios:

1. Inferior a enseñanza primaria. Personas que no saben leer y escribir y población que sabe leer y escribir no completando un nivel más alto.

2. Enseñanza primaria. Población con graduado en secundaria, graduado escolar, bachiller elemental, certificado de escolaridad.

3. Enseñanza secundaria. Población con título de bachiller, técnico (ciclos formativos de grado medio), técnico auxiliar (FP I) y titulaciones equivalentes o asimilables.

4. Enseñanza superior. Población con título de técnico superior (ciclos formativos de grado superior), técnico especialista (FP II), diplomado universitario, licenciado, doctor y titulaciones equivalentes o asimilables.

**Situación laboral: 1 = activo ocupado; 2 = activo parado; 3 = inactivo tareas domésticas; 4 = inactivo jubilado; 5 = inactivo estudiante.

***Nivel ocupacional máximo alcanzado: 1 = trabajo cualificado; 2 = trabajo no cualificado; 3 = otros: tareas domésticas, estudiante.

* Instituto de Evaluación del Ministerio de Educación (2006). Sistema estatal de indicadores de la educación: Nivel de estudios de la población adulta.

** Instituto Nacional de Estadística (2005). Encuesta de Población Activa.

*** Instituto Nacional de Estadística (1994). Clasificación Nacional de Ocupaciones.

4. TABLAS Y FIGURAS

Tabla A. *Consistencia interna del IPO y de sus escalas primarias*

elementos IPO	α de Cronbach
defensas primitivas	.89
difusión de identidad	.92
juicio de realidad	.92
total IPO	.96

Tabla B. *Estadísticos de resumen para comparar cada elemento del IPO con la escala compuesta por el resto de elementos*

Ítems	M	V	C	A	Ítems	M	V	C	A
IPO1	128.03	1122.56	.43	.96	IPO30	127.21	1103.26	.58	.96
IPO2	127.11	1117.64	.53	.96	IPO31	127.33	1112.11	.40	.96
IPO3	127.60	1122.82	.40	.96	IPO32	127.25	1107.12	.60	.96
IPO4	127.53	1108.45	.53	.96	IPO33	127.85	1099.16	.61	.96
IPO5	128.10	1104.36	.60	.96	IPO34	127.67	1095.63	.68	.96
IPO6	127.65	1094.53	.57	.96	IPO35	127.84	1097.12	.69	.96
IPO7	127.81	1107.00	.57	.96	IPO36	127.32	1129.98	.31	.96
IPO8	127.19	1109.89	.56	.96	IPO37	127.67	1100.14	.64	.96
IPO9	127.81	1109.45	.59	.96	IPO38	127.03	1101.72	.58	.96
IPO10	127.40	1118.79	.34	.96	IPO39	128.43	1114.31	.52	.96
IPO11	127.52	1097.89	.65	.96	IPO40	127.62	1097.77	.63	.96
IPO12	127.75	1099.17	.68	.96	IPO41	128.43	1107.90	.64	.96
IPO13	127.64	1120.67	.32	.96	IPO42	128.14	1120.59	.45	.96
IPO14	127.56	1095.15	.71	.96	IPO43	127.96	1116.37	.46	.96
IPO15	127.86	1097.98	.66	.96	IPO44	128.75	1128.56	.42	.96
IPO16	127.27	1095.50	.64	.96	IPO45	128.48	1117.99	.44	.96
IPO17	127.93	1090.74	.71	.96	IPO46	128.53	1119.13	.49	.96
IPO18	127.44	1106.31	.50	.96	IPO47	127.98	1112.58	.52	.96
IPO19	128.08	1112.65	.44	.96	IPO48	128.57	1119.51	.54	.96
IPO20	127.63	1105.31	.50	.96	IPO49	128.15	1108.91	.58	.96
IPO21	127.22	1109.55	.51	.96	IPO50	128.59	1125.54	.46	.96
IPO22	128.05	1105.93	.53	.96	IPO51	128.44	1124.20	.42	.96
IPO23	127.58	1106.90	.54	.96	IPO52	128.34	1113.66	.50	.96
IPO24	127.83	1094.55	.64	.96	IPO53	128.63	1114.67	.60	.96
IPO25	128.10	1114.78	.50	.96	IPO54	128.07	1116.66	.45	.96
IPO26	127.20	1098.16	.56	.96	IPO55	128.41	1111.26	.65	.96
IPO27	127.01	1113.09	.52	.96	IPO56	128.57	1124.89	.42	.96
IPO28	127.08	1095.45	.66	.96	IPO57	127.70	1112.27	.55	.96
IPO29	126.81	1096.57	.61	.96					

*M = media de la escala si se elimina el elemento; V = varianza de la escala si se elimina el elemento; C = correlación elemento-total corregida; A = alfa de Cronbach si se elimina el elemento

Tabla C. *Consistencia interna de la PANAS y de sus escalas*

elementos PANAS	α de Cronbach
afecto positivo	.85
afecto negativo	.90
total PANAS	.83

Tabla D. *Estadísticos de resumen para comparar los elemento de la PANAS con la escala compuesta por el resto de elementos*

Ítems	\bar{M}	\bar{V}	\bar{C}	\bar{A}
PANAS1	54.30	90.57	.446	.815
PANAS2	53.48	93.46	.365	.819
PANAS3	53.78	94.50	.326	.821
PANAS4	54.67	92.53	.437	.816
PANAS5	53.50	93.41	.346	.820
PANAS6	54.37	86.88	.510	.811
PANAS7	54.87	90.44	.487	.813
PANAS8	54.86	89.70	.569	.809
PANAS9	53.89	92.27	.392	.818
PANAS10	53.79	95.88	.197	.827

Ítems	\bar{M}	\bar{V}	\bar{C}	\bar{A}
PANAS11	54.84	91.12	.500	.813
PANAS12	53.66	94.69	.288	.822
PANAS13	54.74	89.63	.465	.814
PANAS14	53.91	93.21	.353	.819
PANAS15	54.16	89.71	.445	.815
PANAS16	53.80	93.04	.372	.819
PANAS17	53.42	97.80	.146	.828
PANAS18	54.38	89.71	.507	.812
PANAS19	53.35	95.23	.285	.822
PANAS20	54.77	90.48	.445	.815

*M = media de la escala si se elimina el elemento; V = varianza de la escala si se elimina el elemento; C = correlación elemento-total corregida; A = alfa de Cronbach si se elimina el elemento

Tabla E. *Consistencia interna del AQ y de sus escalas*

elementos AQ	α de Cronbach
agresividad física	.84
agresividad verbal	.74
ira	.71
hostilidad	.77
total AQ	.91

Tabla F. *Estadísticos de resumen para comparar los elemento del AQ con la escala compuesta por el resto de elementos*

Ítems	M	V	C	A	Ítems	M	V	C	A
AQ1	75.91	337.70	.53	.90	AQ16	74.32	348.37	.31	.91
AQ2	74.30	352.79	.21	.91	AQ17	75.70	333.52	.63	.90
AQ3	74.25	346.47	.34	.91	AQ18	75.58	342.90	.49	.90
AQ4	75.45	342.31	.43	.90	AQ19	74.90	330.76	.61	.90
AQ5	75.36	328.89	.59	.90	AQ20	75.28	343.95	.44	.90
AQ6	74.74	347.82	.38	.90	AQ21	75.88	333.53	.67	.90
AQ7	74.60	338.62	.57	.90	AQ22	75.39	328.58	.74	.90
AQ8	74.76	337.34	.49	.90	AQ23	74.62	346.60	.35	.90
AQ9	74.83	327.24	.61	.90	AQ24	74.14	367.79	-.12	.91
AQ10	75.04	339.52	.55	.90	AQ25	74.94	330.09	.69	.90
AQ11	74.81	329.06	.63	.90	AQ26	75.28	337.31	.57	.90
AQ12	75.19	338.79	.57	.90	AQ27	75.60	327.10	.71	.90
AQ13	75.88	331.34	.71	.90	AQ28	74.84	347.69	.34	.91
AQ14	75.21	338.64	.56	.90	AQ29	74.91	327.82	.56	.90
AQ15	74.05	376.66	-.34	.91					

*M = media de la escala si se elimina el elemento; V = varianza de la escala si se elimina el elemento; C = correlación elemento-total corregida; A = alfa de Cronbach si se elimina el elemento

Figura I. Gráfico de sedimentación de las escalas primarias del IPO

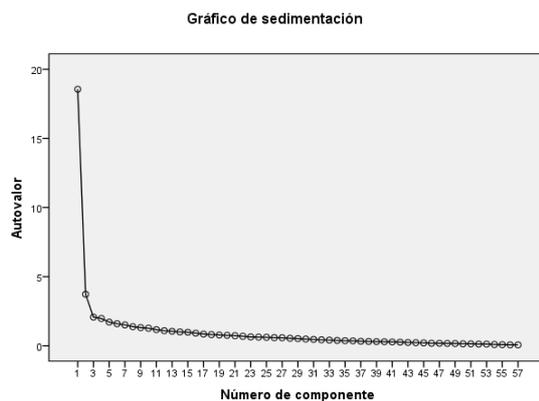


Tabla G. Matriz de componentes rotados de la solución de 3 factores del IPO

Ítems	componentes			Ítems	componentes		
	1	2	3		1	2	3
IPO17 DI	.709	.221	.258	IPO46 JR	.136	.734	.091
IPO30 DI	.696	.150	.110	IPO44 JR	.055	.733	.084
IPO8 DP	.677	.073	.169	IPO53 JR	.174	.719	.272
IPO32 DI	.634	.110	.255	IPO45 JR	.158	.718	.004
IPO38 JR	.624	.158	.199	IPO39 JR	.346	.664	-.032
IPO40 JR	.608	.378	.107	IPO48 JR	.406	.634	-.042
IPO29 DI	.600	.151	.269	IPO54 JR	.162	.630	.089
IPO43 JR	.593	.342	-.153	IPO51 JR	-.030	.625	.270
IPO12 DP	.563	.182	.426	IPO55 JR	.384	.602	.212
IPO41 JR	.555	.423	.149	IPO42 JR	.255	.575	.032
IPO28 DI	.537	.223	.381	IPO52 JR	.054	.563	.355
IPO16 DP	.524	.226	.364	IPO49 JR	.126	.548	.434
IPO35 DI	.506	.274	.428	IPO50 JR	.086	.527	.300
IPO34 DI	.502	.213	.469	IPO47 JR	.237	.487	.244
IPO11 DP	.491	.241	.403	IPO56JR	.149	.458	.200
IPO33 DI	.490	.218	.356	IPO18 DI	.304	-.013	.593
IPO26 DI	.488	.130	.340	IPO22 DI	.245	.141	.591
IPO15 DP	.487	.229	.440	IPO1 DP	.061	.155	.587
IPO57 JR	.480	.353	.125	IPO20 DI	.270	.068	.562
IPO5 DP	.469	.257	.306	IPO37 DI	.344	.253	.557
IPO23 DI	.450	.242	.258	IPO2 DP	.365	.028	.522
IPO9 DP	.426	.215	.402	IPO14 DP	.452	.276	.518
IPO27 DI	.416	.090	.395	IPO25 DI	.236	.189	.498
IPO6 DP	.404	.246	.368	IPO13 DP	.012	.107	.498
IPO31 DI	.391	.016	.274	IPO24 DI	.467	.166	.497
IPO10 DP	.328	.128	.121	IPO7 DP	.250	.287	.496
IPO19 DI	.324	.128	.322	IPO21 DI	.405	.053	.425
IPO36 DI	.315	-.044	.236	IPO4 DP	.337	.205	.423
				IPO3 DP	.130	.293	.331

*DP = defensas primitivas; DI = difusión de identidad; JR = juicio de realidad

Figura II. Gráfico de sedimentación de la PANAS

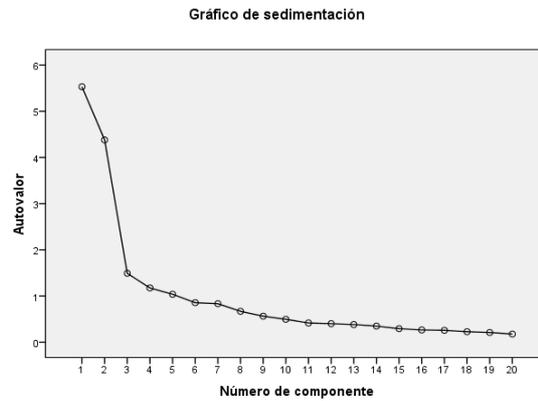


Tabla H. Matriz de componentes rotados de la solución bifactorial de la PANAS

*ítems AN	componentes		*ítems AP	componentes	
	1	2		1	2
PANAS15	.775	-.123	PANAS12	-.142	.768
PANAS18	.768	-.013	PANAS3	-.075	.752
PANAS11	.766	-.013	PANAS9	.042	.742
PANAS8	.766	.091	PANAS5	-.015	.730
PANAS6	.760	.003	PANAS19	-.064	.682
PANAS20	.745	-.110	PANAS2	.029	.680
PANAS13	.726	-.045	PANAS14	.039	.660
PANAS7	.692	.020	PANAS16	.114	.618
PANAS4	.692	-.026	PANAS10	-.080	.548
PANAS1	.649	.015	PANAS17	-.020	.356

*AN = afecto negativo; AP = afecto positivo

Figura III. Gráfico de sedimentación del AQ

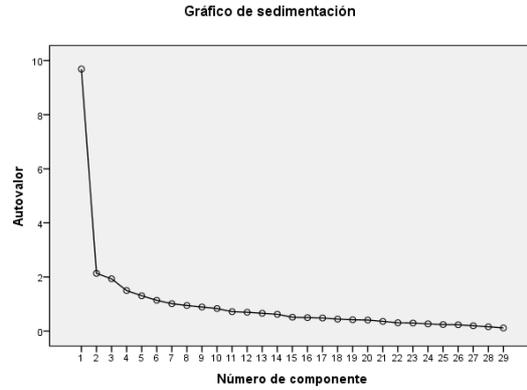


Tabla I. Matriz de componentes rotados de la solución de 4 factores del AQ

Ítems	Componentes				Ítems	Componentes			
	1	2	3	4		1	2	3	4
AQ5 AF	.825	.081	.057	.197	AQ3 IR	.059	.379	.107	.234
AQ21 AF	.783	.192	.121	.237	AQ23 HO	.042	.022	.750	.061
AQ9 AF	.764	.083	.096	.243	AQ28 HO	.042	-.116	.724	.193
AQ17 AF	.653	.229	.150	.243	AQ11 IR	.334	.286	.653	.131
AQ27 AF	.635	.317	.255	.250	AQ7 IR	.234	.452	.545	.029
AQ1 AF	.615	.155	.135	.166	AQ22 IR	.429	.382	.491	.273
AQ29 AF	.568	.193	.254	.139	AQ25 IR	.341	.471	.472	.238
AQ13 AF	.502	.414	.225	.340	AQ12 HO	.301	.141	.429	.428
AQ15 IR	-.406	-.224	-.205	.113	AQ26 HO	.261	.091	.186	.710
AQ24 AF	-.360	.029	.070	.054	AQ4 HO	.227	.070	.022	.647
AQ2 AV	-.029	.755	-.186	-.069	AQ20 HO	.281	.133	.000	.582
AQ14 AV	.169	.665	.232	.209	AQ16 HO	-.220	.045	.436	.577
AQ10 AV	.314	.649	.078	.089	AQ8 HO	.204	.179	.223	.519
AQ19 IR	.383	.641	.249	.042	AQ6 AV	-.139	.430	.065	.496
AQ18 AV	.189	.620	.008	.271					

*AF = agresividad física; AV = agresividad verbal; IR = ira; HO = hostilidad

Tabla J. *Distribución de la muestra según el sexo*

sexo	frecuencia	porcentaje
hombre	86	66.67
mujer	43	33.33
total	129	100.00

Tabla K. *Distribución de la muestra según la edad*

edad	mínimo	máximo	media	*dt
	19.00	78.00	37.46	10.77

*dt = desviación típica

Tabla L. *Distribución de la muestra según el total de años de instrucción*

años de instrucción	mínimo	máximo	media	*dt
	7.00	23.00	14.05	3.68

*dt = desviación típica

Tabla M. *Estadísticos descriptivos de los elementos del IPO en la muestra*

^a elementos IPO	*m	*dt
1 Idolatro a personas, incluso después de descubrir que mi opinión sobre ellas estaba equivocada	2.05	0.88
2 Hay personas que valoraba mucho y me han decepcionado no comportándose como esperaba	2.98	0.85
3 Pasa mucho tiempo desde que alguien me enseña o me dice algo que yo no sé	2.49	0.93
4 Me cuesta mucho confiar en la gente, porque a menudo se vuelven contra mí o me traicionan	2.55	1.10
5 Necesito admirar a alguien para sentirme seguro	1.99	1.08
6 Hago cosas que otras veces considero imprudencias: promiscuidad sexual, mentir, beber, ...	2.43	1.39
7 La gente me dice que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a quienes admiro	2.28	1.07
8 Siento que no consigo lo que quiero	2.90	1.01
9 La gente me dice que actúo de forma contradictoria	2.27	0.97
10 Pienso que la gente es, básicamente, buena o mala; hay pocos que estén entremedias	2.68	1.24
11 La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	2.57	1.14
12 Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	2.33	1.06
13 Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	2.45	1.23
14 Hago cosas que no me parecen mal al hacerlas, y más tarde me cuesta creer que las hice	2.53	1.11
15 La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	2.22	1.13
16 Tiendo a sentir las cosas de forma extrema, con gran alegría o intensa desesperación	2.81	1.21
17 Me siento como un fraude o un impostor, como si otros me viesan diferente de cómo soy	2.16	1.20
18 Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	2.64	1.22
19 Siento que mis gustos y opiniones no son realmente míos, sino que los tomo prestados de otros	2.01	1.18
20 Algunos de mis amigos se sorprenderían si supieran lo distinto que soy en distintas situaciones	2.46	1.24
21-A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	2.87	1.11
22 La gente me dice que les provocho o confundo para conseguir hacer lo que quiero	2.04	1.16
23 No puedo explicar los cambios de mi conducta	2.50	1.11
24 Hago cosas impulsivamente que creo que son socialmente inaceptables	2.26	1.23
25 Me relaciono con gente que no me gusta porque me resulta muy difícil negarme a ello	1.98	0.97
26 Mi vida, si fuese un libro, se parecería a una serie de historias escritas por distintos autores	2.88	1.31
27 Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	3.07	0.99
28 Si otros me ven triunfante me siento eufórico, y si me ven fracasado me siento hundido	3.00	1.18
29 Temo que personas importantes para mí de repente cambien sus sentimientos hacia mí	3.27	1.24
30 Me es difícil saber lo que la gente piensa de mí, incluso gente que me conoce muy bien	2.88	1.13
31 No soporto estar solo	2.76	1.29
32 Me veo distinto en distintos momentos	2.83	1.01
33 Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	2.23	1.19
34 Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	2.41	1.14
35 Mis objetivos cambian continuamente	2.25	1.10
36 Después de haber tratado a fondo a una persona, me sorprende descubrir cómo es de verdad	2.77	0.85
37 Incluso la gente que me conoce bien no puede imaginarse cómo me voy a comportar	2.41	1.11
38 Cuando todo a mi alrededor está desordenado y confuso, también me siento así por dentro	3.05	1.17
39 No estoy seguro si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	1.66	0.96
40 Cuando estoy nervioso o confuso, parece como si el mundo exterior tampoco tuvieran sentido	2.47	1.18
41 Me siento como si fuese otra persona, un amigo o pariente, o alguien que no conozco	1.65	0.93
42 Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	1.95	0.90
43 Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	2.12	1.00
44 Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	1.33	0.68
45 Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	1.60	1.00

^a elementos IPO	* <i>m</i>	* <i>dt</i>
46 He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	1.55	0.87
47 Noto que hago cosas que molestan a la gente pero no sé por qué les molestan	2.11	1.01
48 No distingo si determinadas sensaciones físicas que tengo son reales o las imagino	1.51	0.78
49 Siento que mis deseos o pensamientos se harán realidad como por arte de magia	1.93	1.00
50 La gente me ve como grosero o desconsiderado, y no sé por qué	1.50	0.72
51 Entiendo o conozco cosas que nadie más es capaz de entender o de saber	1.64	0.84
52 Sé que hay ciertas cosas de la vida que no puedo decir porque me tomarían por loco	1.74	1.02
53 He visto cosas que no existían en la realidad	1.46	0.82
54 Creo que he hecho algo o he estado en algún sitio antes, cuando en realidad no es así	2.02	1.02
55 No puedo saber si sólo quiero que algo sea cierto o si ese algo es realmente cierto	1.67	0.84
56 Creo que las cosas sucederán sólo con pensarlas	1.51	0.81
57 De alguna manera, nunca sé muy bien cómo comportarme con la gente	2.39	0.96

^aTexto orientativo modificado del original

**m* = media; *dt* = desviación típica

Tabla N. *Estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de las escalas del IPO en la muestra*

escalas IPO	<i>media</i>	* <i>dt</i>
defensas primitivas	39.53	10.69
difusión de identidad	53.68	14.98
juicio de realidad	36.87	11.66
IPO total	130.09	33.89

**dt* = desviación típica

Tabla Ñ. *Estadísticos descriptivos de los elementos de la PANAS en la muestra*

elementos PANAS	media	*dt
1. Tenso o estresado	2.67	1.11
2. Con interés	3.50	0.97
3. Animado, emocionado	3.19	0.93
4. Disgustado o molesto	2.30	0.93
5. Enérgico, con vitalidad	3.47	1.02
6. Culpable	2.60	1.33
7. Asustado	2.11	1.05
8. Enojado, enfadado	2.12	0.98
9. Entusiasmado	3.09	1.05
10. Orgulloso (de algo), satisfecho	3.18	1.09
11. Irritable o malhumorado	2.13	0.96
12. Dispuesto, despejado	3.32	0.99
13. Avergonzado	2.24	1.16
14. Inspirado	3.07	1.02
15. Nervioso	2.81	1.20
16. Decidido o atrevido	3.18	1.00
17. Atento	3.56	0.91
18. Intranquilo	2.60	1.08
19. Activo	3.63	0.93
20. Temeroso, con miedo	2.21	1.12

*dt = desviación típica

Tabla O. *Estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de las escalas de la PANAS en la muestra*

escalas PANAS	media	*dt
afecto positivo	33.18	6.50
afecto negativo	23.80	8.05
total PANAS	56.98	10.06

*dt = desviación típica

Tabla P. *Estadísticos descriptivos de los elementos del AQ en la muestra*

elementos AQ	*m	*dt
1 De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	1.79	1.25
2 Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	3.40	1.17
3 Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	3.46	1.21
4 A veces soy bastante envidioso	2.25	1.23
5 Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	2.35	1.50
6 A menudo no estoy de acuerdo con la gente	2.96	1.03
7 Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación	3.11	1.12
8 En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	2.94	1.35
9 Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también	2.88	1.54
10 Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	2.67	1.13
11 Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar	2.90	1.41
12 Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	2.52	1.11
13 Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	1.82	1.19
14 Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	2.50	1.13
15 Soy una persona apacible.	3.65	1.09
16 Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	3.39	1.19
17 Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	2.01	1.23
18 Mis amigos dicen que discuto mucho	2.12	1.06
19 Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	2.81	1.38
20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	2.43	1.12
21 Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	1.83	1.17
22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón	2.32	1.24
23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables	3.08	1.17
24 No encuentro ninguna buena razón para pegarle a una persona	3.56	1.43
25 Tengo dificultades para controlar mi genio	2.77	1.27
26 Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	2.43	1.19
27 He amenazado a gente que conozco	2.10	1.35
28 Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	2.86	1.14
29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	2.80	1.62

*m = media; dt= desviación típica

Tabla Q. *Estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales de las escalas del AQ en la muestra*

escalas AQ	media	*dt
agresividad física	21.14	8.23
agresividad verbal	13.65	3.85
ira	21.01	5.27
hostilidad	21.91	5.90
total AQ	77.70	19.07

*dt= desviación típica

Tabla R. Comparación de medias y estadísticos de contraste según la edad en los grupos de la muestra

variable	grupo	media	*dt	*t	*p
edad	límite	33.84	6.94	- 4.65	.000
	control	43.18	13.10		

*dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

Tabla S. Distribución de los grupos límite y control según el sexo

grupos	hombre		mujer		total	
	n	%	n	%	n	%
límite	63	79.75	16	20.25	79	61.24
control	23	46.00	27	54.00	50	38.76
total	86	66.67	43	33.33	129	100.00

$\chi^2 = 15.69$, (gl = 1), $p \leq .000$

Tabla T. Distribución de los grupos límite y control según el estado civil

grupos	soltero		casado/*pdh		separado		divorciado		viudo		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
límite	45	56.96	15	18.99	11	13.92	8	10.13	-	-	79	61.24
control	17	34.00	27	54.00	2	4.00	3	6.00	1	2.00	50	38.76
total	62	48.06	42	32.56	13	10.08	11	8.53	1	0.77	129	100.00

$\chi^2 = 20.07$, (gl = 4), $p \leq .000$

*pdh = pareja de hecho

Tabla U. Distribución de los grupos límite y control según la convivencia

grupos	solo		pareja con/sin hijos		familia de origen		vivienda tutelada		centro residencial		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
límite	2	2.53	11	13.92	39	49.37	6	7.59	21	26.58	79	61.24
control	5	10.00	33	66.00	10	20.00	-	-	2	4.00	50	38.76
total	7	5.43	44	34.11	49	37.98	6	4.65	23	17.83	129	100.00

$\chi^2 = 47.00$, (gl = 4), $p \leq .000$

Tabla V. Comparación de medias y estadísticos de contraste para años de instrucción en los grupos de la muestra

variables	grupo	media	*dt	*t	*p
años de instrucción	límite	12.97	3.03	- 4.19	.000
	control	15.74	3.99		

*dt = desviación típica; t = t de Student; p = significación bilateral

Tabla W. Distribución de los grupos límite y control según el nivel máximo de estudios

grupos	inf. a primarios		estudios primarios		est. secundarios		est. superiores		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
límite	4	5.06	45	56.96	19	24.05	11	13.92	79	61.24
control	-	-	21	42.00	7	14.00	22	44.00	50	38.76
total	4	3.10	66	51.16	26	20.16	33	25.58	129	100.00

$\chi^2 = 16.23$, (gl = 3), $p \leq .000$

Tabla X. Distribución de los grupos límite y control según el nivel ocupacional máximo

grupos	trabajo cualificado		trab. no cualificado		otros		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
límite	19	24.05	60	75.95	-	-	79	61.24
control	27	54.00	17	34.00	6	12.00	50	38.76
total	46	35.66	77	59.69	6	4.65	129	100.00

$\chi^2 = 26.21$, (gl = 2), $p \leq .000$

Tabla Y. Distribución de los grupos límite y control según la situación laboral actual

grupos	activo ocupado		activo parado		inactivo t. domésticos		inactivo jubilado		inactivo estudiante		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
límite	5	6.33	74	93.67	-	-	-	-	-	-	79	61.24
control	37	74.00	6	12.00	1	2.00	4	8.00	2	4.00	50	38.76
total	42	32.56	80	62.01	1	0.77	4	3.10	2	1.56	129	100.00

$\chi^2 = 87.06$, (gl = 4), $p \leq .000$

Tabla Z. Comorbilidad del TP límite con los TP específicos del DSM-IV-TR

*TLP	*PAR	*EST	*ESZ	*HIS	*NAR	*ANT	*EVI	*DEP	*OBS	no otros TP
recuento	32	6	3	7	21	36	12	9	21	10
%	40.50	7.59	3.79	8.86	26.58	45.56	15.18	11.39	26.58	12.65

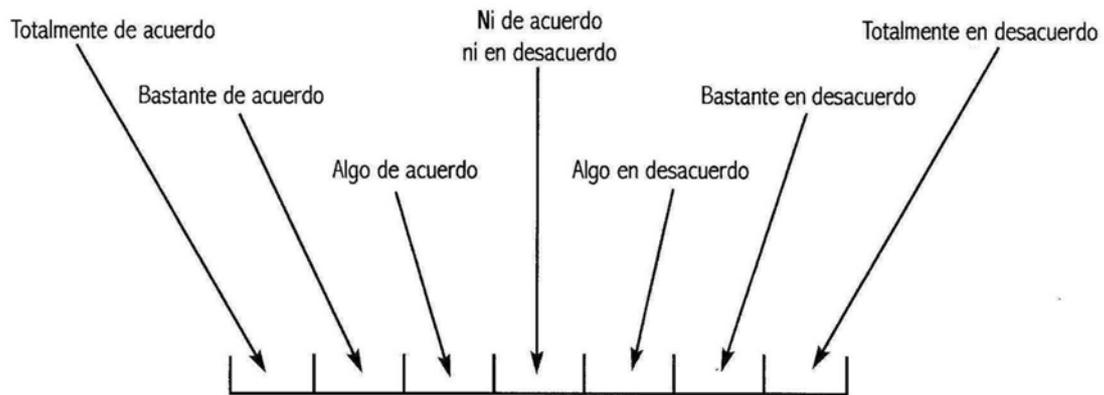
*TLP = TP límite, PAR = TP paranoide, EST = TP esquizotípico, ESZ = TP esquizoide, HIS = TP histriónico, NAR = TP narcisista, ANT = TP antisocial, EVI = TP por evitación, DEP = TP por dependencia, OBS = TP obsesivo-compulsivo

5. STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV-TR (SCID-II)

Versión española de Pérez Prieto et al. (2008), modificada de la versión original de Spitzer et al. (1990)

Nombre y apellidos: _____
Fecha: _____ N° Protocolo: _____ N° historia: _____
Centro: _____ Derivante: _____
Entrevistador: _____

CUESTIONARIO SCID-II



Soy muy hablador y sociable, incluso cuando estoy con personas completamente desconocidas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

Con frecuencia sueño despierto que soy el protagonista de una gran aventura.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

No me gusta que la gente diga tacos y palabras feas en mi presencia.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

1- He evitado trabajos o tareas que implicaran tener que tratar con mucha gente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

2- Evito relacionarme con otras personas a menos que esté seguro de que les voy a caer bien.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

3- Me cuesta abrirme a la gente, aunque sean personas muy conocidas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

4- Me preocupa mucho que me critiquen o me rechacen.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

5- Permanezco casi siempre callado cuando conozco a gente nueva.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

6- Creo que no soy tan bueno, tan listo o tan interesante como la mayoría de la gente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

7- Me asustan las cosas nuevas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

8- Necesito que me aconsejen mucho antes de tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerme o qué pedir en un restaurante.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

9- Dependo de otras personas en áreas importantes de mi vida, como los negocios, el cuidado de los niños o el cambio de vivienda.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

10- Me resulta difícil mostrarme en desacuerdo con la gente, aunque piense que están equivocados.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

11- Me resulta difícil empezar o continuar cosas en las que no me va a ayudar nadie.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

12- A veces me ofrezco voluntario para hacer cosas desagradables.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

13- Me suelo sentir incómodo cuando estoy solo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

14- Cuando una relación íntima ha acabado, siento que necesito inmediatamente encontrar otra persona que me cuide.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

15- Me preocupa mucho que me abandonen y tener que cuidar de mí mismo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

16- Soy la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización, o a la que le gusta hacer listas o programas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

17- Tengo dificultad para acabar las cosas porque paso demasiado tiempo intentando que queden perfectas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

18- Creo (o los demás creen) que dedico tanto tiempo al trabajo (o a los estudios) que no tengo tiempo para relacionarme o para simplemente divertirme.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

19- Tengo criterios muy estrictos acerca de lo que está bien y lo que está mal.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

20- Tengo problemas para tirar cosas porque creo que me podrán venir bien algún día.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

21- Me resulta difícil dejar que otras personas me ayuden a menos que estén de acuerdo en hacer las cosas exactamente como yo quiero.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

22- Es difícil que gaste dinero en mí mismo o en otras personas aunque tenga suficiente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

23- Estoy habitualmente tan seguro de que tengo la razón que no me importa lo que otras personas me digan.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

24- Me han dicho que soy testarudo o rígido.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

25- Cuando alguien me pide que haga algo que no quiero hacer le digo que "sí", pero después lo hago despacio o mal.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

26- Si no quiero hacer algo, a menudo me "olvido" de hacerlo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

27- Siento frecuentemente que la gente no me entiende, o que no aprecia lo mucho que hago.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

28- Estoy frecuentemente enfadado o con ganas de discutir.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

29- Creo que la mayoría de mis jefes, profesores, supervisores, médicos u otras personas que se supone que saben lo que tienen que hacer, realmente no lo saben.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

30- Pienso a menudo que no es justo que otras personas tengan más que yo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

31- Me quejo con frecuencia de que me han sucedido más cosas malas de las que me tocaban.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

32- Frecuentemente rechazo con enfado hacer lo que los demás quieren y después me siento mal y me disculpo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

33- Me siento a menudo infeliz o pienso que la vida no es divertida.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

34- Me considero una persona poco interesante o es frecuente que no me sienta a gusto conmigo mismo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

35- Me critico con frecuencia.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

36- Pienso mucho en cosas malas que hayan sucedido en el pasado o me preocupo por las que puedan suceder en el futuro.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

37- Suelo juzgar duramente a los demás o les encuentro defectos con facilidad.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

38- Pienso que la mayoría de la gente no es buena.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

39- Espero casi siempre que las cosas vayan a peor.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

40- Me siento frecuentemente culpable acerca de cosas que he hecho o que he dejado de hacer.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

41- Suelo estar alerta para evitar que la gente me utilice o me haga daño.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

42- Paso mucho tiempo preguntándome si puedo confiar en mis amigos o compañeros de trabajo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

43- Creo que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho de mí por si pudieran usarlo en mi contra.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

44- Suelo encontrar insultos o amenazas ocultas en las cosas que la gente hace o dice.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

45- Soy la clase de persona que guarda rencor o necesita mucho tiempo para perdonar a alguien que me ha insultado u ofendido.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

46- Hay mucha gente a la que no puedo perdonar por lo que me hicieron o me dijeron hace tiempo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

47- Con frecuencia me enfado o contraataco cuando alguien me critica o me insulta de alguna manera.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

48- He sospechado a menudo que mi pareja me ha sido infiel.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

49- Cuando estoy en público y veo a gente hablando, a menudo siento que están hablando de mí.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

50- Siento a menudo que cosas sin significado especial para la mayoría de la gente tienen un mensaje especial para mí.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

51- Cuando estoy rodeado de gente, me siento frecuentemente observado o pienso que me miran fijamente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

52- He sentido alguna vez que podía hacer que algunas cosas sucedieran sólo con desearlo o pensar que iban a suceder.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

53- He tenido experiencias sobrenaturales.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

54- Creo que tengo un sexto sentido que me permite saber y predecir cosas que los demás no pueden.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

55- Confundo a menudo objetos o sombras con personas, o ruidos con voces de personas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

56- He sentido que alguna persona o energía estaba cerca de mí, aunque no pudiera verla.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

57- Veo frecuentemente auras o campos de energía alrededor de la gente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

58- Pienso que hay muy pocas personas a las que siento realmente cercanas, aparte de mi familia.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

59- Me siento a menudo nervioso cuando estoy con otras personas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

60- Siento que NO es importante para mí tener relaciones íntimas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

61- Casi siempre prefiero hacer las cosas solo, más que acompañado.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

62- Puedo estar bien sin tener relaciones sexuales.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

63- Hay muy pocas cosas que me hagan disfrutar.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

64- NO me importa lo que la gente piensa de mí.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

65- Nada me hace muy feliz ni muy triste.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

66- Me gusta ser el centro de atención.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

67- Coqueteo mucho.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

68- A menudo me doy cuenta de que me comporto de forma seductora.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

69- Trato de llamar la atención con mi aspecto o mi forma de vestir.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

70- Muchas veces llego a ser dramático o exagerado.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

71- Suelo cambiar mi opinión dependiendo de las personas con las que estoy o de lo que acabo de leer o ver en la televisión.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

72- Tengo muchos amigos de los de verdad, de los que me siento muy próximo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

73- Creo que la gente no suele apreciar mi talento o mis logros.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

74- La gente me dice que tengo una alta opinión de mi mismo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

75- Pienso mucho en el poder, la fama o el reconocimiento que tendré algún día.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

76- Pienso mucho en el amor perfecto que conseguiré algún día.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

77- Cuando tengo un problema, insisto casi siempre en ver al director o al jefe.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

78- Creo que es importante relacionarme con personas especiales o influyentes.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

79- Es muy importante para mí que la gente me preste atención o me admire de alguna manera.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

80- Pienso que no tengo por qué seguir algunas normas o reglas sociales cuando me suponen un obstáculo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

81- Siento que soy la clase de persona que merece un trato especial.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

82- A menudo he tenido que pasar por encima de los demás para conseguir lo que quería.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

83- A menudo tengo que anteponer mis necesidades a las de las otras personas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

84- Suelo esperar que los demás hagan lo que les pido sin cuestionarlo por ser quien soy.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

85- No me interesan realmente los problemas o los sentimientos de los demás.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

86- La gente se ha quejado de que no les escucho o de que no me preocupo por sus sentimientos.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

87- A menudo siento envidia de los demás.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

88- A veces creo que los demás me envidian.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

89- Creo que muy poca gente se merece mi tiempo o mi atención.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

90- A menudo me he sentido frenético cuando alguien que quiero me va a abandonar.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

91- Mis relaciones con la gente que realmente quiero sufren altibajos muy grandes.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

92- Alguna vez he cambiado de repente mi opinión sobre mi mismo y sobre mis metas en la vida.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

93- Es frecuente que cambie de idea acerca de cómo soy o de quién soy yo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

94- A menudo me comporto de manera diferente con personas distintas o en situaciones distintas, hasta el punto de que a veces me cuesta saber quién soy realmente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

95- He tenido muchos cambios bruscos en mis proyectos, mis gustos, mis creencias religiosas u otras cosas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

96- Con frecuencia hago cosas de manera impulsiva.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

97- He intentado hacerme daño o suicidarme o he amenazado con hacerlo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

98- Me he cortado, quemado o arañado a mí mismo voluntariamente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

99- Tengo muchos cambios bruscos de humor.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

100- A menudo me siento vacío por dentro.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

101- Muchas veces tengo ataques de furia o me enfado tanto que pierdo el control.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

102- Cuando me enfado pego a la gente o tiro cosas al suelo.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

103- Incluso cosas sin importancia llegan a enfadarme mucho.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

104- Cuando estoy muy tenso, me pongo suspicaz con la gente o me siento muy desplazado.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

105- Antes de los 15 años, intimidaba o amenazaba a otros niños.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

106- Antes de los 15 años, provocaba peleas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

107- Antes de los 15 años, amenacé a alguien con un arma, con un palo, un ladrillo, una botella rota, una navaja o una pistola.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

108- Antes de los 15 años, deliberadamente torturé o provoqué dolor y sufrimiento físico a alguien.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

109- Antes de los 15 años, torturé o herí a animales deliberadamente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

110- Antes de los 15 años, robé, atraqué o quité a la fuerza algo a alguien, amenazándole.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

111- Antes de los 15 años, forcé a alguien a mantener relaciones conmigo, o a desnudarse delante de mí o a tocarme sexualmente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

112- Antes de los 15 años, provoqué algún incendio.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

113- Antes de los 15 años, destrozaba deliberadamente cosas que no eran mías.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

114- Antes de los 15 años, entré a robar en casas, otros edificios o en coches.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

115- Antes de los 15 años, mentía mucho o estafaba a la gente.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

116- Antes de los 15 años, alguna vez robé cosas en tiendas o falsifiqué la firma de alguien.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

117- Antes de los 15 años, me escapé de casa alguna vez y pasé fuera toda la noche.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

118- Antes de los 13 años, a menudo salía hasta muy tarde, bastante más de la hora en la que debía volver en casa.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

119- Antes de los 13 años, solía hacer novillos.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

120- He cometido errores que me podrían llevar a la cárcel.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

121- Miento con frecuencia.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

122- He estafado a otras personas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

123- Soy incapaz de planificar mi futuro.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

124- He participado en peleas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

125- Suelo preocuparme poco por mi seguridad o la de los demás.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

126- No he mantenido un trabajo estable.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

127- Acumulo deudas.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

128- No suelo tener remordimientos.

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

ENTREVISTA SCID-II

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una pauta generalizada de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cuatro de las siguientes características:

<p>1. Usted ha contestado que ha evitado trabajos o tareas que supongan tratar con mucha gente.</p> <p>Deme algunos ejemplos. Cuál fue la razón por la que las evitó (ENUMERAR TRABAJOS O TAREAS).</p> <p>¿Ha rechazado alguna vez algún ascenso porque supondría tratar con más cantidad de gente de la que usted estaría a gusto?.</p>	<p>(1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos dos ejemplos.</p>
<p>2. Usted ha contestado que evita relacionarse con la gente, si no está seguro de que les va a caer bien.</p> <p>Si usted no está seguro de que alguien lo aprecia, ¿daría el primer paso para aproximarse?.</p>	<p>(2) Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = casi nunca toma la iniciativa de iniciar una relación social.</p>
<p>3. Usted ha contestado que le cuesta mostrarse abierto, incluso con personas cercanas.</p> <p>¿Por qué cree que le sucede esto?.</p> <p>¿Está usted preocupado por ser ridiculizado o avergonzado?.</p> <p>¿Piensa que se pueden reír de usted?.</p> <p>En caso de negativa:</p> <p>¿Le importa lo que piense la gente de usted?.</p> <p>¿Hasta qué punto?.</p>	<p>3) Se muestra reprimido en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = este patrón ocurre en casi todas sus relaciones.</p>
<p>4. Usted ha contestado que está a menudo preocupado por ser criticado o rechazado en situaciones sociales.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Pasa usted mucho tiempo preocupado acerca de este tema?.</p>	<p>(4) Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = pasa mucho tiempo preocupado acerca de situaciones sociales.</p>
<p>5. Usted ha contestado que normalmente se queda callado cuando conoce a personas nuevas.</p> <p>¿Por qué cree que le sucede?.</p> <p>¿Piensa que puede decir alguna tontería?.</p> <p>¿Es porque piensa que puede hacer el ridículo?.</p>	<p>(5) Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconocimiento del rasgo y varios ejemplos.</p>
<p>6. Usted ha contestado que cree que no es tan bueno, interesante o atractivo como la mayoría de la gente.</p> <p>¿Se siente inferior a los demás?.</p> <p>Hábleme de esto.</p>	<p>(6) Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce la creencia.</p>

<p>7. Usted ha contestado que le da miedo hacer cosas que se salgan de la rutina.</p> <p>¿Le sucede esto porque piensa que no lo va a hacer bien?</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p>	<p>(7) Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos de haber evitado actividades por miedo a que le resulten embarazosas.</p>
---	--

AL MENOS CUATRO CRITERIOS SON CODIFICADOS COMO "3"	1	3
--	---	---

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una pauta generalizada de excesiva necesidad de ser cuidado que conduce a un comportamiento de sumisión y adhesión, y miedo a la separación, patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características:

<p>8. Usted ha contestado que necesita muchos consejos y ayuda de los demás antes de tomar decisiones cotidianas, como qué ponerse o qué plato elegir en un restaurante.</p> <p>¿Puede darme algunos ejemplos de tipos de decisiones para las cuales usted pediría consejo o refuerzo?</p> <p>¿Esto le ocurre la mayoría de las veces?</p>	<p>(1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
--	--

<p>9. Usted ha contestado que depende de otras personas para manejar importantes áreas de su vida, como la economía, el cuidado de los hijos o decisiones sobre su vida. ¿Se limita a pedir consejos o prefiere que los demás tomen las decisiones importantes?</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Le ha pasado en la mayoría de situaciones importantes de su vida?</p>	<p>2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida. Nota: no incluir el mero hecho de recibir consejo de otros o comportamientos esperados culturalmente.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
---	--

<p>10. Usted ha contestado que le resulta difícil discrepar con alguien aunque usted crea que esa persona esté equivocada.</p> <p>Deme algunos ejemplos de situaciones en las que le haya costado discrepar con alguien.</p> <p>¿Qué teme que ocurra si usted no está de acuerdo?</p>	<p>(3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: no se incluyen los temores reales a un castigo.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo o varios ejemplos.</p>
---	---

<p>11. Usted ha contestado que le cuesta iniciar o trabajar en tareas cuando no tiene a nadie para ayudarle.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Por qué cree que le sucede? ¿Es porque no está seguro de que puede hacerlo bien?</p>	<p>(4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo.</p>
---	---

<p>12. Usted ha contestado que a menudo se ofrece voluntario para hacer cosas que no le apetece hacer.</p> <p>Deme algunos ejemplos de este tipo de situaciones en las que se ofreció voluntario.</p> <p>¿Por qué piensa que lo hace?.</p>	<p>(5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.</p> <p>Nota: no incluir comportamientos llevados a cabo para conseguir objetivos distintos a agrandar, tales como un ascenso en el trabajo.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo y da al menos un ejemplo.</p>
<p>13. Usted ha contestado que se siente frecuentemente incómodo cuando está solo.</p> <p>¿Por qué le sucede?.</p> <p>¿Es porque necesita alguien que le cuide?.</p>	<p>(6) Se siente incómodo o desamparado cuando está solo, debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo.</p>
<p>14. Usted ha contestado que cuando alguna relación íntima ha terminado ha sentido que tenía que encontrar otra persona inmediatamente para que le cuidara.</p> <p>Hábleme de esto.</p> <p>¿Ha reaccionado usted de esta manera la mayoría de las veces que ha terminado una relación íntima?</p>	<p>(7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y apoyo que necesita.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = ocurre cuando la mayoría de las relaciones íntimas terminan.</p>
<p>15. Usted ha contestado que le preocupa mucho que le abandonen y tener que cuidar de sí mismo.</p> <p>¿Hay muchas ocasiones en las que se preocupa por esto?.</p> <p>¿Y qué razones tiene para pensar que lo van a abandonar?.</p> <p>¿Tiene usted temporadas en las que se mantiene preocupado por esto todo el tiempo?.</p> <p>¿A lo largo de su vida esto le ha pasado con más de una persona?.</p>	<p>(8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = preocupación persistente e injustificada.</p>
<p>AL MENOS CINCO CRITERIOS SON CODIFICADOS COMO "3"</p>	<p>1 3</p>

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una pauta generalizada de preocupación por el orden, el perfeccionismo, y el control mental interpersonal, a expensas de la flexibilidad, espontaneidad, y la eficiencia, que se hace patente al inicio de la vida adulta y se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta al menos por cuatro de las siguientes características:

<p>16. Usted ha contestado que se centra en los detalles, el orden y la organización.</p> <p>¿Le gusta hacer listas y programar las cosas?.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Cree usted que en ocasiones esto le dificulta un poco las cosas?.</p> <p>(¿Es algo así como si los árboles no le dejaran ver el bosque?).</p> <p>¿Le ocurre esto a menudo?.</p>	<p>(1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo y da al menos un ejemplo.</p>
---	--

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Pauta generalizada de déficits en las relaciones interpersonales caracterizadas por incomodidad importante y capacidad muy reducida para hacer relaciones íntimas, así como distorsiones en la cognición o la percepción, además de comportamiento excéntrico. Esta pauta comienza al inicio de la edad adulta y se presenta en diversos contextos, manifestándose por al menos cinco de las siguientes características:

<p>49. Usted ha contestado que cuando está en público y ve a gente hablando, a menudo siente que están hablando de usted.</p> <p>Hábleme de esto.</p> <p>50. Usted ha contestado que a menudo tiene la sensación de que cosas sin significado especial para la mayoría de gente, son un mensaje especial para usted.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>51. Usted ha contestado que cuando está rodeado de gente, a menudo siente que está siendo observado o que le miran fijamente.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p>	<p>(1) Ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
<p>52. Usted ha contestado que ha sentido que podría hacer que ocurrieran cosas pidiendo un deseo o pensando en ellas.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Cómo le afectó esta sensación?.</p> <p>53. Usted ha contestado que ha tenido experiencias sobrenaturales.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Cómo le afectó?.</p> <p>54. Usted ha contestado que cree tener un "sexto sentido" que le permite saber y predecir cosas que los demás no pueden.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Esto le afecta? ¿De que modo?.</p>	<p>(2) Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (por ejemplo superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos de estos fenómenos que hayan influido en el comportamiento y en desacuerdo con las normas subculturales.</p>
<p>55. Usted ha contestado que a menudo confunde objetos o sombras con personas o animales, o ruidos con voces de personas.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Había bebido o consumido drogas cuando le sucedió?.</p> <p>56. Usted ha contestado que ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza estaba a su alrededor, aunque no la pudiera ver.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Había consumido alcohol o drogas?.</p> <p>57. Usted ha contestado que a menudo ve auras o campos de energía alrededor de la gente.</p> <p>¿Había consumido alcohol o drogas?</p>	<p>(3) Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos de experiencias perceptivas inusuales, no debidas a drogas o enfermedades físicas.</p>

OBSERVAR DURANTE LA ENTREVISTA	(4) Pensamiento y lenguaje raros (por ejemplo vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado). ? 1 2 3
VALORAR COMO "3" SI SE HA HECHO LO MISMO CON ALGUNO DE LOS CRITERIOS (1), (2), (3), (4) O (7) DEL TRASTORNO PARANOIDE	(5) Susplicia o ideación paranoide. ? 1 2 3
OBSERVAR DURANTE LA ENTREVISTA	(6) Afectividad inapropiada o restringida. ? 1 2 3
OBSERVAR DURANTE LA ENTREVISTA	(7) Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar. ? 1 2 3
58. Usted ha contestado que hay muy pocas personas de las que se sienta cerca, fuera de su familia inmediata. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?.	(8) Falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado. ? 1 2 3 3 = no tiene amigos íntimos (fuera de familiares de primer grado).
59. Usted ha contestado que a menudo se siente nervioso cuando está con gente. ¿Qué es lo que le pone nervioso?. ¿Está usted nervioso aunque esté con gente que conoce desde hace tiempo?. ¿Es porque no se fía de la intención que puedan tener?.	(9) Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo. ? 1 2 3 3 = reconoce ansiedad excesiva relacionada con susplicia acerca de las intenciones de los demás.
AL MENOS CINCO CRITERIOS SON CODIFICADOS COMO "3"	1 3

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Pauta generalizada de indiferencia hacia las relaciones sociales y expresión de las emociones restringida en marcos interpersonales, que se hace patente desde el inicio de la edad adulta y que se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta por al menos cuatro de las siguientes características:

60. Usted ha contestado que NO es importante para usted tener relaciones íntimas. Hábleme acerca de esto. ¿Le pasa también con su familia?.	1) Ni desea ni disfruta de las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia. ? 1 2 3 3 = reconoce el rasgo.
61. Usted ha contestado que casi siempre prefiere hacer las cosas solo más que con otras personas. ¿Es cierto tanto para su trabajo como en su tiempo libre?.	(2) Escoge casi siempre actividades solitarias. ? 1 2 3 3 = reconoce el rasgo.
62. Usted ha contestado que podría estar satisfecho sin tener relaciones sexuales. Hábleme acerca de esto. ¿Siempre ha tenido poco interés en tener relaciones sexuales?.	(3) Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona. ? 1 2 3 3 = reconoce el rasgo.

<p>63. Usted ha contestado que hay realmente muy pocas cosas que le produzcan placer.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Y los placeres físicos como disfrutar de una buena comida o tener relaciones sexuales?.</p>	<p>(4) Disfruta con pocas o ninguna actividad. Nota: La ausencia de placer se refiere especialmente a los sentidos, el cuerpo y las experiencias interpersonales.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo.</p>
<p>VALORAR COMO "3" SI SE HA HECHO LO MISMO CON EL ITEM (8) DEL TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO</p>	<p>(5) No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.</p> <p>? 1 2 3</p>
<p>64. Usted ha contestado que no le importa lo que piensen los demás de usted.</p> <p>¿Cómo se siente cuando la gente lo alaba o lo critica?.</p>	<p>(6) Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = se muestra indiferente a la alabanza o la crítica.</p>
<p>65. Usted ha contestado que nada consigue hacerle sentir muy feliz o muy triste.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>(CONSIDERAR TAMBIÉN SU COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)</p>	<p>7) Muestra una frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = esto le ocurre habitualmente, no solo durante un trastorno del estado de ánimo.</p>
<p>AL MENOS CUATRO CRITERIOS HAN SIDO CODIFICADOS COMO "3"</p>	<p>1 3</p>

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Pauta generalizada de emotividad y de búsqueda de atención exagerada, que se hace patente al inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos, como se pone de manifiesto por lo menos por cinco de las siguientes características:

<p>66. Usted ha contestado que le gusta ser el centro de atención.</p> <p>¿Cómo se siente cuando no lo es?.</p>	<p>(1) No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = se siente incómodo cuando no es el centro de atención.</p>
<p>67. Usted ha contestado que coquetea mucho.</p> <p>¿Alguna vez se lo han dicho?.</p> <p>(TAMBIÉN CONSIDERAR SU COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)</p> <p>68. Usted ha contestado que a menudo se da cuenta de que se comporta de forma seductora con otras personas.</p> <p>Hábleme de esto.</p> <p>(ADEMÁS CONSIDERAR SU COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)</p>	<p>(2) La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce quejas, describe conductas inapropiadas o se muestra seductor de un modo inadecuado.</p>
<p>OBSERVAR DURANTE LA ENTREVISTA</p>	<p>(3) Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.</p> <p>? 1 2 3</p>

<p>75. Usted ha contestado que piensa mucho en el poder, la fama o el reconocimiento que conseguirá algún día.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a pensar en estas cosas?.</p> <p>76. Usted ha contestado que piensa a menudo acerca del amor ideal que conseguirá algún día.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Cuánto tiempo dedica a pensar en estas cosas?.</p>	<p>(2) Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = pasa mucho tiempo soñando despierto o persiguiendo metas poco realistas.</p>
<p>77. Usted ha contestado que cuando tiene un problema insiste casi siempre en ver a la persona más importante o al máximo responsable.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Por qué tiene que ver a la persona más importante?.</p> <p>78. Usted ha contestado que cree que es importante pasar tiempo con personas especiales o influyentes.</p> <p>¿Por qué lo piensa?.</p>	<p>(3) Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo y da al menos un ejemplo.</p>
<p>79. Usted ha contestado que para usted es muy importante que la gente le preste atención o le valore.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Le gusta que lo admiren?.</p>	<p>(4) Exige una admiración excesiva.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo y da al menos un ejemplo.</p>
<p>80. Usted ha contestado que no es necesario seguir ciertas normas o convenciones sociales cuando le suponen una molestia.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Por qué lo siente de esa manera?.</p> <p>81. Usted ha contestado que cree que es ese tipo de persona que merece un trato especial.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p>	<p>5) Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
<p>82. Usted ha contestado que a menudo tiene que anteponer sus necesidades sobre las de otras personas.</p> <p>Deme algunos ejemplos de cuándo ha sucedido esto.</p> <p>83. Usted ha contestado que a menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Le ha ocurrido a menudo?</p> <p>84. Usted ha contestado que a menudo espera que las demás personas hagan lo que les pide sin cuestionarlo, por ser usted quien es.</p> <p>¿Le ocurre esto frecuentemente?.</p>	<p>(6) Es interpersonalmente explotador, (por ejemplo, saca provecho de los demás para lograr sus propios fines).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos en los que otra persona es explotada.</p>

<p>85. Usted ha contestado que la gente se ha quejado de que no les escucha o no se preocupa por sus sentimientos.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>86. Usted ha contestado que realmente NO está interesado en los problemas o sentimientos de los demás.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p>	<p>(7) Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo o da varios ejemplos.</p>
--	--

<p>87. Usted ha contestado que a menudo envidia a los demás.</p> <p>Hábleme de esto.</p> <p>¿Con qué frecuencia se siente de esta manera?.</p> <p>88. Usted ha contestado que siente, a menudo, que la gente le envidia.</p> <p>¿Qué es lo que la gente envidia de usted?.</p>	<p>(8) Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo y da al menos un ejemplo.</p>
--	--

<p>89. Usted ha contestado que considera que poca gente se merece su tiempo y atención.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>CONSIDERAR TAMBIÉN SU COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA</p>	<p>(9) Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo o así se aprecia durante la entrevista.</p>
--	---

<p>AL MENOS CINCO CRITERIOS HAN SIDO CODIFICADOS COMO "3"</p>	<p>1 3</p>
---	------------

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Pauta generalizada de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad, además de impulsividad marcada, que se hace patente desde el inicio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Esta pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características:

<p>90. Usted ha contestado que ha perdido los nervios cuando ha pensado que alguien que quería podía abandonarlo.</p> <p>¿Qué es lo que hizo?.</p> <p>¿Le amenazó o le suplicó a esa persona para que no lo dejara?.</p>	<p>(1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.</p> <p>Nota: no incluir las conductas suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio (5).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
--	---

<p>91. Usted ha contestado que sus relaciones interpersonales con la gente que realmente quiere tienen muchos altibajos extremos.</p> <p>Hábleme de esto.</p> <p>¿Ha habido veces que ha pensado que estas personas eran todo para usted y otras en las que ha pensado que eran terribles?.</p> <p>¿Cuántas relaciones de este tipo ha mantenido?.</p>	<p>(2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre la idealización y la devaluación extremas.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = cualquier relación prolongada o varias relaciones más breves en las que el patrón de alternancia se da por lo menos dos veces.</p>
--	--

<p>92. Usted ha contestado que ha cambiado de repente su sentido de quién es usted o hacia dónde se dirige.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>93. Usted ha contestado que el sentido de quién es usted cambia a menudo de forma brusca e intensa.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Hasta qué punto cambia?.</p> <p>¿Con qué frecuencia?</p> <p>94. Usted ha contestado que usted es diferente con diferentes personas y diferentes situaciones, hasta el punto de que a veces no sabe quién es usted realmente.</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Se siente muchas veces así?.</p> <p>95. Usted ha contestado que ha tenido muchos cambios repentinos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas o este tipo de cosas.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p>	<p>(3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. Nota: no incluir la incertidumbre normal en los adolescentes.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo</p>
<p>96. Usted ha contestado que a menudo hace cosas impulsivamente.</p> <p>¿Qué tipo de cosas?:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprar cosas que realmente no puede permitirse. - Mantener relaciones sexuales con gente que conoce poco o de forma insegura. - Beber demasiado o tomar drogas. - Conducir de manera temeraria. - Comer incontrolablemente. <p>SI CONTESTA SÍ A CULQUIERA DE LAS ANTERIORES:</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Con qué frecuencia le ocurre?.</p> <p>¿Qué tipo de problemas le ha causado?</p>	<p>(4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación recogidos en el criterio 5).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos que indiquen un patrón de conducta impulsiva (no necesariamente limitado a los ejemplos anteriores).</p>
<p>97. Usted ha contestado que ha intentado hacerse daño o matarse o que ha amenazado con hacerlo.</p> <p>98. Usted ha contestado que usted se ha cortado, quemado o herido a propósito.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p>	<p>5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = dos o más veces fuera de una depresión mayor.</p>
<p>99. Usted ha contestado que tiene muchos cambios repentinos de humor.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>¿Cuánto le duran los episodios de mal humor?.</p> <p>¿Con qué frecuencia le suceden estos cambios de humor?.</p> <p>¿Cómo de bruscos son sus cambios?.</p>	<p>(6) Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y sólo raramente más de unos días).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo.</p>
<p>100. Usted ha contestado que a menudo se siente vacío por dentro.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p>	<p>7) sentimientos crónicos de vacío.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo.</p>

<p>101. Usted ha contestado que a menudo tiene ataques de furia o se irrita tanto que pierde el control.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p> <p>102. Usted ha contestado que cuando se enfada, golpea a la gente o arroja objetos.</p> <p>Hábleme de esto.</p> <p>¿Le ocurre a menudo?.</p> <p>103. Usted ha contestado que hasta pequeñas cosas lo enfadan mucho.</p> <p>¿Cuándo le ocurre?. ¿Con qué tipo de situaciones?</p> <p>¿Le ocurre mucho?.</p>	<p>8) Ira inapropiada o intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconoce el rasgo y da al menos un ejemplo.</p>
--	---

<p>104. Usted ha contestado que cuando está sometido a mucho estrés, se vuelve suspicaz con la gente o se siente especialmente distante y ausente.</p> <p>Hábleme acerca de esto.</p>	<p>(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos que no ocurren exclusivamente durante un trastorno psicótico o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.</p>
---	--

<p>AL MENOS CINCO CRITERIOS HAN SIDO CODIFICADOS COMO "3"</p>	<p>1 3</p>
---	------------

<p>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS</p>	
<p>A. La edad actual ha de ser al menos de 18 años.</p> <p>B. Se cumplen los criterios para la conducta antisocial del adulto.</p> <p>C. Hay evidencia de Trastorno Disocial, que comienza antes de los 15 años y que reúne al menos tres de los siguientes criterios:</p>	

<p>105. Usted ha contestado que antes de los 15 años, intimidó o amenazó a otros niños.</p> <p>Hábleme de esto.</p>	<p>(1) Antes de los 15 años a menudo presionaba, intimidaba o amenazaba a otros.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos</p>
---	--

<p>106. Usted ha contestado que antes de los 15 años, iniciaba peleas.</p> <p>¿Con qué frecuencia?.</p>	<p>(2) Antes de los 15 años a menudo iniciaba peleas físicas.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
---	--

<p>107. Usted ha contestado que antes de los 15 años usted hirió o amenazó a alguien con un arma, como un palo, un ladrillo, una navaja, una botella rota o una pistola.</p> <p>Hábleme de esto.</p>	<p>(3) Antes de los 15 años usó un arma que podía causar serias heridas físicas en otras personas (un palo, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
--	---

<p>108. Usted ha contestado que antes de los 15 años, causó dolor físico o sufrimiento deliberadamente a alguien.</p> <p>¿Qué es lo que hizo?.</p>	<p>(4) Antes de los 15 años manifestó crueldad física con la gente.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
--	---

<p>109. Usted ha contestado que antes de los 15 años torturó o hirió animales a propósito.</p> <p>¿Qué es lo que hizo?.</p>	<p>(5) Antes de los 15 años manifestó crueldad física con animales.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
<p>110. Usted ha contestado que antes de los 15 años robó, asaltó o cogió forzosamente algo a alguien, amenazándolo.</p> <p>Hábleme de esto.</p>	<p>(6) Antes de los 15 años robó enfrentándose a la víctima (asalto con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
<p>111. Usted ha contestado que antes de los 15 años forzó a alguien a mantener relaciones sexuales con usted, a desnudarse delante de usted o a tocarle genitualmente.</p> <p>Hábleme de esto.</p>	<p>(7) Antes de los 15 años forzó a alguien a una actividad sexual.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
<p>112. Usted ha contestado que antes de los 15 años provocó algún incendio.</p> <p>Hábleme de esto.</p>	<p>(8) Antes de los 15 años deliberadamente inició un incendio con la intención de causar un daño grave.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
<p>113. Usted ha contestado que antes de los 15 años deliberadamente destrozó cosas que no eran suyas.</p> <p>¿Qué es lo que hizo?.</p>	<p>(9) Antes de los 15 años destruyó deliberadamente alguna propiedad ajena (que no fuera incendiándola).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
<p>114. Usted ha contestado que antes de los 15 años irrumpió en casas, edificios o coches.</p> <p>Hábleme más de esto.</p>	<p>(10) Antes de los 15 años irrumpió en la casa, edificio o coche de otra persona.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
<p>115. Usted ha contestado que antes de los 15 años mentía mucho o timaba a otras personas.</p> <p>¿Sobre qué mentía?.</p>	<p>(11) Antes de los 15 años a menudo mentía para obtener beneficios o favores, o para evitar obligaciones (por ejemplo, timar).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos o reconocimiento de la tendencia.</p>
<p>116. Usted ha contestado que antes de los 15 años robó o falsificó alguna firma.</p> <p>Hábleme de esto.</p>	<p>(12) Antes de los 15 años robó artículos de poco valor sin enfrentarse a la víctima (por ejemplo, robar en tiendas, falsificar).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = varios ejemplos.</p>
<p>117. Usted ha contestado que antes de los 15 años se fugó de casa y pasó una noche fuera.</p> <p>¿Pasó más de una vez?.</p> <p>¿Con quién estaba viviendo en ese momento?.</p>	<p>(13) Antes de los 15 años se escapó de casa toda la noche al menos 2 veces, mientras vivía en la casa de los padres o en hogar sustitutivo (o en una ocasión pero sin volver en un período más largo).</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = al menos 1 ejemplo.</p>
<p>118. Usted ha contestado que antes de los 13 años volvía a menudo muy tarde, mucho después de la hora que tenía que llegar a casa.</p> <p>¿Con qué frecuencia?.</p>	<p>(14) Antes de los 13 años a menudo permanecía fuera de casa de noche, a pesar de la prohibición de los padres.</p> <p>? 1 2 3</p> <p>3 = reconocimiento de la tendencia</p>

119. Usted ha contestado que antes de los 13 años, faltaba a menudo a clase. ¿Con qué frecuencia?.	(15) Antes de los 13 años hacía novillos frecuentemente. ? 1 2 3 3 = reconocimiento de la tendencia
---	--

TRASTORNO DISOCIAL: AL MENOS TRES CRITERIOS ESTÁN CODIFICADOS COMO "3"	1 3
---	--------------------------

CONDUCTA ANTISOCIAL DEL ADULTO: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
Pauta generalizada de indiferencia o violación de los derechos de los demás que ocurre desde la edad de los 15 años. La pauta se manifiesta por al menos tres de las siguientes características:

AHORA, DESDE QUE USTED TIENE 15 AÑOS...

120. ¿Ha hecho usted cosas contra la ley, aunque no le detuvieran por ello como robar, consumir o vender drogas, extender talonarios falsos o mantener relaciones sexuales por dinero? SI NO es así: ¿Ha sido usted arrestado por algo?.	(1) Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. ? 1 2 3 3 = varios ejemplos.
---	---

121. ¿Cree usted que a menudo ha mentido para conseguir lo que quería? ¿Ha utilizado alguna vez un alias o ha fingido ser otra persona?.	(2) Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias o estafar a otros para beneficio personal o por placer. ? 1 2 3
122. ¿Ha estafado usted a alguien para conseguir lo que quería?.	3 = varios ejemplos.

123. ¿Ha hecho usted cosas sin meditar, sin pensar en cómo podría afectar a otras personas? ¿Qué tipo de cosas? ¿En algún momento de su vida no ha tenido un lugar de residencia fijo? Si contesta que si: ¿Por cuánto tiempo?.	(3) Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. ? 1 2 3 3 = varios ejemplos.
--	---

124. ¿Desde que usted tiene más de 15 años ha tenido alguna pelea? ¿Con qué frecuencia? ¿Ha golpeado usted o le ha lanzado objetos alguna vez a su cónyuge o pareja? ¿Con qué frecuencia? ¿Ha golpeado usted a algún niño, hijo suyo o de otra persona, tan fuerte que le ha provocado cardenales o ha tenido que guardar cama o visitar a un médico? Hábleme más de esto. ¿Ha amenazado físicamente o herido a alguien? Hábleme más de esto. ¿Con qué frecuencia?.	(4) Irritabilidad y agresividad, indicado por peleas físicas repetidas o agresiones. ? 1 2 3 3 = varios ejemplos.
--	--

PLANTILLA PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE LA SCID-II

NOMBRE _____

NÚMERO DE PROTOCOLO _____ FECHA ENTREVISTA _____

EVITADOR

(1)	1	?	1	2	3
(2)	2	?	1	2	3
(3)	3	?	1	2	3
(4)	4	?	1	2	3
(5)	5	?	1	2	3
(6)	6	?	1	2	3
(7)	7	?	1	2	3

AL MENOS CUATRO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

DEPRESIVO

(1)	33	?	1	2	3
(2)	34	?	1	2	3
(3)	35	?	1	2	3
(4)	36	?	1	2	3
(5)	37,38	?	1	2	3
(6)	39	?	1	2	3
(7)	40	?	1	2	3

AL MENOS CINCO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

DEPENDIENTE

(1)	8	?	1	2	3
(2)	9	?	1	2	3
(3)	10	?	1	2	3
(4)	11	?	1	2	3
(5)	12	?	1	2	3
(6)	13	?	1	2	3
(7)	14	?	1	2	3
(8)	15	?	1	2	3

AL MENOS CINCO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

PARANOIDE

(1)	41	?	1	2	3
(2)	42	?	1	2	3
(3)	43	?	1	2	3
(4)	44	?	1	2	3
(5)	45,46	?	1	2	3
(6)	47	?	1	2	3
(7)	48	?	1	2	3

AL MENOS CUATRO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

OBSESIVO-COMPULSIVO

(1)	16	?	1	2	3
(2)	17	?	1	2	3
(3)	18	?	1	2	3
(4)	19	?	1	2	3
(5)	20	?	1	2	3
(6)	21	?	1	2	3
(7)	22	?	1	2	3
(8)	23,24	?	1	2	3

AL MENOS CUATRO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

ESQUIZOTÍPICO

(1)	49,50,51	?	1	2	3
(2)	52,53,54	?	1	2	3
(3)	55,56,57	?	1	2	3
(4)	entrev	?	1	2	3
(5)	41,42,43,44,48	?	1	2	3
(6)	entrev	?	1	2	3
(7)	entrev	?	1	2	3
(8)	58	?	1	2	3
(9)	59	?	1	2	3

AL MENOS CINCO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

PASIVO-AGRESIVO

(1)	25,26	?	1	2	3
(2)	27	?	1	2	3
(3)	28	?	1	2	3
(4)	29	?	1	2	3
(5)	30	?	1	2	3
(6)	31	?	1	2	3
(7)	32	?	1	2	3

AL MENOS CUATRO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

ESQUIZOIDE

(1)	60	?	1	2	3
(2)	61	?	1	2	3
(3)	62	?	1	2	3
(4)	63	?	1	2	3
(5)	58	?	1	2	3
(6)	64	?	1	2	3
(7)	65,entrev	?	1	2	3

AL MENOS CUATRO CRITERIOS
ESTÁN CODIFICADOS "3" 1 3

6. CUESTIONARIO DE ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD (IPO)

Modificado de la versión española de Gómez Beneyto et al. (2004b) del Inventory of Personality Organization (IPO), original de Kernberg & Clarkin (1995)

Nº PACIENTE _____

Marque la respuesta más adecuada a usted:

	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
1- Idolatro a algunas personas, incluso después de descubrir que mi opinión sobre ellas estaba equivocada	<input type="checkbox"/>				
2- Siento que personas que yo valoraba mucho me han decepcionado no comportándose como yo esperaba	<input type="checkbox"/>				
3- Pasa mucho tiempo desde que alguien me enseña o me dice algo que yo no sé	<input type="checkbox"/>				
4- Me cuesta mucho confiar en la gente, porque a menudo se vuelven contra mí o me traicionan	<input type="checkbox"/>				
5- Necesito admirar a alguien para sentirme seguro	<input type="checkbox"/>				
6- Hago cosas que en otro momento las habría considerado imprudencias, como por ejemplo tener relaciones sexuales promiscuas, mentir, beber, dejarme llevar por la ira o cometer pequeños delitos	<input type="checkbox"/>				
7- La gente me dice que tengo dificultad en ver defectos en aquellos a quienes admiro	<input type="checkbox"/>				
8- Siento que no consigo lo que quiero	<input type="checkbox"/>				
9- La gente me dice que actúo de forma contradictoria	<input type="checkbox"/>				
10- Pienso que la gente es, básicamente, buena o mala; hay pocos que estén entremedias	<input type="checkbox"/>				
11- La gente tiende a utilizarme si no estoy alerta	<input type="checkbox"/>				
12- Actúo de una forma que a los demás les parece imprevisible y errática	<input type="checkbox"/>				
13- Tengo gente especial a quien no sólo admiro, sino que casi idealizo	<input type="checkbox"/>				
14- Me encuentro haciendo cosas que no me parecen mal mientras las hago, pero que más tarde me cuesta creer que las hice	<input type="checkbox"/>				
15- La gente me corresponde agobiándome con su amor o abandonándome	<input type="checkbox"/>				
16- Tiendo a sentir las cosas de forma extrema, sintiendo una gran alegría o una intensa desesperación	<input type="checkbox"/>				
17- Me siento como un fraude o un impostor, como si otros me viesen diferente de cómo soy realmente	<input type="checkbox"/>				
18- Creo que soy diferente en casa de cómo soy en el trabajo o en la escuela	<input type="checkbox"/>				
19- Siento que mis gustos y opiniones no son realmente míos, sino que los he tomado prestados de otros	<input type="checkbox"/>				
20- Algunos de mis amigos se sorprenderían si supieran lo distinto que soy en distintas situaciones	<input type="checkbox"/>				
21- A veces soy cálido y generoso, y otras frío e indiferente	<input type="checkbox"/>				
22- La gente me dice que les provocho o confundo para conseguir hacer lo que quiero	<input type="checkbox"/>				
23- No puedo explicar los cambios de mi conducta	<input type="checkbox"/>				
24- Hago cosas impulsivamente que creo que son socialmente inaceptables	<input type="checkbox"/>				

	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
25- Me relaciono con gente que no me gusta porque me resulta muy difícil negarme a ello	<input type="checkbox"/>				
26- Mi vida, si fuese un libro, se parecería más a una serie de historias cortas escritas por distintos autores que a una novela larga	<input type="checkbox"/>				
27- Me intereso por aficiones y actividades y luego las dejo	<input type="checkbox"/>				
28- Cuando otros me ven triunfante me siento eufórico, y cuando me ven fracasado me siento hundido	<input type="checkbox"/>				
29- Tengo miedo de que personas que son importantes para mí de repente cambien sus sentimientos hacia mí	<input type="checkbox"/>				
30- Me es difícil estar seguro de lo que la gente piensa de mí, incluso de gente que me conoce muy bien	<input type="checkbox"/>				
31- No soporto estar solo	<input type="checkbox"/>				
32- Me veo distinto en distintos momentos	<input type="checkbox"/>				
33- Cuando tengo una relación íntima, me da miedo dejar de ser yo mismo	<input type="checkbox"/>				
34- Mis objetivos en la vida cambian frecuentemente de año en año	<input type="checkbox"/>				
35- Mis objetivos cambian continuamente	<input type="checkbox"/>				
36- Después de haber tratado a fondo a una persona, me sorprende descubrir cómo es de verdad	<input type="checkbox"/>				
37- Incluso la gente que me conoce bien no puede imaginarse cómo me voy a comportar	<input type="checkbox"/>				
38- Cuando todo a mi alrededor está desordenado y confuso, también me siento así por dentro	<input type="checkbox"/>				
39- No estoy seguro si una voz que he oído, o algo que he visto, es mi imaginación o no	<input type="checkbox"/>				
40- Cuando estoy nervioso o confuso, parece como si las cosas en el mundo exterior tampoco tuvieran sentido	<input type="checkbox"/>				
41- Me siento casi como si fuese otra persona, como un amigo o pariente, o incluso alguien que no conozco	<input type="checkbox"/>				
42- Veo cosas que, cuando me fijo bien, resultan ser algo distinto	<input type="checkbox"/>				
43- Cuando no me siento bien, no puedo decir si es algo emocional o físico	<input type="checkbox"/>				
44- Puedo ver u oír cosas que nadie más puede	<input type="checkbox"/>				
45- Oigo cosas que la gente dice que no son realidad	<input type="checkbox"/>				
46- He oído o visto cosas sin que haya un motivo para ello	<input type="checkbox"/>				
47- Noto que hago cosas que molestan a la gente pero no sé por qué les molestan	<input type="checkbox"/>				
48- No puedo distinguir si determinadas sensaciones físicas que tengo son reales o las estoy imaginando	<input type="checkbox"/>				
49- Tengo la sensación de que los deseos o los pensamientos que tengo van a hacerse realidad como por arte de magia	<input type="checkbox"/>				
50- La gente me ve como grosero o desconsiderado, y no sé por qué	<input type="checkbox"/>				
51- Entiendo o conozco cosas que nadie más es capaz de entender o de saber	<input type="checkbox"/>				
52- Sé que hay ciertas cosas de la vida que no puedo decir porque me tomarían por loco	<input type="checkbox"/>				
53- He visto cosas que no existían en la realidad	<input type="checkbox"/>				
54- Creo que he hecho algo o he estado en algún sitio antes, cuando en realidad no es así	<input type="checkbox"/>				
55- No puedo saber si sólo quiero que algo sea cierto o si ese algo es realmente cierto	<input type="checkbox"/>				
56- Creo que las cosas sucederán sólo con pensarlas	<input type="checkbox"/>				
57- De alguna manera, nunca sé muy bien cómo comportarme con la gente	<input type="checkbox"/>				

7. CUESTIONARIO DE AFECTO POSITIVO Y AFECTO NEGATIVO (PANAS)

Modificado de la versión española de Sandín y col. (1999b) de la Positive and Negative Affect Schedule, original de Watson et al. (1988).

Nº PACIENTE _____

A continuación se indican una serie de palabras que describen diversos sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y responda según USTED SUELE SENTIRSE HABITUALMENTE, marcando el número que corresponda, de acuerdo a la siguiente escala:

1	2	3	4	5
nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo

1. Tenso o estresado	1	2	3	4	5
2. Con interés	1	2	3	4	5
3. Animado, emocionado	1	2	3	4	5
4. Disgustado o molesto	1	2	3	4	5
5. Enérgico, con vitalidad	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado	1	2	3	4	5
8. Enojado, enfadado	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado	1	2	3	4	5
10. Orgulloso (de algo), satisfecho.	1	2	3	4	5
11. Irritable o malhumorado	1	2	3	4	5
12. Dispuesto, despejado	1	2	3	4	5
13. Avergonzado	1	2	3	4	5
14. Inspirado	1	2	3	4	5
15. Nervioso	1	2	3	4	5
16. Decidido o atrevido	1	2	3	4	5
17. Atento	1	2	3	4	5
18. Intranquilo	1	2	3	4	5
19. Activo	1	2	3	4	5
20. Temeroso, con miedo	1	2	3	4	5

8. CUESTIONARIO DE AGRESIÓN (AQ)

Modificado de la versión en castellano de Castrillón y col. (2004) del Aggression Questionnaire, original de Buss & Perry (1992)

Nº PACIENTE _____

A continuación encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Lea atentamente cada una de ellas y decida en qué grado pueden aplicarse a usted mismo, rodeando con un círculo la alternativa (1, 2, 3, 4 ó 5) que mejor describa su forma de ser siguiendo esta escala:

1 completamente falso	2 bastante falso	3 ni verdadero ni falso	4 bastante verdadero	5 completamente verdadero
-----------------------------	------------------------	-------------------------------	----------------------------	---------------------------------

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	1	2	3	4	5
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	1	2	3	4	5
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	1	2	3	4	5
4. A veces soy bastante envidioso	1	2	3	4	5
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	1	2	3	4	5
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación	1	2	3	4	5
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	1	2	3	4	5
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también	1	2	3	4	5
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	1	2	3	4	5
11. Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar	1	2	3	4	5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	1	2	3	4	5
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	1	2	3	4	5
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	1	2	3	4	5
15. Soy una persona apacible	1	2	3	4	5
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	1	2	3	4	5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	1	2	3	4	5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	1	2	3	4	5
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	1	2	3	4	5
20. Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	1	2	3	4	5
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	1	2	3	4	5
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	1	2	3	4	5
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	1	2	3	4	5
24. No encuentro ninguna buena razón para pegarle a una persona	1	2	3	4	5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	1	2	3	4	5
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	1	2	3	4	5
27. He amenazado a gente que conozco	1	2	3	4	5
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	1	2	3	4	5
29. He llegado a estar tan furioso que he roto cosas	1	2	3	4	5