

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



"ADAPTACION Y VALIDACION MEXICANA DEL  
INSTRUMENTO DE TAMIZAJE DE MCLEAN PARA EL  
TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD"

Por

DRA. SOFIA PEREZ BANUET FARELL

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

FEBRERO 2017

“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN MEXICANA DEL INSTRUMENTO DE TAMIZAJE  
DE MCLEAN PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”

Aprobación de la tesis:



---

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA  
Director de Tesis



---

DR. CARLOS AUGUSTO LÓPEZ ACEVO  
Co-director de Tesis



---

DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS  
Coordinador de Investigación



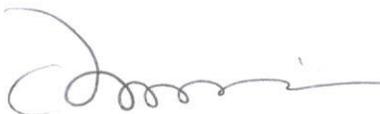
---

DR. STEFAN M. FERNÁNDEZ ZAMBRANO  
Jefe de Departamento



---

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA  
Coordinador de Enseñanza



---

DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ  
Subdirector de estudios de posgrado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE MEDICINA



“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN MEXICANA DEL  
INSTRUMENTO DE TAMIZAJE DE MCLEAN  
PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD”

Por

DRA. SOFÍA PÉREZ BANUET FARELL  
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Febrero, 2017

“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN MEXICANA DEL INSTRUMENTO DE TAMIZAJE  
DE MCLEAN PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”

Aprobación de la tesis:

---

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA  
Director de Tesis

---

DR. CARLOS AUGUSTO LÓPEZ ACEVO  
Co-director de Tesis

---

DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS  
Coordinador de Investigación

---

DR. STEFAN M. FERNÁNDEZ ZAMBRANO  
Jefe de Departamento

---

DR. ALFREDO B. CUÉLLAR BARBOZA  
Coordinador de Enseñanza

---

DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ  
Subdirector de estudios de posgrado

## DEDICATORIA

De manera especial a mi esposo Luis, por ser mi hogar y darme amor todos los días.

A mis padres, a mis hermanos de sangre y a mis hermanos de vida, por estar siempre y enseñarme a ser una mejor Sofía.

A la levedad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco, sinceramente, al Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza, por su dedicación y enseñanza como mi tutor y profesor desde el inicio de mi residencia. También, le doy gracias profundas al Dr. Carlos A. López Acevo, mi co-director de tesis, por todo su apoyo, destreza y guía en este proceso de investigación, sin él, no hubiera sido posible.

A todos mis maestros que estuvieron involucrados en mi entrenamiento como especialista estos cuatro años; gracias por su aliento, tiempo y orientación.

Especialmente, le doy las gracias a mi maestro el Dr. Stefan M. Fernández Zambrano, de quien más he aprendido en estos cuatro años.

Gracias a todos mis pacientes.

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
Capítulo I	
RESUMEN.....	1
Introducción y Objetivos	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
Capítulo II	
INTRODUCCIÓN.....	5
Definición	
Prevalencia	
Impacto en la población	
Clasificación	
Subdiagnóstico	
Antecedentes y relevancia de la escala	
Capítulo III	
HIPÓTESIS.....	15
H1	
H0	
Capítulo IV	
OBJETIVOS.....	16
Objetivo general	

Objetivos específicos

Objetivo secundario

## Capítulo V

MATERIAL Y MÉTODOS..... 17

Diseño Metodológico

Población muestra

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Criterios de eliminación

Procedimiento de traducción y adaptación

Descripción de escalas

SCID II

Escala de tamizaje de Mclean para TLP

Consideraciones estadísticas

Cálculo del tamaño de la muestra

Consideraciones éticas

Riesgo

Reglas para abandono del estudio o eliminación

Sujeto

Cuestionarios con preguntas sobre autolesiones  
o ideas de autoagresión

## Capítulo VI

RESULTADOS..... 25

Características de la muestra

Características clínicas	
Análisis estadístico	
Consistencia Interna	
Análisis factorial exploratorio	
Coeficiente de correlación interclase	
Niveles de sensibilidad y especificidad	
Capítulo VII	
DISCUSIÓN.....	34
Capítulo VIII	
CONSLUSIONES.....	38
Capítulo IX	
ANEXOS.....	39
SCID-II	
Instrumento de tamizaje de Mclean para el	
trastorno límite de la personalidad	
Capítulo X	
BILBIOGRAFÍA.....	46
Capítulo XI	
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas de la muestra	26
2. Características clínicas de la muestra	27
3. KMO y Prueba de Bartlett	30
4. Estadísticos total elemento	30
5. Análisis de componentes principales	31
6. Punto de corte	32

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Procedimiento de traducción y adaptación	21
2. Gráfico de sedimentación	31
3. Curva COR	33

# **CAPÍTULO I**

## **RESUMEN**

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se cree que está presente en aproximadamente 1 a 2% de la población y es dos veces más común en mujeres que en hombres. Aproximadamente el 50% de todos los pacientes psiquiátricos tienen un trastorno de la personalidad (1, 2). La experiencia clínica indica que el TLP es a menudo subdiagnosticado en muchas áreas de tratamiento. El fracaso para identificar correctamente a los pacientes limítrofes puede conducir a que no reciban tratamiento, a recibir un tratamiento inadecuado y / o innecesario (1). Actualmente, no existe alguna escala de tamizaje para el trastorno límite de la personalidad adaptada y validada en población mexicana y de acuerdo a la literatura, se requiere de instrumentos que sean cercanos a las costumbres y a los términos del lenguaje, típicamente utilizados por la población de estudio. (3) En este trabajo se realizó la adaptación y validación del instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad en una muestra mexicana de pacientes con diagnóstico de TLP.

## **MÉTODO**

La captación de pacientes se realizó en el área de consulta externa y de internamiento en el área de comunidad del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario del 01/08/16 al 05/11/16 buscando pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TP) basándose en el DSM-IV VR. Se reunieron 40 pacientes, los cuales cumplieron en conformidad con los criterios de selección establecidos, posteriormente fueron pareados con 40 controles sanos sin diagnóstico de TLP. Primeramente, se realizó una prevalidación del instrumento de tamizaje de Mclean para el trastorno límite de la personalidad (MSI-BPD por sus siglas en inglés), luego la validación del instrumento (Consistencia interna con el KR-20, la fiabilidad intraobservador y la fiabilidad interobservador), posteriormente se aplicó a personas con diagnóstico de TLP, se analizaron los datos y se realizó el análisis estadístico.

## **RESULTADOS**

Características de la muestra. La muestra total fue de 40 pacientes (los cuales posteriormente se compararon con 40 controles que no cumplieron criterios para un trastorno límite de la personalidad según el SCID-II). De estos 40 pacientes, el rango de edad fue entre 18 y 38 años, con una media de 23.9 y una desviación estándar (DE) de 5.16. El 87.5% de la muestra fueron mujeres, y el 12.5%, hombres. En cuanto a religión, más de la mitad de los pacientes eran de religión católica (55%), La mitad de los pacientes tuvieron terminados los estudios de preparatoria. La mayoría de los pacientes, el 80.9%, no tenían ningún empleo. El 37.5% presentó un índice de masa corporal (IMC) entre 25 – 29.9, lo cual

representa un sobrepeso, casi un tercio de los pacientes (32.5) tuvieron un IMC normal (20-24.9%), el 15% de la muestra tuvo un IMC menor a 19.9, el 5% presentó obesidad grado I, tres pacientes tuvieron obesidad grado II y una sola paciente presentó obesidad grado III. Casi la mitad de la muestra, el 47.5%, reportó haber consumido sustancias en algún momento de su vida, mientras que el 62.5% dijo haber consumido alcohol en algún momento. El 45% de los pacientes reportaron haber sufrido abuso sexual en algún momento de la vida, de éstos, el 88.8% mencionaron que dicho acto fue cometido por un familiar. El 85% reportó haber realizado un intento de suicidio en algún momento, mientras que el 75% reportó realizarse o haberse realizado autolaceraciones. El 87.5% de los pacientes habían tenido algún internamiento previo. Análisis estadístico. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para evaluar la validez de constructo del MSI-BPD. También se estudió la consistencia interna de la escala mediante el coeficiente Kuder-Richardson (KR-20). La Fiabilidad test-retest se analizó en una submuestra de 30 Pacientes con Diagnóstico de TLP mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) entre las puntuaciones del MSI-BPD obtenidas en 2 administraciones consecutivas separadas por 2 semanas. Posteriormente, se establecieron los niveles de sensibilidad y especificidad para estudiar la concordancia diagnóstica entre el MSI-BPD y el SCID II (utilizado como escala gold standard para el diagnóstico del TLP) en la muestra clínica teniendo en cuenta diferentes puntos de corte y estableciendo el punto de corte óptimo para la versión mexicana del MSI-BPD.

## **CONCLUSIONES**

Esta traducción del instrumento, cuenta con una buena consistencia interna y se buscará en futuros estudios darle continuidad para aumentar el tamaño de la muestra y examinar sus propiedades psicométricas comparándola con otros trastornos de la personalidad.

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

En esta tesis presentaré mi trabajo de investigación como requisito parcial para el grado de especialista en Psiquiatría General. La he ordenado en 11 capítulos en los cuales explicaré el proceso de mi investigación, resultados obtenidos y las conclusiones a partir de los mismos. Los primeros 5 capítulos hablan del planteamiento de la tesis, desde una introducción al tema según la literatura mundial y nacional hasta el desarrollo del proyecto con hipótesis, objetivos generales y material y métodos. Posteriormente en los capítulos 6, 7 y 8 expongo los resultados obtenidos con ayuda visual principalmente de tablas y figuras. Termino el trabajo con los 2 últimos capítulos en donde enlisto la bibliografía y hago un resumen autobiográfico.

#### **Definición**

La 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5, por sus siglas en inglés) define un trastorno de la personalidad en general como un patrón persistente de conducta y experiencias internas que se desvía, significativamente, de las normas culturales del individuo; es rígidamente generalizada, tiene un inicio en la adolescencia o la adultez temprana, es estable a través del tiempo, conduce a la infelicidad y el deterioro social, y se manifiesta en al menos dos de las siguientes cuatro áreas: la cognición, la afectividad, la función

interpersonal, o el control de los impulsos. Cuando los rasgos de personalidad son rígidos y desadaptativos y producen un deterioro funcional o malestar subjetivo pudiera diagnosticarse un trastorno de la personalidad. (2)

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por graves trastornos funcionales, un alto riesgo de suicidio, un efecto negativo en el curso de los trastornos depresivos, el uso extensivo de tratamientos y altos costos para la sociedad. El curso de éste es menos estable de lo esperado para los trastornos de la personalidad. Las causas aún no están claras, pero los factores genéticos y los eventos adversos de la vida parecen interactuar para conducir al trastorno. La investigación neurobiológica sugiere que las anomalías en las redes frontolímbicas están asociadas con muchos de los síntomas. Los datos de la eficacia de la farmacoterapia varían y la evidencia aún no es robusta. Diferentes formas específicas de psicoterapia parecen ser beneficiosas para al menos algunos de los problemas frecuentemente reportados en pacientes con trastorno límite de la personalidad. En la actualidad, no hay evidencia que sugiera que una forma específica de psicoterapia sea más eficaz que otra. Se necesitan más investigaciones sobre el diagnóstico, la neurobiología y el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (13)

El trastorno límite de la personalidad y el esquizotípico se asocian con un uso extensivo de recursos de salud mental, y otros trastornos de personalidad menos severos pueden no ser abordados lo suficiente en la planificación del tratamiento.

Es posible que los pacientes con trastornos de la personalidad no estén recibiendo tratamientos de salud mental adecuados y apropiados (14).

### **Prevalencia**

No hay estudios de prevalencia definitivos disponibles, pero el trastorno límite de la personalidad se cree que está presente en aproximadamente 1 a 2% de la población y es dos veces más común en mujeres que en hombres. Un aumento de la prevalencia del trastorno depresivo mayor, los trastornos por uso de alcohol y abuso de sustancias pueden ser encontrados en familiares de primer grado de personas con trastorno límite de la personalidad. Aproximadamente el 50% de todos los pacientes psiquiátricos tienen un trastorno de la personalidad, que es frecuentemente comórbido con otros síndromes clínicos. Los trastornos de la personalidad son también un factor predisponente para otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, consumo de sustancias, suicidio, trastornos afectivos, trastornos del control de impulsos, trastornos de la alimentación y trastornos de ansiedad) (2, 8)

### **Impacto en la población**

La psiquiatría se distingue, fundamentalmente, de las otras ramas de la medicina por la comprensión de la personalidad y sus trastornos. Una persona es un ser humano consciente de sí mismo, como dijo C. Robert Cloninger, no "una máquina, casi objeto, que carece de conciencia de sí mismo." La personalidad se refiere a todas las características que se adaptan, de forma única, a los ambientes, siempre cambiantes, tanto internos como externos. Los trastornos de la personalidad son

comunes y crónicos. Se producen en el 10 al 20% de la población general, y su duración se expresa en décadas. Aproximadamente el 50% de todos los pacientes psiquiátricos tienen un trastorno de la personalidad, que es frecuentemente comórbido con otros síndromes clínicos. Los trastornos de la personalidad son también un factor predisponente para otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, consumo de sustancias, suicidio, trastornos afectivos, trastornos del control de impulsos, trastornos de la alimentación y trastornos de ansiedad) en donde interfiere con los resultados del tratamiento de muchos síndromes clínicos y aumenta la incapacitación personal, la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes. Las personas con trastornos de la personalidad son mucho más propensas a rechazar la ayuda psiquiátrica y negar sus problemas que las personas con trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, o el trastorno obsesivo-compulsivo. En general, los síntomas de un trastorno de la personalidad son egosintónicos (es decir, aceptable para el ego, en oposición al ego distónico) y aloplásticos (es decir, adaptación tratando de alterar el ambiente externo en lugar de a sí mismos). Las personas con trastornos de la personalidad no sienten ansiedad debido a su comportamiento inadaptado. Al no reconocer de forma rutinaria el dolor de lo que otros perciben como sus síntomas, a menudo parecen desinteresados en el tratamiento e impermeables a la recuperación. (2)

### **Clasificación**

El DSM-5 clasifica a los subtipos de los trastornos de la personalidad en: esquizotípico, esquizoide y paranoide (Grupo A); narcisista, límite, antisocial e histriónico (Grupo B); y obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo (Grupo C).

Los tres grupos se basan en similitudes descriptivas. El grupo A incluye tres trastornos de la personalidad con características extrañas y hurañas (paranoide, esquizoide y esquizotípico). La categoría B incluye cuatro trastornos de la personalidad con características dramáticas, impulsivas y erráticas (límitrofe, antisocial, narcisista e histriónico). El grupo C incluye tres trastornos de la personalidad con rasgos ansiosos y temerosos (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo). Las personas con frecuencia exhiben rasgos que no se limitan a un solo trastorno de la personalidad. Cuando un paciente cumple con los criterios para más de un trastorno de la personalidad, los médicos deben diagnosticar cada uno.

De los trastornos de la personalidad previamente mencionados, en este trabajo nos enfocaremos en el trastorno límite de la personalidad. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad están en la frontera entre la neurosis y la psicosis, y se caracterizan por un afecto, estado de ánimo, comportamiento, relaciones de objeto e imagen propia, extraordinariamente inestables. El trastorno ha sido también llamado esquizofrenia ambulatoria, personalidad *como si* (un término acuñado por Helene Deutsch), esquizofrenia pseudoneurótica (descrito por Paul Hoch y Phillip Politan), y el trastorno psicótico del carácter (descrito por John Frosch). La 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE- 10) utiliza el término trastorno de la personalidad emocionalmente inestable.(2)

## **Subdiagnóstico**

La evidencia epidemiológica sugiere que alrededor del 2 % de la población adulta estadounidense cumple con los criterios del DSM para el trastorno límite de la personalidad (TLP ; Swartz , Americana, George, y Winfield, 1990). Sin embargo, la experiencia clínica indica que el TLP es a menudo subdiagnosticado en muchas áreas de tratamiento. Como el diagnóstico preciso es el punto de partida de cualquier tratamiento exitoso, el fracaso para identificar correctamente a los pacientes limítrofes puede conducir a que no reciban tratamiento, a recibir un tratamiento inadecuado y / o innecesario. (1)

Las personas con trastornos de la personalidad son mucho más propensas a rechazar la ayuda psiquiátrica y negar sus problemas que las personas con trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, o el trastorno obsesivo-compulsivo. En general, los síntomas de un trastorno de la personalidad son egosintónicos y aloplásticos (es decir, adaptación tratando de alterar el ambiente externo en lugar de a sí mismos). A menudo parecen desinteresados en el tratamiento e impermeables a la recuperación. (2)

## **Antecedentes y relevancia de la escala**

El establecer la frecuencia de un evento relacionado con la salud, o determinar los factores que con él se asocian, implica una adecuada selección de los seres humanos que serán objeto del estudio y una cuidadosa medición de

características que denominamos variables (6). Los aciertos o errores en el proceso de medición de estas variables afectan la validez de los datos: esto quiere decir que se puede perder la correspondencia entre el resultado de la medición y la realidad del fenómeno que se está estudiando. Por lo tanto, medición y validez son dos elementos inseparables en toda investigación científica. (5)

Existen ocasiones, en donde, la condición que se desea medir no se puede delimitar de manera precisa, o no puede establecerse para ella una medida simple: este caso es frecuente cuando el fenómeno de interés es muy complejo y presenta características en diferentes niveles, tal y como ocurre usualmente en fenómenos psicológicos o sociales, donde muchos de los diagnósticos o definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías más bien inespecíficas. (5)

Un ejemplo es el síndrome depresivo: asumiendo que este realmente existe, debemos reconocer que no es posible desarrollar un instrumento que lo mida con precisión ya que el síndrome mismo está imprecisamente definido. Esto equivale a decir que no existe un verdadero patrón de oro para su determinación, y que más bien éste podría ser construido en función de la elaboración conceptual que haga, para cada condición en particular, un grupo de expertos en un marco cultural específico. (5)

Sabemos que no en todos los pacientes deprimidos hay tristeza pues en algunos hay anhedonia (incapacidad para experimentar placer), que algunos pacientes

presentan anorexia mientras que otros tienen hiperfagia, que no todos los pacientes tienen ideas de culpa, o que algunos pacientes están motoramente inhibidos mientras que otros están agitados, por citar solo algunas características del trastorno. Esto implica que la realidad que estamos tratando de evaluar no puede ser medida ni observada directamente. Para efectuar la medición en estos casos se recurre a una estrategia que es agrupar las características de la entidad en categorías un poco más gruesas, que siempre están presentes. (5)

Lo que se hace entonces es el desarrollo de una estructura de Dominios y Factores. El siguiente paso en la construcción de escalas es medir cada uno de los Dominios o Factores, lo cual habitualmente se hace mediante preguntas o aspectos de exploración específicos (ítem) cuya respuesta o resultado puede darse en un escalamiento categórico o continuo. La resultante colección de ítem que miden Factores, que a su vez constituyen un síndrome que no es directamente mensurable, es lo que se denomina una escala (7).

Si los ítems que conforman la escala, tienen unos adecuados niveles de correlación entre ellos, conforman una estructura “aglutinada” que le confiere cierta estabilidad al instrumento. Las correlaciones entre ítem con ítem, entre ítem y factor y entre ítem y escala son una especie de pegante que le confiere al instrumento lo que se denomina consistencia Interna u homogeneidad. La medición de esta consistencia se realiza mediante diferentes procedimientos pero los más usados son el coeficiente KR-20 (fórmula 20 de Kuder–Richardson) y especialmente el alfa de Cronbach. El primero de estos instrumentos se usa

cuando los ítems son de respuesta dicotómica. El alfa de Cronbach permite evaluar homogeneidad en escalas cuyos ítems pueden responderse en más de dos alternativas. (5)

Al evaluar los resultados de estos coeficientes debe tenerse en cuenta que sus valores se afectan por el número de ítem en la escala; según esto, al aumentar el número de ítem del instrumento el valor del coeficiente alfa se incrementa artificialmente. Los valores que se recomiendan para estos índices son entre 0.7 y 0.9 (70% a 90%). Valores bajos sugieren que la escala es poco homogénea, que puede estar evaluando diferentes fenómenos y que no muestra consistencia ante diferentes condiciones de aplicación; valores mayores de 0.9 sugieren una estructura demasiado homogénea, en la cual probablemente existan ítem redundantes. Los diferentes programas estadísticos existentes, como SPSS®, SAS®, NCSS® y STATA®, por citar algunos, efectúan el cálculo de estos coeficientes. (5)

Se debe medir si la escala, cuando se aplica en diferentes momentos, permaneciendo estable la condición que se mide, mantiene un resultado similar en la medición. Si en el mismo momento, ante el mismo paciente, la escala es aplicada por diferentes observadores, los resultados de la medición deberían ser similares. Esto es lo que se mide con la Confiabilidad interevaluador. (5)

La experiencia y la literatura nos indica que el trastorno límite de la personalidad es, frecuentemente, subdiagnosticado. Sin embargo, como dice la Dra. Zanarini: el

diagnóstico preciso es el punto de partida de cualquier tratamiento exitoso, el fracaso para identificar correctamente a los pacientes limítrofes puede conducir a que no reciban tratamiento, a recibir un tratamiento inadecuado y / o innecesario. (1).

Actualmente, no existe alguna escala de tamizaje para el trastorno límite de la personalidad adaptada y validada en población mexicana y de acuerdo a la literatura, se requiere de instrumentos que sean cercanos a las costumbres y a los términos del lenguaje, típicamente utilizados por la población de estudio.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS**

#### **H1**

El Instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad es una escala válida para el cribaje del trastorno límite de la personalidad y muestra una consistencia interna en un rango confiable.

#### **H0**

El Instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad no es una escala válida para el cribaje del trastorno límite de la personalidad y no muestra una consistencia interna en un rango confiable.

## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

1. Adaptación y validación del instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad en una muestra mexicana de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

#### **Objetivos específicos**

1. Obtener alpha de Cronbach (consistencia interna) global del instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad.
2. Análisis factorial por componentes principales.

#### **Objetivo Secundario**

1. Obtener datos sociodemográficos sobre pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en nuestra población.

## **CAPÍTULO V**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Diseño metodológico**

Se trata de un estudio mixto cuali-cuantitativo, correlacional, no experimental, no ciego y transversal para la adaptación y validación del instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad.

La captación de pacientes se realizará en el área de consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario buscando pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad basándose en el DSM-IV VR.

#### **Población de pacientes**

Cantidad: 40 pacientes y 40 controles sanos

#### **Criterios de inclusión**

1. Mujeres y Hombres mayores de 18 años
2. Que cumplan criterios para trastorno límite de la personalidad según el DSM-IV y 5, aplicándoseles el SCID II (Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV).

3. Aceptar participar voluntariamente y lo señalen a través de la firma de un consentimiento informado.
4. Pacientes que sean atendidos en el Departamento de Psiquiatría del 01/06/16 al 05/11/16

### **Criterios de exclusión**

1. Incapacidad o dificultad para hablar en español.
2. Incapacidad de comprender o no deseo de completar el formulario de consentimiento informado.
3. Alguna vez haber tenido criterios para esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, o trastorno bipolar tipo 1
4. Tener criterios para un trastorno por uso de sustancias (aparte de dependencia a nicotina o a cafeína) en el último mes.
5. Riesgo activo con ideación suicida
6. Paciente clínicamente descompensado y que no se encuentre en condiciones de proveer un consentimiento informado.
7. Trastorno depresivo grave

### **Criterios de eliminación**

1. No terminar la evaluación
2. Expediente incompleto
3. Inicio de ideación suicida
4. Cambio en diagnóstico

## Procedimiento de traducción y adaptación

### 1. Prevalidación o Estandarización

- a. Se realizó una traducción preliminar por parte de los investigadores.
- b. Backtranslation por uno de los investigadores ajeno a la versión original en inglés.
- c. Proceso en donde se aplicará el instrumento a un grupo de personas similares a la muestra.

### 2. Validación

- a. La captación de pacientes se realizó en el Departamento de Psiquiatría buscando pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad realizado por residentes de psiquiatría en formación, supervisados por un maestro experimentado.
- b. El posible participante se reunió con algún miembro del equipo del estudio (investigador principal, co-investigador, coordinador del estudio) para discutir los detalles del estudio y responder cualquier pregunta del posible participante.
- c. Cuando un posible candidato estuvo de acuerdo en participar en el estudio, firmó entonces el formulario de consentimiento aprobado por el comité de ética.
- d. Una vez firmado el consentimiento informado, al participante se le realizó la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV, SCID II por algún miembro del

- equipo del estudio (investigador principal, co-investigadores) a fin de confirmar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.
- e. Una vez completada la entrevista SCID II se aplicó el instrumento de tamizaje para el trastorno límite de la personalidad.
  - f. Consistencia Interna u homogeneidad: Las correlaciones entre ítem con ítem, entre ítem y factor y entre ítem y escala son una especie de pegante que le confiere al instrumento lo que se denomina consistencia interna. La medición de esta consistencia se realiza mediante diferentes procedimientos pero los más usados son el coeficiente KR-20 (fórmula 20 de Kuder–Richardson) y especialmente el alfa de Cronbach.
  - g. Fiabilidad intra observador
  - h. Fiabilidad inter observador: Se debe medir si la escala, cuando se aplica en diferentes momentos, permaneciendo estable la condición que se mide, mantiene un resultado similar en la medición.
3. Aplicación de la escala a personas sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad para obtener especificidad y sensibilidad.
  4. Los datos recabados fueron analizados usando programas estadísticos como el SPSS y el PRISM 5.

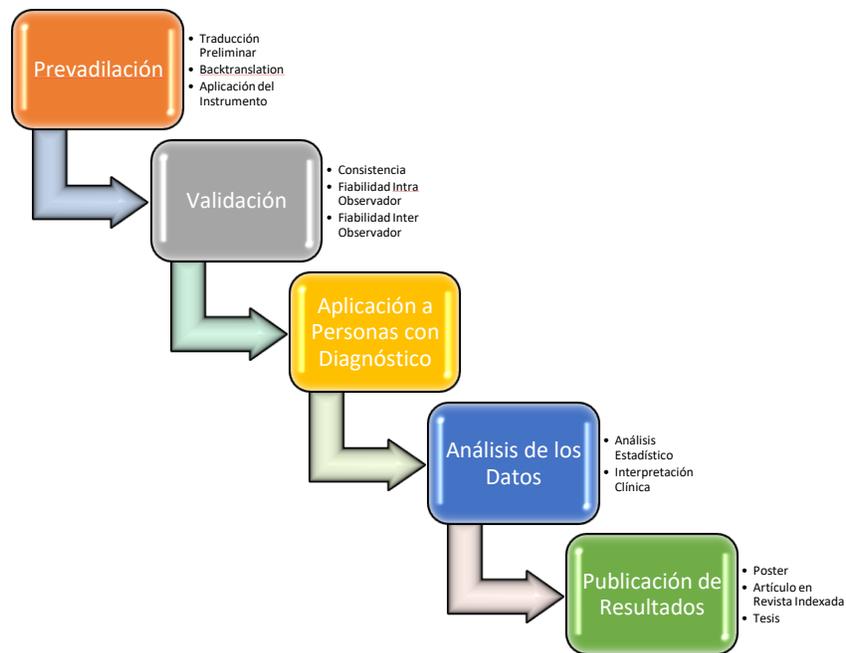


Figura 1

## Descripción de escalas

### SCID-II

La Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes. La SCID-II puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados "3". Las entrevistas estructuradas se han desarrollado para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación, y para aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y

la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos. Uno de los objetivos en la elaboración de la SCID fue el producir un instrumento eficiente y de fácil manejo, de tal forma que las ventajas de la entrevista estructurada pudieran ser aplicadas en el ámbito clínico. La SCID puede ser utilizada para asegurar un diagnóstico más fiable y preciso en centros de asistencia primaria en salud mental y puede ser muy útil dada la existencia de casos complejos que existen en dichos centros. (3)

#### Instrumento de tamizaje de Mclean para el trastorno límite de la personalidad

La doctora Zanarini, experta en trastornos de la personalidad, es la autora de esta escala. Ella fue una de las iniciadoras del estudio del trastorno límite de la personalidad en los setentas, y en una gran parte, gracias a sus investigaciones, se ha cambiado la manera de ver el este trastorno de un trastorno crónico a una enfermedad mental seria con un pronóstico sintomatológico no tan sombrío.

Actualmente, hay 5 entrevistas semiestructuradas disponibles para los trastornos de la personalidad según el DSM-IV (Zimmerman, 1994). También existe un autorreporte para la evaluación de los trastornos de la personalidad el cual es confiable (PDQ; Hyler, Skodol, Kellman, Oldham, & Rosnick, 1990). Sin embargo, tiene una sensibilidad alta (.98) pero una muy baja especificidad (.41) para el trastorno límite de la personalidad y ha sido el único instrumento accesible para el tamizaje de la presencia de un trastorno límite de la personalidad. Así pues, tiene una tasa de falsos positivos extremadamente alta, identificando de

manera errónea a casi el 60% de los pacientes que no tienen este trastorno. Es por esto que la Dra. Zanarini y su equipo, crearon esta escala.

Es un instrumento de Cribado para la presencia de TLP del DSM-IV, consta de 10 ítems, de verdadero o falso, auto aplicable. Su punto de corte de  $\geq 7$  puntos marcados como “verdadero” o “sí”. Tiene una sensibilidad .81, y una especificidad .85. En menores de 25 años la sensibilidad es de .9 y especificidad de .93, todo esto en poblaciones norteamericanas. (1)

### **Consideraciones estadísticas**

Se utilizan datos del INEGI para determinar el tamaño de la población el cual es de 5,119,504 al 2015 en el estado de Nuevo León. Se utilizará un margen de error del 5% y un Intervalo de Confianza del 95% con una proporción del 2% ya que es la prevalencia estimada de esta enfermedad.

### **Cálculo del tamaño de muestra**

El tamaño de la muestra mínima necesaria:

$$n = 37$$

Se reunieron 40 pacientes, los cuales cumplieron en conformidad con los criterios de selección establecidos, a una confiabilidad del 95%, una probabilidad máxima estimada del 50% y un error máximo aceptado del 10%, se determinó mediante la fórmula de tamaños muestrales para proporciones en población finita una muestra estadísticamente significativa de 37 pacientes.

$$n = NZ^2pq/d^2(N-1)+Z^2pq$$

## **Consideraciones éticas**

### Riesgos

No se considera ningún riesgo para el participante del protocolo, ya que sólo se aplicarán cuestionarios por parte del personal médico capacitado, sin ninguna intervención de riesgo. Sin embargo, algunas de las preguntas que se formularán durante las entrevistas del estudio o en los cuestionarios podrían incomodar a algunos sujetos. Los sujetos tienen el derecho de optar por no responder ninguna pregunta que les haga sentir incómodos.

### Reglas para abandono de estudio o eliminación de sujeto

Un paciente puede retirar su autorización en cualquier momento.

### Cuestionarios con preguntas sobre autolesiones o ideas de autoagresión

Se revisarán todos los cuestionarios que contengan preguntas relacionadas con ideas de autoagresión y/o con el hecho de autolesionarse o lesionar a otras personas.

Si un sujeto tendiese al suicidio o respondiera afirmativamente a las preguntas sobre autolesionarse o lesionar a los demás, el investigador principal u otro psiquiatra participante en el estudio evaluará qué tratamiento clínico sería recomendable.

En ningún momento se establecerá contacto con los parientes del sujeto, y eso se debe a la naturaleza confidencial de los resultados de la investigación.

## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**

#### **Características de la muestra**

##### Análisis de 40 pacientes

La muestra total fue de 40 pacientes (los cuales posteriormente se compararon con 40 controles que no cumplieron criterios para un trastorno límite de la personalidad según el SCID-II). De estos 40 pacientes, el rango de edad fue entre 18 y 38 años, con una media de 23.9 y una desviación estándar (DE) de 5.16. El 87.5% de la muestra fueron mujeres, y el 12.5%, hombres. En cuanto a religión, más de la mitad de los pacientes eran de religión católica (55%), siguiéndole el ateísmo con 27.5, el protestantismo con 10% y los agnósticos con 7.5%. La mitad de los pacientes tuvieron terminados los estudios de preparatoria, mientras que un poco menos de un cuarto de los pacientes terminaron sólo la secundaria y un poco más del 25% terminaron estudios de licenciatura. La mayoría de los pacientes, el 80.9%, no tenían ningún empleo.

<b>Estado Civil</b>	
Soltera	85%
Divorciada	10%
Casada	5%
<b>Religión</b>	
Católica	55%
Protestante	10%
Atea	27.5%
Agnóstica	7.5%
<b>Escolaridad</b>	
Secundaria	22.5%
Preparatoria	50%
Licenciatura	27.5%
<b>Ocupación</b>	
Desempleada	80.9%

Tabla 1

### **Características clínicas**

Dentro de las características clínicas encontramos que en nuestra población el 37.5% presentó un índice de masa corporal (IMC) entre 25 –29.9, lo cual

representa un sobrepeso, casi un tercio de los pacientes (32.5) tuvieron un IMC normal (20-24.9%), el 15% de la muestra tuvo un IMC menor a 19.9, el 5% presentó obesidad grado I (IMC de 30-34.9), tres pacientes tuvieron obesidad grado II (IMC de 35-39.9) y una sola paciente presentó obesidad grado III, es decir, un IMC mayor a 40. Casi la mitad de la muestra, el 47.5%, reportó haber consumido sustancias en algún momento de su vida, mientras que el 62.5% dijo haber consumido alcohol en algún momento; el 30% dijo haber consumido ambas. El 45% de los pacientes reportaron haber sufrido abuso sexual en algún momento de la vida, de éstos, el 88.8% mencionaron que dicho acto fue cometido por un familiar. El 85% reportó haber realizado un intento de suicidio en algún momento, mientras que el 75% reportó realizarse o haberse realizado autolaceraciones. El 87.5% de los pacientes habían tenido algún internamiento previo.

<b>IMC</b>	
<= 19.9	15%
20-24.9	32.5%
25-29.9%	37.5%
30-34.9	5%
35-39.9	7.5%
>=40	2.5%
<b>Consumo de sustancias Positivo</b>	47.5%
<b>Consumo de alcohol Positivo</b>	62.5%
<b>Ambas</b>	30%

<b>Abuso sexual (Familiar)</b>	45% (88.8%)
<b>Intentos de suicidio Positivo</b>	85%
<b>Autolaceraciones Positivo</b>	75%
<b>Internamiento Positivo</b>	87.5%

Tabla 2

### **Análisis estadístico**

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Una vez calculados los estadísticos descriptivos de la muestra, se examinaron las propiedades psicométricas del instrumento de tamizaje de Mclean para el trastorno límite de la personalidad (MSI-BPD por sus siglas en inglés).

El análisis factorial exploratorio, AFE, se usa para tratar de descubrir la estructura interna de un número relativamente grande de variables. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para evaluar la validez de constructo del MSI-BPD. También se estudió la consistencia interna de la escala mediante el coeficiente Kuder-Richardson (KR-20).

La Fiabilidad test-retest se analizó en una submuestra de 30 Pacientes con Diagnóstico de TLP mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) entre las puntuaciones del MSI-BPD obtenidas en 2 administraciones consecutivas separadas por 2 semanas.

Posteriormente, se establecieron los niveles de sensibilidad y especificidad para estudiar la concordancia diagnóstica entre el MSI-BPD y el SCID II (utilizado como escala gold standard para el diagnóstico del trastorno) en la muestra clínica teniendo en cuenta diferentes puntos de corte y estableciendo el punto de corte óptimo para la versión mexicana del MSI-BPD. Una vez establecido dicho punto de corte, se realizó un análisis de regresión logística para analizar la precisión diagnóstica de la escala. El área bajo la curva COR fue interpretada según los rangos de precisión diagnóstica recomendados por Fischer et al.

#### Consistencia Interna de la escala: Kuder – Richardson (KR-20)

El análisis factorial exploratorio se realizó con la muestra y sus controles sanos (80 en total). Después de comprobar que cumplían las condiciones de aplicación (KMO = 0,821 y prueba de esfericidad de Bartlett significativa  $p < 0,001$ ) se procedió a la factorización de ejes principales de la escala con rotación . KR-20 = 0.808.

### KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.821
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	241.463
	gl	45
	Sig.	.000

Tabla 3

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	4.6588	6.704	.648	.486	.769
VAR00002	4.6941	6.739	.631	.415	.771
VAR00003	4.5412	7.299	.431	.326	.794
VAR00004	4.5176	7.110	.524	.409	.784
VAR00005	4.5765	7.176	.469	.291	.790
VAR00006	4.7647	7.515	.320	.280	.807
VAR00007	4.9412	7.651	.325	.257	.805
VAR00008	4.6941	6.548	.714	.593	.761
VAR00009	4.8000	7.067	.507	.461	.786
VAR00010	4.6118	7.669	.264	.164	.813

Tabla 4

Sólo el ítem 10 mejora su KR-20 si es removido, pero no significativamente.

## Análisis factorial exploratorio

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.794	37.936	37.936
2	1.318	13.182	51.117
3	1.182	11.821	62.939
4	.836	8.363	71.302
5	.637	6.370	77.672
6	.610	6.104	83.775
7	.502	5.024	88.799
8	.436	4.363	93.162
9	.382	3.818	96.979
10	.302	3.021	100.000

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Tabla 5

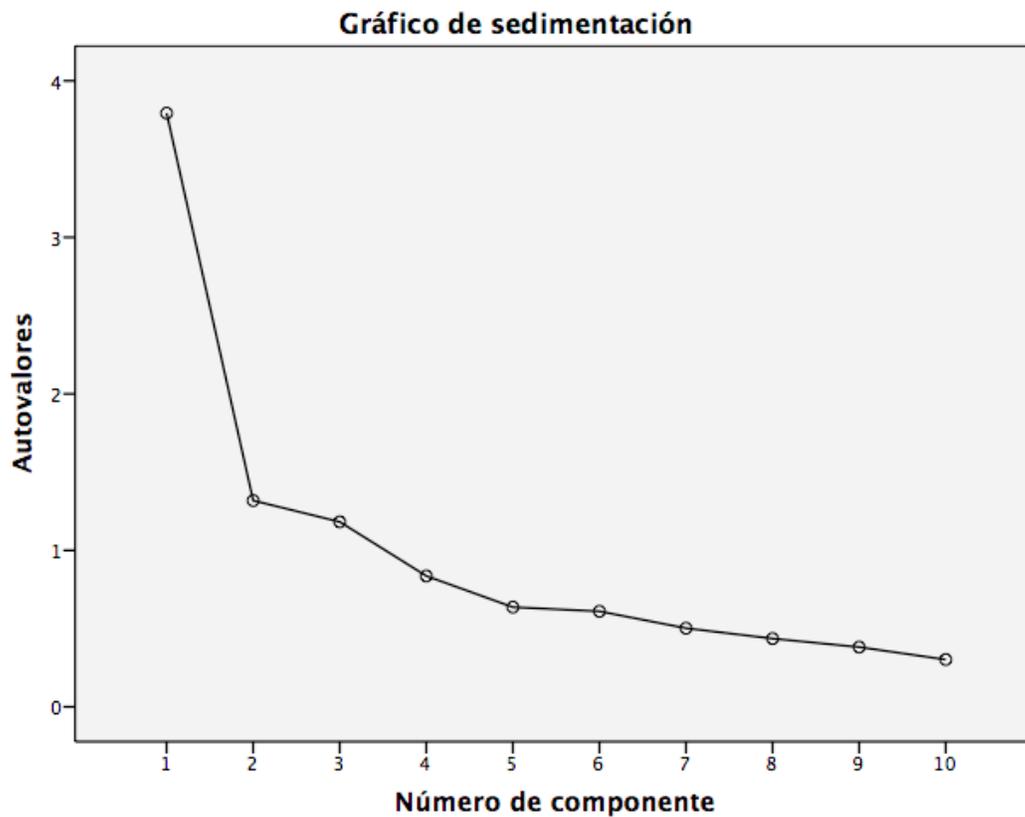


Figura 2

La solución indicó la existencia de 3 factores observados en el gráfico de sedimentación. El primer factor mostró una varianza del 37.9%, el segundo factor, del 13.1% y, 11.8%, el tercero. Todos los ítems presentaron comunalidades superiores al 50%. En la matriz de componentes rotados los ítems 7, 8 y 9 presentaron cargas elevadas en el primer factor y los ítems 4, 5 y 6, en el segundo.

#### Fiabilidad Test – Retest: Coeficiente de correlación interclase (CCI)

Se estudió la fiabilidad test-retest del MSI-BPD en una submuestra de 40 participantes. Se compararon las puntuaciones obtenidas en 2 administraciones separadas por 2 semanas mediante el CCI entre ambas puntuaciones totales. La fiabilidad test-retest (CCI = 0.969, IC 95% a 0.983 /  $p \leq 0.0001$ )

#### Niveles de sensibilidad y especificidad: Punto de corte

Utilizando la muestra completa se obtuvieron las siguientes especificidades y sensibilidades. Por medio de la prueba de ROC se puede observar como en la población estudiada el mejor punto de corte es 6 reactivos ya que mejora la sensibilidad aunque disminuye la especificidad. El área bajo la curva fue de 0.943

	CORTE 5	<b>CORTE 6</b>	CORTE 7
SENSIBILIDAD	80%	<b>88.9%</b>	93.3%
ESPECIFICIDAD	95%	<b>90%</b>	62.5%

Tabla 6

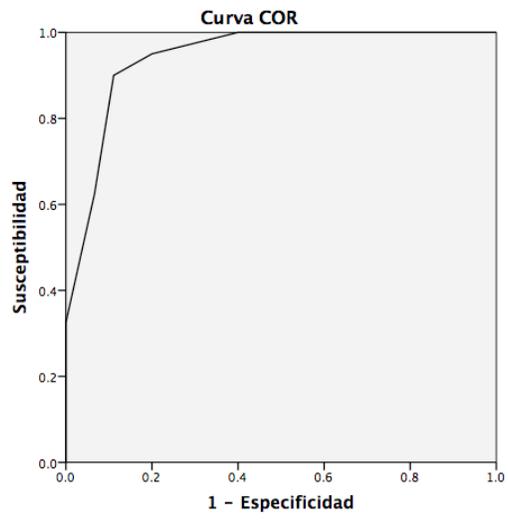


Figura 3

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN

En cuanto a las características de nuestra muestra, según la literatura, se estima que los trastornos de personalidad están presentes en más del 30% de los individuos que mueren por suicidio, en, aproximadamente, el 40% de los individuos que hacen intentos de suicidio y alrededor del 50% de los pacientes ambulatorios psiquiátricos que mueren por suicidio. En las poblaciones clínicas, la tasa de suicidio de los pacientes con trastorno límite de la personalidad se estima entre el 8% y el 10% (16, 17, 18), una tasa mucho mayor que en la población general. Sin embargo, dado que entre el 60% y el 70% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad realizan intentos de suicidio (20), los intentos de suicidio infructuosos son mucho más frecuentes que los suicidios terminados en pacientes con trastorno límite de la personalidad (19). Stanley y Brodsky (21) estimaron que hasta el 75% de los pacientes con trastorno de personalidad limítrofe realizan al menos un intento de suicidio no letal, e incluso mayores porcentajes de pacientes, especialmente de pacientes hospitalizados, participan en un comportamiento autolesivo. En nuestra muestra se observó que el 85% de la misma ha realizado un intento de suicidio previo. La tasa más elevada en nuestra investigación, pudiera deberse a que casi la mitad de los pacientes estaban internados en el área de comunidad terapéutica.

Existe una comorbilidad bien documentada del abuso de sustancias con el trastorno límite de la personalidad (22, 23, 24), la cual aumenta el riesgo de los pacientes a presentar comportamiento suicida impulsivo y un juicio deteriorado. Debido al juicio deteriorado, un acto suicida hecho con un bajo nivel de intención de morir podría tener resultados letales en tales pacientes. La Guía Práctica APA para el Tratamiento de Pacientes con Trastorno de Personalidad Borderline (21) especificó que los pacientes con trastorno de personalidad límite comórbido con problemas de abuso de sustancias tienen un pronóstico más sombrío y corren mayor riesgo de suicidio o muerte por lesión o accidente, también observado por otros (22, 24). Casi el 40% de la muestra ha consumido alguna sustancia ilícita en su vida, y dos tercios de la misma ingieren alcohol de manera frecuente.

Aunque el ITP es el trastorno de personalidad más frecuente en el ámbito clínico y sobre el que más investigación se realiza en la actualidad (12), hasta la fecha no existían ninguna escala de cribado o validada para población mexicana. Para la población mexicana, en donde este trastorno no es muy estudiado y probablemente subdiagnosticado (8) este instrumento podría ser muy útil en la práctica clínica y en la investigación por su facilidad y rapidez de uso y por ser autorreportado (12).

En este estudio en el análisis factorial exploratorio, la solución indicó la existencia de 3 factores observados en el gráfico de sedimentación. El primer factor mostró una varianza del 37.9%, y el segundo factor, del 13.1% y 11.8.% el tercero. Todos

los ítems presentaron comunalidades superiores al 50%. En la matriz de componentes rotados los ítems 7, 8 y 9 presentaron cargas elevadas en el primer factor y los ítems 4, 5 y 6 en el segundo. Estos resultados fueron diferentes a los obtenidos en la versión de validación española. El análisis de la estructura dimensional de la versión española (12) del MSI-BPD mostró una solución bifactorial, con un factor principal predominante que denominamos «impulsividad-emocionalidad» y un segundo factor etiquetado como «clínica cognitiva», que incluyó los ítems 7, 8 y 9. A pesar de dicha solución de 2 factores, por coherencia con el concepto clínico del trastorno se debería considerar una única puntuación global de la escala. Al ser el TLP un trastorno con una sintomatología heterogénea y hasta 5 áreas disfuncionales, resulta congruente la aparición de más de un factor, a pesar de tratarse de una única entidad clínica (27). Es por este motivo que la versión original del MSI-BPD fue considerada como unifactorial y con una sola puntuación final (12). De forma parecida al estudio español y al mexicano, otras validaciones de la escala también han reportado una estructura multifactorial del MSI-BPD; así, en un estudio previo en población china en donde se validó el MSI-BPD se demostró buena consistencia interna, la validez concurrente y la fiabilidad test-retest, el análisis factorial confirmatorio de la MSI-BPD en esta población reveló cuatro factores teóricamente significativos: la desregulación del afecto, la impulsividad, los trastornos interpersonales y los trastornos auto-cognitivos correspondientes con las 4 dimensiones principales en la clínica del TLP (26).

La consistencia interna ( $KR-20 = 0.808$ ) y la fiabilidad test-retest La fiabilidad test-retest ( $CCI = 0.969$ , IC 95% a  $0.983 / p = < 0.0001$ ) fueron elevadas y superiores a las de la versión original. Es posible que sea necesaria una reaplicación del instrumento para revalorar la fiabilidad test-retest, la cual fue muy destacada. Los valores de sensibilidad ( $0.88$ ) y especificidad ( $0.9$ ) fueron mayores a los del instrumento original (sensibilidad  $0.81$  y especificidad  $0.85$ ), sin embargo, en la versión original, en sujetos menores a 25 años, la sensibilidad fue de  $0.9$  y la especificidad de  $0.93$  (1). En este estudio mexicano, la edad media fue de  $23.9$  (DE de  $5.16$ ), lo que pudiera explicar la mayor sensibilidad y especificidad. Por medio de la prueba de ROC se puede observar como en la población estudiada el mejor punto de corte es 6 reactivos ya que mejora la sensibilidad aunque disminuye la especificidad. El área bajo la curva fue de  $0.943$ .

La consistencia interna ( $KR-20=0,873$ ) y la fiabilidad test-retest ( $CCI=0,873$ ) de la versión castellana del MSI-BPD fueron elevadas y superiores a las de la versión original. Se obtuvieron aceptables valores de sensibilidad ( $0,71$ ) y especificidad ( $0,68$ ), con un punto de corte óptimo de 7. Este punto de corte fue utilizado también en la validación de la versión original de la escala, aunque con una eficiencia diagnóstica superior, sensibilidad= $0,81$  y especificidad= $0,85$ . En nuestro caso, descartamos el punto de corte de 6 porque, aunque obtuvimos una alta sensibilidad ( $0,84$ ), la especificidad disminuyó considerablemente ( $0,51$ ). La mayoría de las adaptaciones han utilizado el mismo punto de corte de la escala original, excepto la de André et al. 38, la de Noblin et al. 16 y la de Chanen et al. 39, cuyos puntos de corte fueron  $\geq 5,5, 5y > 7$ , respect

ivamente, obteniendoligerasdiferenciasenlosresultados. EIAUCobservadoennuestro estudio(0,742)indicarí aunaprecisión diagnóstica moderada delMSI-BPD.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONCLUSIONES**

Esta traducción del instrumento, cuenta con una buena consistencia interna y se buscará en futuros estudios darle continuidad para aumentar el tamaño de la muestra y examinar sus propiedades psicométricas comparándola con otros trastornos de la personalidad.

El empleo de este instrumento de tamizaje puede ser de gran utilidad para un primer acercamiento al diagnóstico de pacientes con sospecha de trastorno límite de la personalidad en población mexicana. Este instrumento cuenta con una rapidez y facilidad en su uso, lo que lo hace, especialmente, útil como sistema de tamizaje en diferentes contextos, como en el primer nivel de atención. Sin embargo, no debe olvidarse que este instrumento es de cribado únicamente, por lo que la recomendación debe ser como herramienta para ayudar a identificar a aquellos sujetos que deben ser posteriormente evaluados de forma más exhaustiva. También puede ser muy útil en el ámbito de la investigación para descartar de forma rápida y sencilla la presencia de un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

## CAPÍTULO IX

### ANEXOS

#### **A) SCID-II**

Entrevista Estructurada para el Eje II del DSM-IV Trastornos de Personalidad

#### **B) Instrumento de tamizaje de Mclean para el trastorno límite de la personalidad**

# **Cuestionario de Personalidad (Para ser usado con la Entrevista del SCID-II)**

**Sus Iniciales:**    \_\_\_\_\_

**Fecha:**  
          **Mes**    **Día**    **Año**    \_\_\_\_\_

**Estudio No.:**    \_\_\_\_\_ **PQ2**

**ID No.:**    \_\_\_\_\_ **PQ3**

**SCID-II****Cuestionario de Personalidad****Instrucciones**

Estas preguntas son de la clase de persona que generalmente es - esto es, cómo se ha sentido y comportado usualmente en los últimos años. Circule "SI" si la pregunta se aplica completamente o casi completamente a usted, o circule "NO" si la pregunta no se aplica a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de su respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o actividades que involucren el tratar con mucha gente?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ4
2.	¿Evita relacionarse con las personas a menos que esté seguro que les va a caer bien?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ5
3.	¿Se le dificulta "abrirse" aún con la gente cercana a usted?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ6
4.	¿Se preocupa con frecuencia de ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ7
5.	¿Usualmente está callado cuando conoce a nuevas personas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ8
6.	¿Cree que no es tan bueno, tan inteligente o tan atractivo como la mayoría de las personas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ9
7.	¿Tiene miedo de intentar hacer cosas nuevas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ10
8.	¿Necesita mucho el apoyo de otras personas para tomar alguna decisión cotidiana - como qué ponerse o que pedir en un restaurante?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11
9.	¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes de su vida como finanzas, cuidado infantil, o arreglos de vivienda?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ12
10.	¿Se le dificulta no estar de acuerdo con las personas aunque sepa que ellos están equivocados?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ13
11.	¿Se le dificulta empezar o trabajar en tareas cuando no hay alguien que lo ayude?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ14
12.	¿Se ha ofrecido a hacer cosas que no le gusta hacer?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ15
13.	¿Se siente incómodo cuando está solo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ16
14.	¿Cuando termina una relación cercana, de inmediato siente la necesidad de encontrar a alguien más que se haga cargo de usted?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ17
15.	¿Se preocupa demasiado por estar solo y cuidarse por sí mismo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ18
16.	¿Es usted la clase de personas que se fija en los detalles, el orden y la organización o que le gusta hacer listas y horarios?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ19
17.	¿Se le dificulta terminar un trabajo porque pasa mucho tiempo tratando de que las cosas salgan correctamente?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ20
18.	¿Usted u otras personas piensan que es demasiado devoto al trabajo (o escuela y que no tiene tiempo para nadie más o para divertirse)?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ21
19.	¿Tiene estándares muy rígidos de lo que es bueno y malo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ22
20.	¿Tiene problemas para deshacerse de cosas porque piensa que en algún momento le pueden servir?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ23
21.	¿Se le dificulta que otras personas le ayuden a menos que estén de acuerdo en hacer las cosas como usted quiere?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ24
22.	¿Se le dificulta gastar el dinero en usted u otras personas aún cuando tenga suficiente dinero?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ25
23.	¿Con frecuencia está seguro de que usted está en lo correcto sin importar lo que los demás le digan?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ26
24.	¿Le han dicho que es muy tenaz o rígido?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ27
25.	¿Cuando alguien le pide que haga algo que no quiere hacer, dice que sí pero luego trabaja lentamente o hace mal el trabajo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ28
26.	¿Si no quiere hacer algo, con frecuencia se le "olvida" hacerlo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ29
27.	¿Con frecuencia siente que los demás no lo entienden o no aprecian lo mucho que hace?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ30
28.	¿Con frecuencia es testarudo o le gusta discutir mucho?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ31
29.	¿Se ha percatado que la mayoría de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otros que supuestamente deben saber lo que hacen, en realidad no lo saben?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ32

30.	¿Con frecuencia piensa que no es justo que otras personas tengan más que usted?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ33
31.	¿Con frecuencia se queja de que la mayoría de las cosas malas le ocurren a usted?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ34
32.	¿Con frecuencia se rehusa a hacer lo que otros quieren y luego se siente mal y se disculpa?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ35
33.	¿Con frecuencia se siente infeliz o piensa que la vida no es divertida?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ36
34.	¿Cree que es una persona inadecuada y con frecuencia no se siente cómodo con usted mismo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ37
35.	¿Con frecuencia se siente decaído?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ38
36.	¿Piensa mucho en cosas malas que ocurrieron en el pasado o se preocupa de que ocurran cosas malas en el futuro?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ39
37.	¿Con frecuencia juzga duramente a otros y los encuentra culpables?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ40
38.	¿Piensa que la mayoría de las personas no son buenas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ41
39.	¿Espera casi siempre que las cosas le salgan mal?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ42
40.	¿Se siente culpable por cosas que ha o no hecho?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ43
41.	¿Con frecuencia se encuentra a la defensiva para que no lo usen o lastimen?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ44
42.	¿Pasa mucho tiempo pensando si puede confiar en sus amigos o en la gente con la que trabaja?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ45
43.	¿Se ha dado cuenta de que es mejor no dejar que las personas sepan mucho de usted porque pueden usarlo en su contra?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ46
44.	¿Con frecuencia detecta amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ47
45.	¿Es usted la clase de persona que guarda rencor o le toma mucho tiempo perdonar a las personas que lo han insultado o lastimado?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o dijeron hace mucho tiempo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ49
47.	¿Se enoja con frecuencia cuando alguien lo critica o lo insulta de alguna forma?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ50
48.	¿Con frecuencia sospecha que su pareja le ha sido infiel?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ51
49.	¿Cuando está en público y ve a dos personas platicar, con frecuencia siente que están hablando de usted?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ52
50.	¿Con frecuencia siente que las cosas que no tienen un significado especial para la mayoría de las personas, en realidad buscan enviarle a usted un mensaje especial?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ53
51.	¿Cuando está con gente, con frecuencia siente que lo están observando o espiando?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ54
52.	¿Alguna vez ha sentido que puede hacer que las cosas sucedan solo con desearlo o pensar en ello?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ55
53.	¿Alguna vez ha tenido experiencias sobrenaturales?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ56
54.	¿Cree que tiene un "sexto sentido" que le permite saber y predecir lo que otros no pueden?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ57
55.	¿Con frecuencia parece que los objetos o sombras son personas o animales reales o que los sonidos son voces de personas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ58
56.	¿Alguna vez ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza está a su alrededor, aunque no pueda ver a nadie?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ59
57.	¿Con frecuencia ve auras o campos de energía alrededor de las personas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ60
58.	¿Hay personas realmente cercanas a usted además de su familia?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ61
59.	¿Con frecuencia se siente nervioso cuando está con otras personas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ62
60.	¿Realmente no le es importante el tener relaciones estrechas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ63
61.	¿Prefiera hacer las cosas solo que en compañía de alguien?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ64
62.	¿Estaría contento sin haber estado involucrado sexualmente con alguien?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ65
63.	¿Realmente son pocas las cosas que le dan placer?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ66
64.	¿No le importa lo que la gente piense de usted?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ67
65.	¿Se ha dado cuenta que nada lo hace feliz o lo pone triste?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ69

67.	¿Le gusta coquetear demasiado?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ70
68.	¿Con frecuencia se encuentra “hostigando” a las personas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ71
69.	¿Trata de llamar la atención por la forma en como viste y se ve?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ72
70.	¿Con frecuencia es dramático y exagerado?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ73
71.	¿Cambia su forma de pensar acerca de las cosas dependiendo de con quien esté o por lo que ha leído o visto en televisión?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ74
72.	¿Tiene muchos amigos cercanos?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ75
73.	¿Con frecuencia menosprecia sus talentos o logros?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ76
74.	¿La gente le ha dicho que tiene una opinión muy elevada de sí mismo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ77
75.	¿Piensa mucho en el poder, fama o reconocimiento que tendrá algún día?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ78
76.	¿Piensa mucho en el romance perfecto que tendrá algún día?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ79
77.	¿Cuando tiene algún problema, casi siempre insiste en ver a la persona que tiene el nivel más alto?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ80
78.	¿Siente que es importante pasar tiempo con las personas que son especiales o con influencias?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ81
79.	¿Es muy importante que las personas le pongan atención o lo admiren de alguna forma?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ82
80.	¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales cuando se atraviesan en su camino?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ83
81.	¿Siente que usted es la clase de persona que merece un trato especial?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ84
82.	¿Piensa que es necesario aplastar a algunas personas para conseguir lo que se desea?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ85
83.	¿Con frecuencia antepone sus necesidades a las necesidades de otros?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ86
84.	¿Con frecuencia espera que los demás hagan lo que les pide sin preguntar nada, solo por ser usted?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ87
85.	¿En realidad no está interesado en los problemas o sentimientos de los demás?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ88
86.	¿La gente se ha quejado de que no los escucha o no se preocupa por ellos?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ89
87.	¿Con frecuencia envidia a otros?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ90
88.	¿Siente que los demás le tienen envidia?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ91
89.	¿Se ha dado cuenta que en realidad existen pocas personas por las que vale la pena su tiempo y atención?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ92
90.	¿Se ha puesto frenético porque pensaba que alguien que le importaba lo iba a dejar?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ93
91.	¿Sus relaciones con las personas que le interesan tienen muchos altibajos?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ94
92.	¿Ha cambiado repentinamente el sentido de quién es o dónde está?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ95
93.	¿El sentido de quién es con frecuencia cambia dramáticamente?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ96
94.	¿Se comporta de forma distinta con distintas personas o en diferentes situaciones, por lo que en ocasiones ya no sabe quién es usted en realidad?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ97
95.	¿Han habido cambios repentinos en sus metas, planes de carrera, creencias religiosas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ98
96.	¿Con frecuencia hace cosas impulsivamente?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ99
97.	¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse o a amenazado con hacerlo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ100
98.	¿¿Alguna vez se ha cortado o quemado a propósito?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ101
99.	¿Tiene muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ102
100.	¿Con frecuencia se siente vacío por dentro?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ103
101.	¿Con frecuencia tiene estallidos o se enoja tanto que pierde el control?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ104
102.	¿Ha golpeado gente o arrojado cosas cuando está enojado?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ105
103.	¿Incluso las cosas pequeñas lo hacen enojar demasiado?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ106

104.	¿Cuando está bajo mucho estrés, sospecha de las demás personas o se siente sin espacio?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ10 7
105.	¿Antes de que tuviera 15 años, amenazaba a otros niños?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ10 8
106.	¿Antes de que tuviera 15 años, iniciaba peleas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ10 9
107.	¿Antes de que tuviera 15 años, lastimó o amenazó a alguien con un arma, como un bat, ladrillo, una botella rota, cuchillo o pistola?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 0
108.	¿Antes de que tuviera 15 años, deliberadamente torturó a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 1
109.	¿Antes de que tuviera 15 años, torturó o lastimó a algún animal a propósito?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 2
110.	¿Antes de que tuviera 15 años, le robó o arrebató a alguien algo por medio de amenazas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 3
111.	¿Antes de que tuviera 15 años, forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a que se desnudara enfrente de usted o que lo tocara sexualmente?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 4
112.	¿Antes de que tuviera 15 años, provocó algún incendio?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 5
113.	¿Antes de que tuviera 15 años, destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 6
114.	¿Antes de que tuviera 15 años, irrumpió en alguna casa, edificio o carro?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 7
115.	¿Antes de que tuviera 15 años, mentía demasiado o engañaba a las personas?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 8
116.	¿Antes de que tuviera 15 años, en ocasiones robaba cosas o falsificaba la firma de alguien?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ11 9
117.	¿Antes de que tuviera 15 años, huyó de su casa y pasó la noche fuera?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ12 0
118.	¿Antes de que tuviera 13 años, con frecuencia se quedaba fuera de casa hasta tarde, mucho más tarde de lo que supuestamente debía?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ12 1
119.	¿Antes de que tuviera 13 años, faltaba mucho a la escuela?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	PQ12 2

## Instrumento de tamizaje de McLean para el trastorno límite de la personalidad

Marcar la respuesta en sí o no

1. ¿Has tenido problemas por muchas discusiones o rompimientos en tus relaciones más cercanas en repetidas ocasiones?	Sí	No
2. ¿Alguna vez te has lastimado físicamente a propósito? (Por ejemplo: Golpearte tú misma(o) contra algo, cortarte a ti misma(o), quemarte a ti misma(o)) ¿O has intentado matarte?	Sí	No
3. ¿Has tenido por lo menos dos problemas por actuar de manera impulsiva? (Por ejemplo: Gastos en exceso, tomar demasiado alcohol, atracones de comida, explotar verbalmente contra alguien)	Sí	No
4. ¿Te has sentido con cambios de humor excesivos?	Sí	No
5. ¿Frecuentemente te has sentido muy enojada(o) por mucho tiempo? ¿O frecuentemente reaccionas con enojo o sarcasmo?	Sí	No
6. ¿Eres frecuentemente desconfiada(o) con la gente?	Sí	No
7. ¿Frecuentemente te has sentido como si no fueras real o como si las cosas alrededor tuyo no fueran reales?	Sí	No
8. ¿Te has sentido vacía(o) crónicamente?	Sí	No
9. ¿Frecuentemente sientes que no tienes idea de quién eres o como si no tuvieras una identidad propia?	Sí	No
10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte o para evitar ser abandonada(o)? (Por ejemplo: Llamar o contactar repetidamente a alguien para asegurarte que aún le importas, rogar o suplicar que no te deje, o sujetar físicamente a esa persona para que no se vaya).	Sí	No

## CAPÍTULO X

### BIBLIOGRAFÍA

1. Zanarini, Mar C., et al. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) *Journal of Personality Disorders*.
2. Kaplan N' Sadocks Synopsis of Psychiatry, 2005.
3. First M, Gibbon M, Spitzer R. SCID-II, Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson, 2003.
4. Campo-Arias, A., Oviedo, H. (2008) Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud Pública*, 10 (5):831-839.
5. Sánchez, Ricardo, et al. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*. 6 (3): 302-318, 2004
6. Echeverry J. Definiendo Enfermedad. *Rev Col Neumol* 2003;15(2):69-81
7. DeVellis RF. Scale Development. Theory and Applications. Newbury Park: Sage Publications; 1991
8. Jaime Espinosa, Javier; Blum Grynberg, Bertha; Romero Mendoza, Martha Patricia. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*. 2009; 32 (4): 317 – 325

9. Benjet, Corina; Borges, Guilherme; Medina-Mora, María Elena. Trastornos de personalidad DSM-IV en México: resultados de una encuesta de población general. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008; 30 (3): 227 – 234.
10. McLean, L, et al. Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160:369–371
11. Grant, B. F., et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008.
12. Soler, J., et al. Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorders. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2016.
13. Leichsenring F., et al. Borderline Personality Disorder. *Lancet*. 2011. 377: 74-84.
14. Bender D. S., et al. Treatment Utilization by Patients with Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2001; 158, 2: 295-302.
15. Oldham, John M. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *The American Journal of Psychiatry*. 2006; 163:20-26.
16. Perry JC: Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord* 1993; 7(suppl):63-85
17. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N: Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord* 2004; 18:226–239

18. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158
19. Gunderson JG, Ridolfi ME: Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Ann NY Acad Sci* 2001; 932:61–73
20. Gunderson JG: *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001
21. Stanley B, Brodsky BS: Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality disorder: a self-regulation model, in *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Edited by Gunderson JG, Hoffman PD. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 43-63
22. Links PS, Kolla N: Assessing and managing suicide risk, in *American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Edited by Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 449-462
23. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:590–596
24. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE: Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:733–738
25. Patel, A.B., Sharp, C. & Fonagy, P. Criterion Validity of the MSI-BPD in a Community Sample of Women. *J Psychopathol Behav Assess* (2011) 33: 403. doi:10.1007/s10862-011-9238-5

26. See-Wai Leung, MPhil; Freedom Leung, PhD. Construct Validity and Prevalence Rate of Borderline Personality Disorder Among Chinese Adolescents. *Journal of Personality Disorders*. 2009.23.5.494
27. Linehan, MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY. Gilford Press;1993.

## **CAPÍTULO XI**

### **RESUMEN AUTOBRIOGRÁFICO**

Sofía Pérez Banuet Farell

Candidata para el Grado de Especialista en Psiquiatría General

Tesis: "ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN MEXICANA DEL INSTRUMENTO DE  
TAMIZAJE DE MCLEAN PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD"

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

## **Biografía**

Nació en la Ciudad de México el primero de enero de 1986, es hija de Guillermo Pérez Banuet Zamora y Mónica María Farell Campos, hermana de Santiago, Guillermo y Mónica, y esposa de Luis Alberto Topete González.

Egresó de la carrera de Médico General de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara en diciembre del 2010, realizó el internado de pregrado a lo largo del 2011 en el Hospital Español en la Ciudad de México. Cursó la especialidad en Psiquiatría General en Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León de marzo del 2013 a febrero del 2017.