



Universitat Autònoma de Barcelona

**HACIA UN DIAGNÓSTICO
FIABLE Y EFICIENTE DEL TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

(Validación de la versión española de la
Borderline Symptom List-Short version: BSL-23)

Tesis Doctoral presentada por
Cristina Ortiz Fernández
Para obtener el grado de Doctor
en Psiquiatría y Psicología Clínica

Director:
Dr. Victor Pérez Solá (Universidad Autònoma de Barcelona)

Programa de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Clínica
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, UAB

Barcelona,
2015

Dr. Víctor Pérez Sola

Director Del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar.

CIBERSAM

Profesor Titular de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Declara y confirma que ha supervisado la Tesis Doctoral titulada:

**HACIA UN DIAGNÓSTICO FIABLE Y EFICIENTE DEL TRASTORNO LÍMITE
DE LA PERSONALIDAD.**

(Validación de la versión española de la Borderline Symptom List- Short versión:


BSL-23)

Firmas,

Dr. Víctor Pérez Sola

Cristina Ortiz Fernández

Barcelona, 2015



Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar las gracias a todo el equipo de psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau por el recibimiento ofrecido por parte de todos los profesionales y en especial al Dr. Víctor Pérez, Director de esta Tesis. Gracias por el ánimo recibido en todo momento, desde la docencia hasta la finalización de la Tesis. Gracias a la unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital de Igualada de Barcelona. Mi más sincero agradecimiento a todos los pacientes que han participado en toda las etapas de este estudio, por su esfuerzo en el largo proceso de acudir a las citas, y completar cada uno de las escalas que les hemos administrado, para que fuera posible la realización de la validación de la escala BSL-23, por la paciencia que han tenido, en medio de sus dificultades de vida y de sufrimiento.

Mi agradecimiento a Instituciones Penitenciarias, por la oportunidad de abrir las puertas a la investigación y a la Ciencia, dentro del Centro Penitenciario “El Dueso” en Santoña, Cantabria. Gracias a todo el personal Asistencial Médico del módulo de Enfermería, los cuales han brindado toda su ayuda para que este trabajo fuera posible. Gracias a cada uno de los internos, que han colaborado con este trabajo y por su disposición en todo momento, sin quejas y con ánimo, a pesar de las circunstancias, y del propio Trastorno que a muchos de ellos les ha conducido a estar en privación de libertad. Gracias de verdad, a cada uno de los funcionarios, desde el puesto de entrada, hasta cada uno de los módulos que componen este Centro.



Dedicatoria

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos,

Oye, hijo mío la instrucción de tu padre, y no desprecies la dirección de tu madre;

Porque adorno de gracia serán a tu cabeza, y collares a tu cuello.

Cuando la sabiduría entrare en tu corazón, y la ciencia fuere grata a tu alma, la discreción te guardará; Te preservará la inteligencia, para librarte del mal camino, de los hombres que hablan perversidades, que dejan los caminos derechos para andar por sendas tenebrosas.

(Proverbios de Salomón)

"UN EXPERTO ES UNA PERSONA QUE HA COMETIDO TODOS LOS ERRORES QUE SE
PUEDEN COMETER EN UN DETERMINADO CAMPO"
NIELS BOHR (PREMIO NOBEL EN FÍSICA, 1922)




Índice

ÍNDICE

RESUMEN	12	
ABSTRACT	14	
ABREVIATURAS	16	
ENFOQUE GENERAL DE LA TESIS	18	
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD		
Evolución del concepto	21	
Epidemiología	23	
Características clínicas	25	
Diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad.....	27	
Comorbilidad	31	
Curso clínico y pronóstico	34	
IMPORTANCIA DE LA MEDICIÓN		
Concepto de Psicodiagnóstico	38	
Concepto de Test y Evaluación Psicológica	39	
Clasificación de los instrumentos de Evaluación Psicológica	44	
Criterios de calidad exigibles en Instrumentos de Evaluación Psicológica	50	
Instrumentos diagnósticos para evaluar el Trastorno Límite de Personalidad	58	
LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL SISTEMA DE CLASIFICACION DSM		67
Nuevo planteamiento de los trastornos de personalidad en el DSM-5.	77	
El cuestionario BSL-95.....	81	
Escala BSL-23 original.....	83	

PLANTEAMIENTO EXPERIMENTAL.....	
Introducción	86
Objetivos –generales y específicos.....	87
Hipótesis.....	88
ESTUDIO	
Método.....	90
Participantes	90
Material	92
Procedimiento	95
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	98
Fiabilidad	102
Validez convergente	103
Sensibilidad al cambio	103
DISCUSIÓN.....	119
CONCLUSIONES.....	128
BIBLIOGRAFIA.....	131
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	164
ANEXOS	166



Resumen

RESUMEN

El objetivo específico del presente estudio radica en validar el cuestionario de la Borderline Sympton List Short Version (BSL-23), en su versión para población española, una vez conocida la suficiencia psicométrica del instrumento original.

Para establecer las propiedades psicométricas de la BSL-23, ésta fue administrada a 240 sujetos, se analizaron estadísticos previos que evaluaban la fiabilidad y validez de la escala. Los resultados fueron satisfactorios, encontrando correlaciones altas en consistencia interna (94%) y estabilidad temporal (73%) en el intervalo de una semana en una sub-muestra de 74 sujetos. Para la evaluación de la validez convergente se correlacionó la versión española BSL-23 con otras escalas que representan la sintomatología depresiva, ansiedad estado-rasgo, impulsividad y hostilidad, obteniendo resultados entre altos y moderados, respectivamente. Para obtener la medición de la sensibilidad al cambio después de una intervención terapéutica, en una sub-muestra de pacientes en el espacio temporal de 12 semanas, se correlacionó las puntuaciones de la escala BSL-23 con la escala de impresión global para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (ICG-TLP-S). Los datos obtenidos fueron muy significativos, indicando que la BSL-23 muestra una sensibilidad al cambio satisfactoria.

Tras dicha validación, se ha conseguido reproducir la estructura de un único factor de la versión original y obtener propiedades psicométricas similares.

Al igual que la versión inglesa, la BSL-23 española es un instrumento válido y fiable para evaluar la severidad del TLP y su sensibilidad al cambio tras intervenciones terapéuticas.



Abstract

ABSTRACT

The main scope of this study lies in the validation of the Borderline Symptom List short version (BSL-23) questionnaire, in its Spanish population version, once known the original instrument psychometric sufficiency.

In order to establish BSL-23 psychometric properties, it was administered to 240 subjects, previous statistics that evaluated validity and reliability of the scale were analyzed. The results were satisfactory, founding high internal correlations (94%) and temporal stability (73%) in a week interval, in a subsample of 74 subjects. For the evaluation of convergent validity the Spanish version of BSL-23 was correlated with different scales of depressing symptomatology, state-trait anxiety, impulsivity and hostility, obtaining high and middle results, respectively. In order to obtain the change sensibility measure after a therapeutic intervention in our study, with a subsample of patients within 12 weeks, the scale BSL-23 scores were correlated with the Borderline Personality Disorder global impression for patients scale (ICG-BPD-S). Data obtained were very significant (79%), indicating that BSL-23 shows a satisfactory change sensibility.


After that validation, it has been achieved to reproduce the structure of an only original version factor and obtaining similar psychometric properties. As in the English version, the Spanish BSL-23 is a valid and reliable tool for the BPD severity evaluation and its change sensibility after therapeutic interventions.



Abreviaturas

ABREVIATURAS

ACP	Análisis de Componentes principales
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
APA	American Psychiatric Association
BDHI	Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee
BDI	Inventario de Depresión de Beck
BIS-11	Escala de Impulsividad de Barrat
BSL-23	Borderline Symptom List
DBT	Dialectical Behavior Therapy
DIB-R	Diagnostic Interview for Borderline patients
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EFA	Análisis Factorial Exploratorio
ICD	International Classification of Diseases
ICG-TLP	Impresión Clínica Global para el TLP
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality D.
STAI	Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
WHO	World Health Organization's



Enfoque general
de la tesis

El Trastorno Límite de la Personalidad es uno de los trastornos que más interés ha suscitado en las últimas décadas a nivel mundial. El número de estudios ha ido en aumento debido a diferentes factores, entre ellos, la comorbilidad con los trastornos del eje I y el eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (APA, 2013), asimismo con las dificultades que tienen estos pacientes en diversas áreas del funcionamiento diario, como son las relaciones interpersonales, en las que nos encontramos con problemas psicosociales y laborales (Gunderson, 2011). La prevalencia se ha incrementado a lo largo de los años en la población general. Respecto al diagnóstico, nos encontramos que un sinnúmero de ocasiones el paciente ha recibido previamente multitud de diagnósticos, después de recorrer varios recursos asistenciales públicos y privados, ésto se debe en parte, a la inexperiencia en parte con pacientes con TLP y a la heterogeneidad de su sintomatología que dificulta en la evaluación y diagnóstico del mismo, además de la comorbilidad con los síndromes clínicos del eje I. A pesar que este trastorno es uno de los más estudiados en las últimas décadas precisamos más recursos asistenciales especializados a nivel público y de instrumentos fiables y válidos que acorten el tiempo de evaluación. Si bien, estos pacientes hacen un uso descomedido de los recursos sanitarios públicos y privados, no se observa una mejoría muy visible, y podemos referirnos a este trastorno todavía con un pronóstico incierto (Skodol, 2002).

El Trastorno Límite de la personalidad ha sido cuestionado y debatido a nivel nosológico a lo largo de la historia del mismo. El objetivo de este estudio es minimizar todo lo dicho anteriormente, desde la realización de un diagnóstico fiable y eficiente para la consecución de la elección del tratamiento psicoterapéutico, y farmacológico, éste último si fuere necesario. La versión original del BSL-23 ha demostrado una fiabilidad y validez plausible, en su versión con población española aportará beneficios como instrumento diagnóstico, como medida de la severidad y sensibilidad al cambio post-terapéutico. La escala propuesta se completa en tres o cuatro minutos, y proporciona un diagnóstico acertado y preciso, lo cual constituye su principal aliciente para el uso en diferentes recursos asistenciales, desde las consultas a nivel ambulatorio, servicios hospitalarios, así como el servicio de urgencias. Para garantizar la calidad de la medición es imprescindible someter el instrumento a un proceso de validación, el cual será el aspecto central de nuestro estudio. Esta escala nos lleva un paso más adelante, en el uso de los instrumentos de medida estandarizados en el diagnóstico del Trastorno Límite de la personalidad, a la vez que sienta las bases para estudios posteriores.

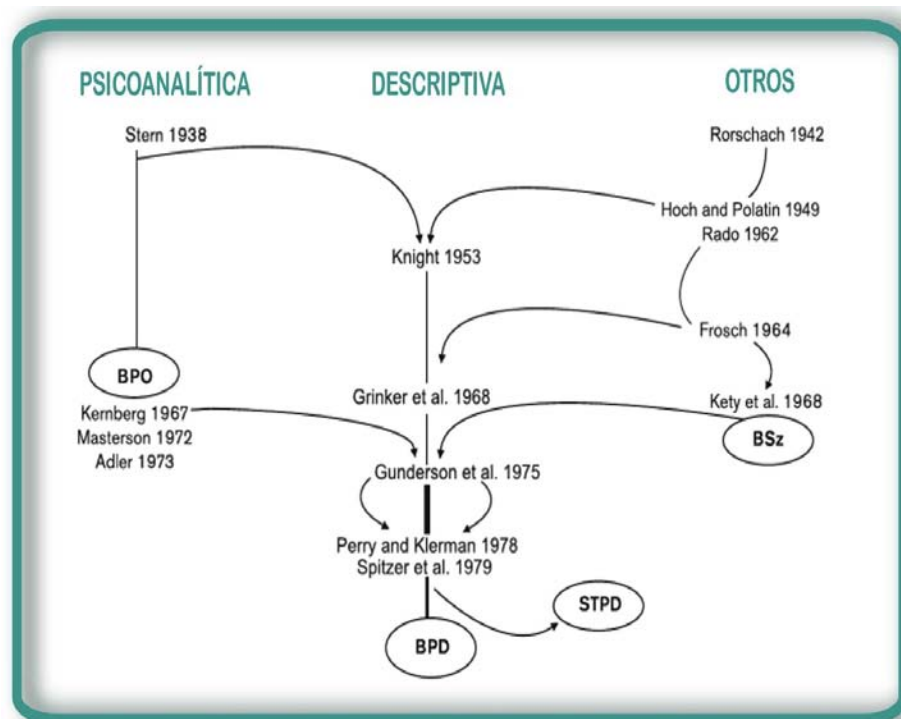
Transtorno límite
de la
personalidad

Evolución del concepto

En 1884 el psiquiatra inglés C.H. Hughes destacó la existencia de un “campo fronterizo”, donde los pacientes manifestaban diversos cuadros sintomáticos que no podían diagnosticarse ni como neurosis ni psicosis. Es en 1938 cuando Adolf Stern, psicoanalista estadounidense, observó igualmente un grupo de pacientes que no estaban ni en la línea neurótica ni psicótica, y por ello los denominó “grupo límite de la neurosis”, fué el primero que utilizó el término “Límite” o “Borderline” (Stern,1938). Más tarde se desarrollaron conceptos como el de “esquizofrenia ambulatoria” (Zilboorg,1941), “esquizofrenia pseudoneurótica” (Hoch y Polantin,1949), y “carácter psicótico” (Frosch,1964).Y en 1980, Otto Kernberg lo denominó “ Organización Borderline de la Personalidad”. Estos términos allanaron el camino para el concepto moderno de Trastorno Límite de la Personalidad, el cual se definió como un trastorno que era “inestable en su estabilidad”. Se sabe que antes de la acuñación del término “Límite” y de su primera aparición en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (APA,2001), los síntomas del TLP estaban presentes en algunos de los pacientes que describe Freud en su obra “El hombre de los lobos”, explícitamente en un caso que había diagnosticado como neurosis obsesiva, que la sintomatología que presentaba el paciente descrito, era un diagnóstico claro de Trastorno Límite de la Personalidad, si se hubiera visto en años posteriores (Freud,1924). El psicoanálisis clásico no daba ningún resultado en el tratamiento con este tipo de pacientes, el establecimiento de un buen rapport con el paciente se hacía muy difícil, y el clínico no obtenía resultados por más flexible que se mostraba en todas las áreas de la vida del sujeto (Schimideberg,1947).

Si bien los rasgos de este trastorno, ya eran aceptados por la comunidad científica antes de su publicación en la tercera revisión del DSM (APA,1980; Cooper y Michels,1981), a partir de este momento se genera un mayor interés y expectación por este trastorno de personalidad (Linehan,1993, 2005). En el transcurso de los años, el término “Límite” ha creado discrepancias entre los teóricos en torno a su disposición, si bien como un grupo de rasgos de personalidad, como un estado psicopático transitorio, o si por el contrario resultaba un constructo indivisible formado por más de un subtipo y si la etiqueta “Límite” resultaba o no adecuada. Las polémicas desatadas respecto al ajuste de la etiqueta y la existencia de distintos subtipos aún persisten (Gunderson y Singer,1975; Spitzer et al.,1979; Crowell et al., 2009).

Figura 1: Evolución del Constructo del Trastorno de Personalidad Límite (Gunderson, 2009).



*BPQ: Organización de la Personalidad Límite; BSz: Esquizofrenia Límite; BPD: Trastorno Límite de la Personalidad; STPD: Trastorno Esquizotípico de la personalidad

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del trastorno Límite de la Personalidad en la población general, ha ido cambiando desde la década de los años 90 con un porcentaje del 0,2 al 1,8% (Widiger y Weissman, 1991), tras una década se halló una prevalencia del 1,3% (Torgessen et al., 2001) y años más tarde encontramos estudios donde la prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad es del 1 al 5,9% en la población general (Mc Dermut et al., 2005; Oldham et al., 2007; Grant et al., 2008; NICE, 2009). Todos estos estudios muestran la existencia discordante en los resultados de la prevalencia en el trastorno límite de la personalidad.

En el ámbito clínico, es el trastorno más prevalente con un 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y del 15-20% de los pacientes hospitalizados (Skodol et al.,2002). En atención primaria la presencia de pacientes con TLP es destacable con un 6,4% (Gross et al.,2002).

Las diferencias encontradas de unos estudios a otros, se considera debido a que muchos pacientes no están recibiendo el diagnóstico de TLP, por este motivo no están recibiendo ni el tratamiento ni la terapia para su trastorno (Gunderson, 2009). En estudios sobre la prevalencia de género, hay diferencias entre el género femenino considerado tradicionalmente más frecuente en mujeres que en hombres, con una proporción de 3:1 (Lieb et al., 2004).

Respecto a los datos recogidos durante años en proporción al predominio de casos de TLP en mujeres superior al de hombres, se estima que el sesgo es debido a que las mujeres acuden más a consulta que los hombres (Cervera et al., 2005). Otros autores reseñan que la prevalencia de género es desconocida, a su vez que se advierte una tendencia de muestreo, y las diferencias entre géneros son poco significativas (Skodol y Bender, 2003). Actualmente no se considera que existan diferencias reales de prevalencia en la población general en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Leichsenring et al., 2011). Existen autores que aluden a que el cambio puede estar relacionado con distintas expresiones de este trastorno que hasta este momento no han sido reconocidas y que varían en función del género (Banzhaf et al; 2012).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los individuos con Trastorno Límite de la personalidad son reconocidos por un tipo de patrón de manifestaciones clínicas que abarca diferentes áreas, entre ellas la inestabilidad emocional o afectiva, falta de control de los impulsos, alteración de la identidad, las relaciones interpersonales caóticas e intensas y el daño a sí mismo.

La labilidad emocional que padecen se hace visible porque van oscilando entre estados depresivos a periodos casi permanentes de ansiedad. Los cambios de ánimo de tipo disfórico los cuales son imprevisibles y repentinos, están ligados a situaciones cotidianas que experimenta el propio paciente, dando lugar en numerosas ocasiones a explosiones de ira llegando a sentirse desesperados.

La impulsividad es un criterio clínico muy presente en los TLP y con otros diagnósticos comórbidos. El abuso o dependencia de sustancias tóxicas como el alcohol y/o drogas bastante común en este trastorno, que por otra parte lo que pretenden paliar estos pacientes, son los estados afectivos negativos que experimentan. Otras adicciones, como el juego patológico, los atracones, las amenazas suicidas, y los denominados trastornos del control de los impulsos, están muy presentes en los TLP. Respecto a la imagen que tienen de sí mismos, el autoconcepto y la autoestima es muy pobre, poseen una imagen segmentada de sí mismos, lo cual les lleva a sentirse victimizados por los demás y por su propia vida.

En las relaciones interpersonales es muy frecuente la idealización y la devaluación en un corto periodo de tiempo o bien de la pareja, o de otras personas con las que mantengan algún tipo de relación. Respecto a las relaciones sentimentales o de pareja tienen una tendencia a la promiscuidad.

La conducta manipuladora es muy habitual en estos pacientes, el objetivo es conseguir aquello que están demandando en ese momento, si se demoran sus peticiones, en ocasiones tienen explosiones de ira con amenazas de autolesión y muy frecuentemente las llevan a cabo. Estos pacientes perciben muchas situaciones como amenazantes, sienten miedo al rechazo, el cual puede ser real o imaginario, pero que les produce unos sentimientos negativos que tardan en desaparecer.

El estrés puede producirse por la intolerancia a las críticas u otras situaciones perturbadoras para ellos, las cuales puede dar lugar al desarrollo de ideas paranoides, episodios disociativos y brotes psicóticos transitorios. Su entorno lo aprecian como ambivalente, normalmente de un modo caótico, sin embargo en ambientes estructurados la sensación que obtienen es de seguridad y tranquilidad.

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Para realizar el diagnóstico del TLP, contamos con la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades mentales y otros desórdenes, la CIE-10 (World Health Organization et al.,1992), y el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). La CIE-10 (OMS,1992) lo define como: trastorno de “Inestabilidad emocional de la personalidad” con un subtipo “Impulsivo” y otro “Borderline”. Este último subtipo es similar al diagnóstico del TLP según el DSM-V. Los Trastornos de Personalidad, de acuerdo a los criterios diagnósticos de la CIE-10 comprenden modelos de conducta interiormente estables, que dan como resultado respuestas rígidas a un amplio espectro de situaciones personales y sociales, las cuales son, desviaciones de la norma de la población en la que está inmerso el individuo. La estabilidad observada a nivel conductual puede ir asociada a un sufrimiento subjetivo explicado por el paciente.

La clasificación del DSM-V se sustenta en el cumplimiento de una serie de criterios para su diagnóstico, exigiendo el cumplimiento de cinco criterios de los nueve presentes. Utilizando criterios DSM-V, dos personas obtendrían el mismo diagnóstico, en el momento que coincidieran en un mismo criterio, con estos requisitos podemos hablar de la existencia de una gran diversidad de trastornos límite de la personalidad (Skodol et al.,2002; Lieb et al., 2004).

Debido a la dificultad que presenta este trastorno en cuanto a su variabilidad en la sintomatología, en primer lugar se hace imprescindible la entrevista clínica por parte de los profesionales en salud mental para la recogida de datos lo más Y además de la entrevista clínica mencionada, por la dificultad que caracteriza al

TLP es necesaria la utilización de entrevistas clínicas adecuadas para la obtención de una evaluación y un diagnóstico fiable (NICE, 2009).

Este Trastorno requiere del clínico un conocimiento exhaustivo de los rasgos y conductas, en las diferentes áreas de la vida del sujeto. Es vital conocer su curso y, establecer una buena alianza con el paciente, y de este modo planificar la terapia (Paris, 2009).

Desde hace más de tres décadas, tenemos a nuestro alcance entrevistas diagnósticas para el TLP como la DIB (Diagnostic Interview for Borderline Patients) de (Gunderson,1981), la cual ha sido revisada posteriormente para optimizar la validez discriminativa de otros trastornos del eje II. Sin embargo nos encontramos con parcelas del TLP las cuales no son evaluadas en entrevistas específicas, como el sentimiento de vacío crónico y miedo al abandono, criterios reflejados en el cuestionario autoinformado BSL-95 (Bohus et al; 2007) y posteriormente en la escala autoinformada BSL-23 de (Bohus et al.,2009).

DSM-IV-TR

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

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

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


Tabla 1

Tabla 1. Criterios del DSM-IV-TR, Criterios DSM-5

Clasificación y Criterios en base a la CIE-10

Clasificación y Criterios en base a la CIE-10 (Trastorno de la Inestabilidad Emocional en la Personalidad) F60.3, F60.30 Tipo Impulsivo

A: Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad F.60

B: Al menos de los siguientes criterios uno debe ser el número dos:

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.
3. Predisposición para los arrebatos de ira y violencia con incapacidad para controlar las conductas impulsivas.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no tengan recompensa inmediata.
5. Humor inestable y caprichoso.

F60.31 Tipo Limitrofe (Borderline)

Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F.60)
Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:

- 1.Alteraciones y dudas acerca de sí mismo de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).
- 2.Facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables que a menudo terminan en crisis sentimentales.
3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
5. Sentimientos crónicos de vacío.



Tabla 2. Clasificación Internacional Enfermedades Mentales CIE-10

COMORBILIDAD

La comorbilidad alude a cualquier enfermedad añadida que coexiste con otra patología o trastorno. En el ámbito de la salud mental se encuentran dificultades, debido a que la clasificación y análisis de enfermedades comórbidas es un trabajo muy laborioso a nivel estadístico. Debido a la comorbilidad se puede demorar el tiempo en el cual es detectado el trastorno, asimismo influyendo esta demora en el curso y pronóstico del mismo, afectando de manera directa a los resultados del tratamiento terapéutico (Feinstein, 1970).

El TLP tiene una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos del eje I, a causa de esta coexistencia lo han descrito como el “paradigma de la comorbilidad” (Martinez R. et al., 2005). Se ha encontrado una prevalencia del 84,5% de trastornos del eje I con el trastorno límite de la personalidad (Leichsenring et al., 2011), lo cual ha llegado a plantearse si los síntomas que permiten el diagnóstico de la patología comórbida pudieran llegar a ser síntomas propios del mismo trastorno de personalidad. La diversidad en los patrones de comorbilidad entre diferentes individuos diagnosticados de TLP genera grupos de pacientes muy heterogéneos (Skodol et al., 2002), por lo que la presencia de algunos trastornos del eje I, puede estar predeterminada por algunos factores etiológicos comunes que favorezca la aparición de ambos trastornos de forma independiente, o bien ser consecuencia de aspectos del propio TLP que favorezca un determinado perfil de comorbilidad respecto a otro. Otra posibilidad es que el TLP y un trastorno comórbido coexistan sin que ello implique una relación causa- efecto.

En este caso se puede acabar generando una relación transaccional entre ambos y condicionar una evolución distinta de la que habrían tenido los trastornos por separado (Zanarini et al., 2004; Gunderson et al., 2008).

La comorbilidad entre TLP y los trastornos del eje I, los más destacados son los trastornos afectivos, entre los cuales sobresale el trastorno depresivo mayor con una tasa del 18-40%, seguido del trastorno bipolar 7-15% (Zanarini et al., 2004). Y en un estudio reciente se ha encontrado que pacientes con Trastorno Depresivo Mayor comórbido con TLP, un 6,7% mostraron rasgos del espectro bipolar. La presencia de rasgos mixtos en pacientes con T. Depresivo Mayor con TLP puede ir asociado con un curso complejo y una respuesta reducida al tratamiento (Perugi et al., 2015). Algunos investigadores sugirieron que el TLP y el Trastorno Bipolar tipo II, coexistan a lo largo de un espectro de desórdenes cíclicos afectivos. Los síntomas subjetivos de la depresión relatada por ambos grupos de pacientes, demuestran que los pacientes TLP relatan niveles más altos de sintomatología relacionada con la ansiedad, lo cual apoya la idea de que pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad tienen una sensibilidad mayor frente a estados negativos emocionales.

Entre los individuos con trastornos de ansiedad y trastorno de personalidad límite, se encontró un 84,8%, entre los cuales persistían trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias sociales y específicas. La existencia de cualquier trastorno del eje II con un trastorno de ansiedad es un importante predictor de la permanencia de un trastorno de ansiedad también individual (Skodol et al., 2014)

La concordancia entre el TLP y el trastorno por abuso de sustancias puede ser considerado como un ejemplo de la complejidad en la relación del TLP con un En el DSM-V el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT) sigue relacionándose con los trastornos de ansiedad y presenta una prevalencia el 33% en el transcurso de la vida del individuo con TLP (Leichsenring et al., 2011). Aunque la comorbilidad entre el TEPT y el TLP es frecuente, aún no es muy bien entendido, la suma de los dos trastornos se ha asociado con más disfunción que si encontráramos cada trastorno por separado. La influencia de abusos sexuales en la niñez ha sido una fuente de estudios clínicos, la cual acentúa esta comorbilidad como una fuente añadida de sufrimiento para el paciente

La concomitancia que existe entre un TLP y el trastorno por abuso de sustancias es una muestra clara de la complejidad de este trastorno, en el que los síntomas como la inestabilidad afectiva y la impulsividad pueden incidir negativamente en el pronóstico de ambos trastornos (Walter et al., 2009; Zanarini et al., 2010). La comorbilidad entre el alcohol y el trastorno de personalidad límite aumenta considerablemente el riesgo de suicidio (Preuss et al., 2006) y existe una mayor probabilidad de abandono del tratamiento (Kienast et al., 2014).

En los trastornos alimentarios, en concreto, la anorexia nerviosa la padecía un 21% de las mujeres y un 4% en los hombres (Tádic et al., 2009). El pronóstico tanto para la anorexia como para la bulimia en los TLP es complicado pero se han encontrado remisiones estables (Zanarini et al., 2010).

En cuanto a la comorbilidad entre los trastornos de personalidad en el eje II es muy habitual. En el caso del trastorno límite resalta la comorbilidad con el trastorno de personalidad antisocial, el 57% varones frente al 26% en mujeres (Tadic et al., 2009).

CURSO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

La investigación sobre la evolución y pronóstico del TLP se viene haciendo desde hace más de un cuarto de siglo. En los años ochenta varios estudios longitudinales como el de Chestnut Lodge (McGlashan,1986) y el del New York Psychiatric Institute (Stone MH.,1990) demostraron tasas de remisión similares a los encontrados años después en estudios prospectivos más rigurosos. Dos décadas más tarde, investigadores sugieren que el trastorno límite de la personalidad mejora con el paso del tiempo, y que no se alarga más allá de la de la tercera o cuarta década de la vida, y se encontró que, en aspectos como en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento laboral, han alcanzado cierta estabilidad (Seive et al., 2002). Esta mejoría no se produce de forma involuntaria, ni se da por igual en todos los casos, y depende mucho del deterioro que la persona haya sufrido a lo largo de los años. En cambio, el inicio temprano de la enfermedad y la severidad de los síntomas tiende a predecir un curso crónico psicopatológico (Tremblay et al., 2004). Los clínicos pueden estimar el pronóstico de dos años para pacientes con TLP, evaluando el nivel de severidad de psicopatología, traumas en la niñez y de las relaciones interpersonales actuales que mantengan (Gunderson et al., 2006).


Los trastornos de personalidad han sido tratados durante años acorde a la estabilidad de sus criterios, al análisis que se ha hecho de los mismos y de esta forma se ha elaborado siempre a través de categorías diagnósticas.

A partir de estudios más precisos sobre los criterios del TLP de forma individual, los resultados obtenidos sobre los rasgos de este trastorno, ofrecen una información más específica reflejando que hay un cambio en los mismos a lo largo del tiempo (Gutierrez et al., 2012). El Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU (NIHM), financió dos estudios longitudinales del TLP, el estudio del desarrollo del adulto del hospital McLean (MSDA) (Zanarini et al.,2010) y el segundo, Collaborative Longitudinal Personality Disorders (Gunderson et al.,2011), los resultados respecto al pronóstico señalan una mejoría del Trastorno Límite, debido a una elevada tasa de remisión sintomática, del 78% - 99% a los 10 años de seguimiento.

Las causas de este trastorno no son todavía muy claras, se baraja entre factores genéticos y acontecimientos de vida desfavorables como algunas de ellas, resultados de pruebas neurobiológicas desvelaron anomalías en las redes fronto-límbicas asociadas con varios de los síntomas del TLP.

Realmente el curso de este trastorno es menos estable que en otros trastornos de la personalidad (Leisenrich et al., 2011). No obstante hay que decir, que los pacientes con Trastorno de personalidad Límite comparándolos con otros trastornos de personalidad del eje II, su remisión sintomática y el funcionamiento socio-laboral es más lento. Sin embargo esta remisión más que un reflejo de reducción sintomático puede ser una muestra de la inestabilidad característica del trastorno, habiéndose detectado una recurrencia del 10 al 36% de los casos (Zanarini et al.,2012).

Algo a subrayar en los TLP son las relaciones intensas e inestables, pero en estudios recientes encontramos datos en relación a un mejor pronóstico para los pacientes con relaciones sentimentales satisfactorias, el informe recogido sobre la interacción de sintomatología del paciente con relación a la satisfacción de la pareja es menos negativo, lo cual puede llegar a ser un protector sobre las medidas de síntomas del trastorno límite con respecto a la cólera o ira que experimentan en diversas situaciones (Kuhlken et al., 2014).



Importancia
de la
medición

Concepto de Psicodiagnóstico

El término psicodiagnóstico se origina en un contexto médico-psiquiátrico, donde los médicos ejercían a su vez como psicólogos. Es el pensamiento mítico el que antecede al diagnóstico, del cual surgían elementos fundamentales, entre ellos la forma determinista de concebir la naturaleza (Fernández-Ballesteros, 1980), y una clasificación en la que descubrimos un individuo como evaluador y otro como evaluado, (Mc Reynolds, 1975, pp. 484-487).

En los años 20, Hermann Rorschach un psiquiatra suizo con orientación psicodinámica, hace una aproximación al estudio cualitativo de la personalidad mediante la observación. Utiliza el término psicodiagnóstico en su libro, en el que describe la técnica que utilizaba en sus sesiones que consistían en unas láminas de tinta sin forma alguna, de las cuales los pacientes hacían su interpretación personal y que revelaban ciertos aspectos de la personalidad de los individuos.

Es en este momento cuando la ciencia es una acumulación de conocimiento, Rorschach declara que los síntomas adquieren sentido porque se unen y llegan a formar parte de una enfermedad y esta unión es la que reúne las características fundamentales para el psicodiagnóstico (Pawlik y Kaminski, 1980).

La evaluación que se hace del sujeto es a través de indicadores conductuales al mismo tiempo que la selección de personal es con técnicas diagnósticas. Se hace uso de la observación, se registra lo observado, y a partir de los datos recogidos, se obtiene el pronóstico, que a partir del mismo se avanza en la dirección de una prevención de conductas patológicas y aspectos negativos del individuo.

CONCEPTO DE TEST PSICOLÓGICOS Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En 1890 James Mckeen Cattell, psicólogo estadounidense, ocupa un lugar notorio en el adelanto de las pruebas psicológicas. Combina la psicología experimental y el movimiento psicométrico inicial (Catell, 1890, pág. 374). Aparece el término “test mental”, la particularidad de este instrumento es comparar las funciones mentales en diversos lugares y momentos temporales de la medición. James Cattell, trabajó para establecer la psicología como ciencia, y por tanto manifiesta su rechazo hacia la introspección declarando la necesidad de que las medidas recogidas de los resultados de un test sean objetivas y por ello plantea el uso de baterías de pruebas para la evaluación psicológica (Mababu, 2009). Elabora una teoría con algunas ideas de Fechner en la que sostiene que, el individuo posee una “habilidad mental general” porque la información que nos llega, la percibimos a través de nuestros sentidos.

En esta misma época el precursor del movimiento psicométrico, Francis Galton, postula que la “habilidad mental general” dependía de la precisión, exactitud y velocidad con la que respondemos a los estímulos del entorno. En este momento aplica la calificación de escalas y cuestionarios y el manejo de la asociación libre. Galton contribuyó excelentemente a través de los métodos estadísticos para el posterior análisis de las diferencias individuales, incluso adaptó algunas técnicas matemáticas para el uso y empleo de investigadores que no tuvieran conocimientos previos de la materia y persiguieran manejar los resultados de las pruebas de forma cuantitativa.

Los trabajos que Galton desarrolla en ese momento, los primeros en hacerse eco de ellos son sus propios alumnos, entre ellos Karl Pearson, que aborda sus primeros trabajos basados en correlación y regresión (Anastasi A.,1973).

Posteriormente psicólogos europeos elaboran pruebas que cubren funciones más complejas. En la evaluación clínica, se construyeron pruebas para la definición de factores básicos en la caracterización del individuo (Kraepelin,1895), además de la aplicación de las pruebas de cálculo aritmético, memoria y complementación de oraciones (Ebbinghaus,1897). Con el desarrollo de estas pruebas se determinaba que la memoria y el olvido se medían de forma empírica (Sternberg,1982).

El término de test mental fue introducido en Francia, Alemania, Italia, hasta llegar a ser difundida en el primer tercio del siglo XX, en todo el mundo occidental e impregnó obras tan clásicas como las de (Cronbach,1970; Anastasi A.,1973; Freeman,1962; Nunnally Jr.,1970; Rey,1974). Si bien, los test nacen en Europa, es en Estados Unidos donde proliferan los test en diferentes ámbitos, como el de trabajo y la educación. Se empleaban pruebas aritméticas simples para cuantificar los efectos de la práctica, memoria y susceptibilidad a la fatiga y a la distracción (Rieber y Robinson, 2001). En el ámbito de las organizaciones se comienza a utilizar los test como orientación y selección de individuos. Durante la primera guerra mundial se desarrollaron los test estandarizados, y en la segunda guerra mundial, la psicología de la personalidad se desarrolla a través de intervenciones clínicas, para reaclimatar a los soldados y a sus familias, y al resto de la población a superar los problemas causados por la guerra.

El término “evaluación” surge por primera vez en inglés (assessment) durante la segunda guerra mundial, la oficina de servicios estratégicos del ejército americano (O.S.S.) tenía un programa para la selección de agentes especiales, y en el mismo se propone que se cambie el término psicodiagnóstico por el de evaluación (Hoffman,1992).

La evaluación hace referencia a un proceso donde la recogida de datos es más estructurada, sistemática y a su vez más objetiva (Korchin,1976; Silva,1985; Pelechano,1988). El término evaluación surge unido a la utilización de una variedad de instrumentos: Rol-Play, Test Situacionales y observaciones, de sus resultados un grupo de psicólogos determinarían qué individuos eran los seleccionados por sus aptitudes y actitudes para la misión que les fuera designada en la guerra (Fdez-Ballesteros,1997).

Las conductas eran asociadas con distintos estilos cognitivos y las entrevistas explicaban las relaciones paternas, el auto-concepto y la organización de la personalidad, además del autoritarismo, el dogma con las repercusiones sociales y culturales del momento “The Authoritarian Personality” (Adorno T.W. et al.,1950).

Se promueven desavenencias entre teóricos porque los términos de “Test y Psicodiagnóstico” se solapan (Matarazzo,1972; Maloney y Ward,1976; Pawlik,1980), dando comienzo a la aplicación de test “Testing” como alternativa al concepto de psicodiagnóstico (Silva,1982), por otra parte otros autores no están de acuerdo en la concepción de los test como procedimiento objetivo, cuantificable y tipificado (Martorell,1985).

Pero en aquel período también hubo quien defendiese que “los test son herramientas que en las manos de una persona capaz y creativa pueden ser utilizados con relevantes resultados, pero que en las manos de un loco o de una persona falta de escrúpulos se convierten en una perversión pseudocientífica” (Sundberg y Tyler,1962).

Los test se convierten en la única forma de dar unos resultados, en todos los ámbitos de la psicología, en los años 50 los test se utilizan en todos los contextos donde se diera una intervención psicológica, en cambio, en los años 60, los test son sometidos a una crítica pública destacada que se manifiesta tanto en los tribunales de justicia como en prensa, la cual alude tanto a su valor científico, como a una supuesta violación del derecho constitucional en referencia a la intimidad de las personas (Cronbach,1975).

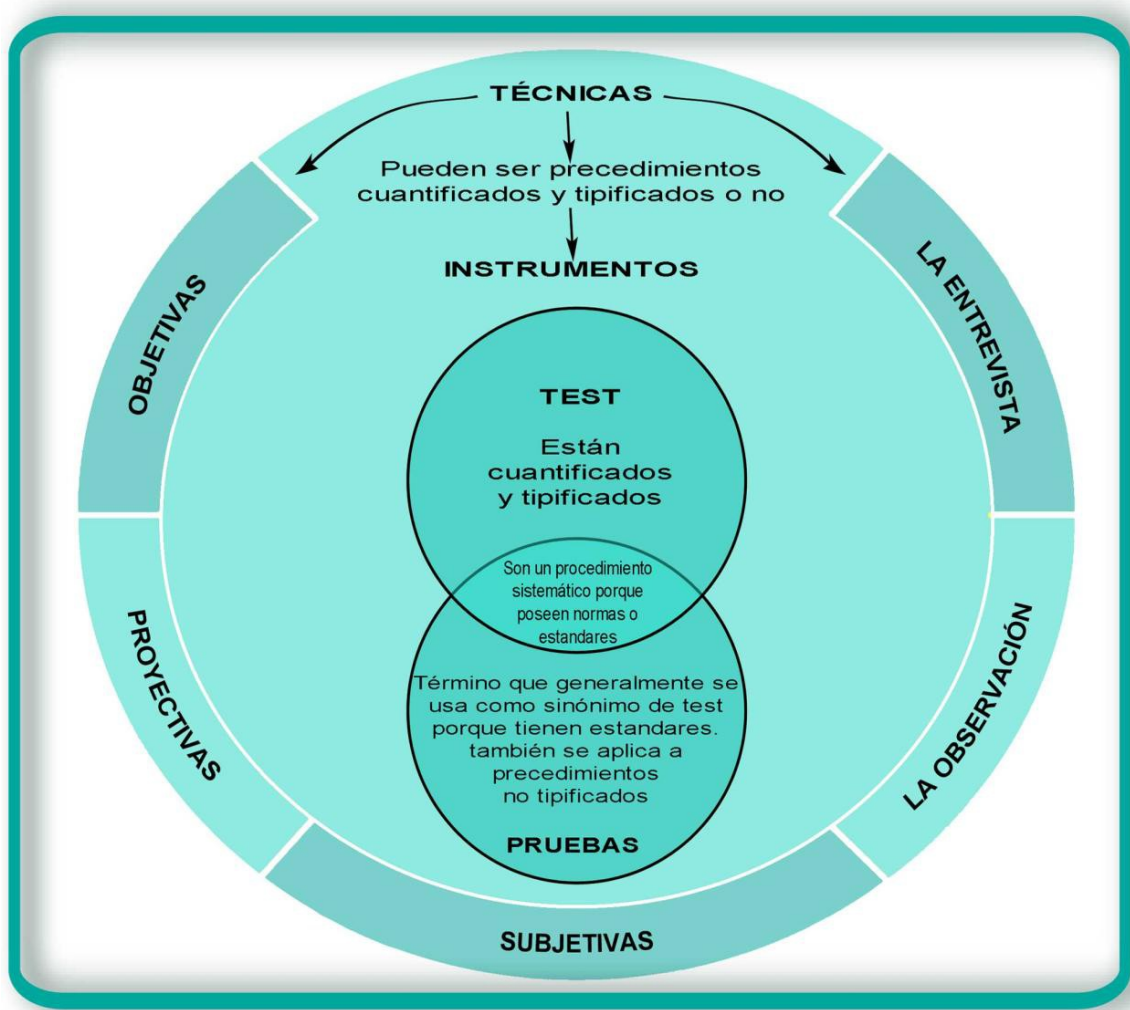


FIGURA 2. Técnicas de Evaluación Psicológica

(Moreno Rosset, 2005)

CLASIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Una de las agrupaciones de los instrumentos de evaluación más veterana fue la realizada por Pervin (1979), el cual no se detuvo a la realización de agrupaciones en cuanto a la estandarización y tipificación. Estos eran: los test proyectivos, objetivos, subjetivos y psicométricos. Años más tarde Fernández-Ballesteros (1999) expone una lista clasificatoria de técnicas y las divide en: Técnicas de objetivas, subjetivas, proyectivas, de observación, de autoinforme y como última la entrevista, constituida por esta autora como la más significativa de los autoinformes. Esta clasificación compartida por otros autores las conectan con diferentes modelos de evaluación psicológica según las posturas conceptuales que explican la conducta, que detallamos a continuación:

Biologicista: Técnicas objetivas de tipo psicofisiológico

Psiquiátrica: El estudio de síntomas con entrevista directa

Psicoanalista y Psicodinámica: Entrevista libre y Técnicas proyectivas

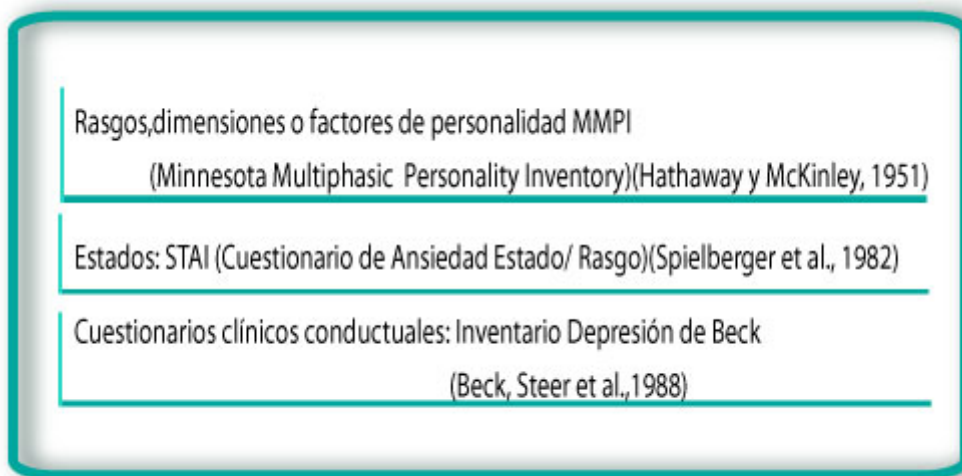
Fenomenología: Entrevista no directa y técnicas subjetivas

Conductual: Entrevista, Observación, técnicas objetivas y autoinformes

(Forns et al; 2002)

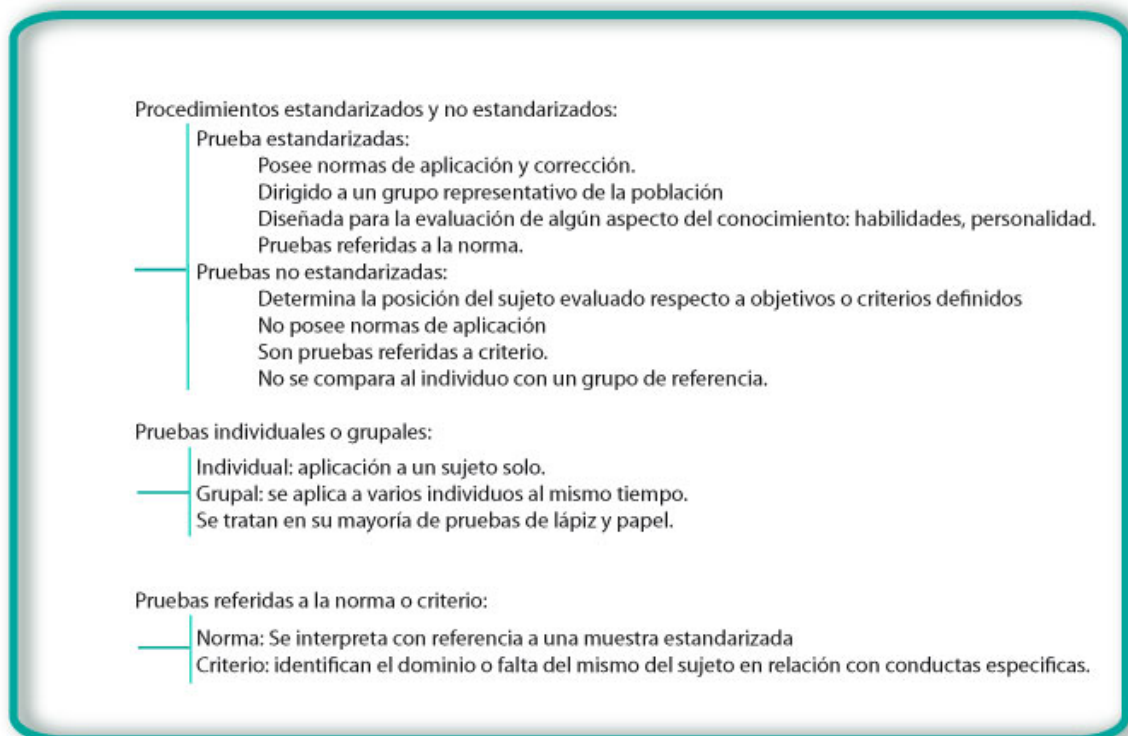
En nuestros días los psicólogos independientemente del enfoque teórico que defiendan, en general, presentan una postura ecléctica, con la que se pueden enriquecer de las diferentes técnicas (Fdez-Ballesteros,1999).

Los autoinformes son construidos a través de procedimientos psicométricos y se agrupan en base a la variable que miden (algún ejemplo de cada uno):



Los principales tipos de autoinformes son las entrevistas, cuestionarios, inventarios y escalas, autorregistros y pensamientos en voz alta (Fdez-Ballesteros,1999). Existe: “una multiplicidad implícita en el autoinforme, que incluye una serie de técnicas tales como la entrevista o los autorregistros” (Matud,1993).

Dentro de las clasificaciones de los instrumentos de evaluación psicológica, tenemos las pruebas estandarizadas y las no estandarizadas como muestra la siguiente tabla:



Forns et al; 2002) (Sundberg,Tyler et al ;1973).

Grado de estructuración de estímulos y respuestas de una prueba:

- Pruebas estructuradas en el estímulo tienen una única interpretación, y pruebas que poseen menor grado de estructuración incluyen diversidad de interpretaciones.

Grado de enmascaramiento del objetivo de la prueba:

- Prueba no enmascarada: Objetivos claros de la prueba.
- Prueba enmascarada: El objetivo es diferente del que aparenta (Técnicas subjetivas y proyectivas).

El grado de inferencia interpretativa:

Respuesta de un individuo ante un dispositivo de evaluación, o frente cualquier respuesta del sujeto.

Niveles de inferencia según el grado de abstracción son los siguientes:

Nivel I: La conducta del sujeto es entendida como muestra de su comportamiento en la vida real.
Supone un nivel mínimo de inferencia.

Nivel II: La conducta evaluada del sujeto se asocia con otras conductas no evaluadas.
Se apoya por tanto en un supuesto de relación.

Pruebas con menor grado de inferencia son las conductuales radicales y las cognitivas-conductuales

Nivel III: La conducta del sujeto se expresa la existencia de un atributo subyacente en el sujeto de carácter intrapsíquico e inobservable.

Nivel IV: La conducta evaluada es una explicación teórica a partir de una teoría concreta del psiquismo, y el concepto inferido se integra en una teoría completa.

Pruebas con nivel III y IV de inferencia son las cognitivas, y con nivel IV las proyectivas

Forns et al; 2002) (Sundberg, Tyler et al ;1973).

Existen autores que clasifican las técnicas según diferentes grados, respecto al grado de estructuración de estímulos y respuestas y al grado de enmascaramiento lo presenta (Forns et al; 2002) y, el grado de inferencia interpretativa es desarrollado por (Sundberg, Tyler et al; 1973)

Figura 3: Técnicas de Evaluación Psicológica y Características Básicas de Clasificación



(Moreno Rosset, 2005)

El grado de variabilidad de respuesta: se refiere a la medida que un individuo puede llegar a alterar su respuesta en una prueba. Existen instrumentos de evaluación agrupados en verbal y no verbal, de ejecución de actividad mental o afectiva. En definitiva las pruebas psicológicas pueden diferenciarse en torno a su finalidad o calidad psicométrica entre otras.

En la Figura 3 (Cohen y Swerdlik, 2001) presentan las clasificaciones más habituales y exponen que en la medición de una misma variable, como por ejemplo la personalidad, se utilizan distintas técnicas dependiendo de las características y del objetivo que en ese momento busquemos en la evaluación.

CRITERIOS DE CALIDAD EN LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En psicometría se siguen unos criterios de calidad como normas para la construcción, interpretación y utilización de instrumentos psicológicos y éstos son la validez y fiabilidad.

FIABILIDAD

El desarrollo de la psicometría fué hace más de un siglo y el grado de precisión que muestran las mediciones en los test se denomina fiabilidad (Spearman,1904). La Asociación Americana de Investigación educacional (AERA) en unanimidad con la APA y el NCME, publicaron los estándares para los test psicológicos y educacionales aportando el marco teórico para la construcción y adaptación de instrumentos de evaluación psicológica, con el fin de verificar que las puntuaciones en los test tengan el mismo resultado en los diversos grupos a los que se les ha administrado (Barbero et al., 2008). La APA definió la fiabilidad como la exactitud en la consistencia y estabilidad midiendo un test, es decir, en la precisión de una prueba. El resultado que obtenemos de un instrumento y la medida estándar, la relación entre ambas puntuaciones es la fiabilidad. La distinción y definición que hacen de la fiabilidad es el grado en el cual los resultados obtenidos son atribuibles a los sistemas de varianza (APA, AERA, NCME, 1974). Una década después refieren que, la fiabilidad es el grado en que las puntuaciones de los test son repetibles, consistentes y exponen hasta qué punto están ausentes del error de medida (AERA, APA, NCME, 1985, 1999).

El cálculo de la fiabilidad nos indica la cuantía de error de un instrumento de medida, por lo que, a menor error mayor fiabilidad. La teoría clásica de los test explicó que la puntuación lograda por un sujeto era la calificación real más el error no sistemático de medida (Aiken, 1996). La varianza de las calificaciones observadas para un grupo de sujetos es igual a la varianza de sus calificaciones reales más la varianza de errores no sistemáticos de medición. De ese modo, la fiabilidad es definida como la relación de la varianza real y la proporción de la varianza observada.

El coeficiente de fiabilidad es un índice de confianza y por tanto indica la razón entre la varianza de la puntuación verdadera y la varianza total por lo cual no es un valor de todo o nada, sino que existen distintos tipos y grados de fiabilidad. Cuando se está midiendo algo a través de una prueba refleja tanto la puntuación real como el error, explicando éste como un componente de la puntuación y no del individuo que está realizando la prueba (Cohen y Swerdlik, 2001).

La falta de fiabilidad es el resultado de los errores en la medida que se producen por estados internos temporales, como baja motivación o condiciones externas, como un entorno incómodo o con distracciones para una prueba (Aiken, 1996).

La fiabilidad en los instrumentos de evaluación es muy importante que comprobemos que sea alta a la hora de elegirlos en nuestra práctica diaria, son los niveles superiores a (90) los que debemos elegir, si hay que tomar decisiones sobre un sujeto los de fiabilidad moderada entre (75-85) se pueden utilizar como pruebas de cribado, y los de fiabilidad baja inferior a (65) han de ser rechazadas, ya que incluyen un exceso de error (Forms et al., 2002).

VALIDEZ

Las inferencias referentes al funcionamiento de las personas a partir de test fiables es lo que se designa validez, tienen que medir la dimensión real y las deducciones que se hagan resulten significativas y demuestren su utilidad (AERA,APA,NCME,1954,1985,1999).

En el año 1954, agrupan la validez predictiva y concurrente en validez de criterio y más tarde se instaura la validez de constructo (*Cronbach,1984*). La validez se reconoce como un proceso de recogida de pruebas relacionadas con el constructo, contenido o criterio y los datos que se obtienen del instrumento son sometidos a evaluación y a la interpretación de estos datos, es lo que se denomina validez (*Cronbach,1971*).

Los errores sistemáticos como no sistemáticos, pueden tener consecuencias en la validez, el verificar un rasgo aislado sin la influencia de otros rasgos es de gran dificultad, ya que se está midiendo una variable de forma constante a causa de un error sistemático y esta variable no estaba prevista dentro de la medición de la prueba. Una prueba puede ser fiable sin ser válida, pero no al contrario. La validez se refiere a la interpretación de las puntuaciones de un instrumento y es reducida a un coeficiente concreto. Cuando se habla de validez es de evidencia, no de tipos de validez.

En un proceso de validación, puede ser cualquier información la que se identifica con el proceso de construcción y de contrastación de hipótesis (*Silva,1989*). Métodos mediante los cuales puede evaluarse la validez, es el análisis de contenido, la relación que tienen las puntuaciones

puntuaciones en base a un criterio de interés, el análisis general de las características psicológicas o constructos resultante de la prueba (Aiken,1996; Swerdlik, 2001).

Existen autores que difieren en cuanto a que los tres enfoques para la evaluación de la validez no son entre sí excluyentes, cada enfoque de la validez es una evidencia que junto a otras ayudan a tener una visión unificada de la validez de prueba (Cohen y Swerdlik,2001).

Desde hace varias décadas ya se instruía sobre la rigurosidad y entidad del constructo medido, además de las correlaciones de test-criterio (Cronbach y Meehl,1955), a partir de entonces y durante muchos años fueron las vías esenciales para recoger datos en el proceso de validación de los test, fueron el análisis de los contenidos de la prueba, las correlaciones test-criterio y la entidad de los constructos lo que dio lugar a que se hablase de la validez como una trinidad: la validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo.

Los estándares de la (AERA, APA y NCME,1985) referían que, esas tres vías de recogida de datos son legítimas, la realidad es que la validez sólo es una, era el planteamiento en los años ochenta, fue el resultado de asumir el planteamiento de la validez en un marco de comprobación de hipótesis, conservan el concepto de validez como algo unitario (Messick,1980,1988,1989).

La validación de un test se considera como un particular de la comprobación de hipótesis científicas, pero no existe un método científico que de forma algorítmica de solución a todos los problemas (Weinberg,2003), algunos autores refieren que esto es una justificación del planteamiento que hacen (*Brennan,1998,2001*).

Aunque las vías clásicas de recogida de datos sobre la validez son: la validez Criterial, de Contenido y de Constructo, señalan además de estas tres, los procesos de respuesta implicados, la problemática de la validez, o las consecuencias de los test (AERA, NCME, APA, 1999). La validez de contenido representa la comprobación de que el contenido de la técnica contenga una muestra representativa del universo posible de conductas que se pretende evaluar (Fernández-Ballesteros y Maciá,1992).

La prueba tendrá validez de contenido cuando los expertos en la materia estimen los reactivos de la prueba y se produzca el acuerdo entre ellos que la prueba funciona como medida del objetivo que se quiere obtener con la misma.

La planificación de un test, en cuanto a lo que quiere medir y otros aspectos como tareas, estímulos y situaciones; la especificidad de la respuesta y las instrucciones que se le otorgan al paciente o cliente, optimiza la validez de contenido (Cronbach,1998).

Validez criterial

La validez criterial, también llamada predictiva, expresa el grado en que las puntuaciones en una variable, comúnmente un predictor, pueden utilizarse para inferir el rendimiento en una variable diferente y operacionalmente independiente llamada criterio, es decir, establece la medida en la cual el instrumento está asociado a un criterio independiente (Guion,1974).

La variable anunciada es la criterio, por ejemplo, el rendimiento académico y el predictor, aquella a través de la cual se predice por ejemplo un test de inteligencia, y la validez criterial expresaría la “convergencia de indicadores” (Cronbach,1971; Haynes,1983).

Dos tipos de validez se incluyen dentro de la validez criterial:

La validez concurrente: Es la forma de validez relacionada con un criterio que es un índice del grado en que una puntuación de una prueba se relaciona con alguna medida criterio obtenida al mismo tiempo de forma concurrente (Cohen y Swerdlik, 2001). Por ejemplo el diagnóstico psiquiátrico actual de los pacientes sería una medida apropiada de criterio para proporcionar evidencia de validez para una prueba psicodiagnóstica de lápiz y papel (Gregory, 2001).

La validez predictiva: Esta validez, se relaciona con un criterio que es un índice del grado en la que una puntuación predice alguna medida criterio (Cohen y Swerdlik, 2001).

De todas formas este tipo de validez, se obtiene pasando desde meses hasta años, después de que se han obtenido las puntuaciones de la prueba.

Como por ejemplo, cuando se hace una predicción del promedio de unas calificaciones escolares obtenidas por un estudiante, si el examen de ingreso a la universidad fue preciso en la predicción del promedio de calificaciones escolares subsecuentes de la persona evaluada, poseería una validez relacionada con el criterio (Gregory, 2001).

Existen una serie de factores que pueden afectar a la validez criterial (Aiken, 1996): Las diferencias de grupo, en cuanto la edad, sexo y rasgos de personalidad pueden afectar a las correlaciones entre una prueba y una medida de criterio. La homogeneidad es básica, para que el coeficiente de validez sea más reducido.

El coeficiente de validez puede ser mayor, según el grupo sometido a prueba, si esta prueba representa un indicador válido de una variable criterio, en un determinado grupo de sujetos, obtendremos validez cruzada, que significa que

en una segunda prueba, a una segunda muestra de sujetos, se debe observar si conserva su validez en las distintas muestras.

La validez lo mismo que la fiabilidad puede variar si la muestra es heterogénea, y la prueba es extensa, las características a medir tendrán varianzas superiores. Se puede controlar los sesgos del experimentador con un análisis ciego, es decir, sin informar a la persona que realiza el diagnóstico ninguna información sobre los sujetos, excepto las calificaciones de la prueba.

Figura 4: Criterios de calidad exigibles a los instrumentos de Evaluación Psicológica



(Moreno y Rosset, 2005).

Índice de base

Es la proporción de personas en una población que muestran o bien un comportamiento específico o una característica de interés. Cualquier conducta que tenga un índice más bajo en la sociedad la dificultad del diagnóstico por ejemplo aumentaría respecto a otra conducta, síntoma etc., que tengan índices de base más altos.

Incremento de la validez

Este se refiere a que aumenta la precisión de las predicciones y los diagnósticos cuando el instrumento se incluye en una batería de técnicas de evaluación, frente a las ocasiones en que se utiliza separadamente. La importancia de la adecuada selección de los instrumentos de evaluación durante el proceso de la misma, de forma que la administración de un instrumento justifique su costo.

Validez de constructo

Dos tipos de estudios secundarios conforma el análisis de contenido, uno de ellos evalúa las relaciones entre el constructo y el contenido del test, su objetivo es avalar que la muestra de los ítems es significativa como representativa del constructo (Sirecci,1998). Nos encontramos con autores que apuntan que la medición debiera ser dirigida siempre a los constructos, porque éstos integran las consideraciones criteriosales y de contenido (*Messick,1975; Anastasi,1985*).

Muchos autores consideran la validez de constructo como unificador de los tipos de evidencia de validez. Desde ese punto de vista, los estudios de validez de contenido, concurrente y predictiva se consideran como certeza del apoyo en la búsqueda acumulativa de validación del constructo (*Gregory, 2001*).

Instrumentos diagnósticos para evaluar el Trastorno Límite de Personalidad

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2001), aconseja que se debe seguir una serie de procedimientos en el momento de hacer una evaluación psicológica a los sujetos que padecen el Trastorno Límite de la personalidad. La entrevista psicopatológica es imprescindible en un primer momento, así como el cumplimiento de los diagnósticos en el DSM como en la CIE. En concreto el TLP, por la diversidad de su sintomatología, y por la cantidad de diagnósticos que se pueden llegar a obtener, es aconsejable hacer uso de los instrumentos que tenemos a nuestro alcance, por una parte debido a que nos encontramos con la inexperiencia del clínico en este trastorno, además de topar con pacientes que les es difícil expresar su sufrimiento con palabras.

Y como consecuencia la evaluación se vuelve más complicada. En la medida de lo posible, necesitamos obtener información a través de otros medios, como familiares, parejas o amigos de su entorno más cercano. Es imprescindible hacer una valoración exhaustiva del riesgo de suicidio, si hay historia de autolesiones en el pasado y en el presente inmediato, conocer si hay consumo de sustancias tóxicas, bien dependencia o abuso, porque la ingesta de las mismas empeora el pronóstico de estos pacientes.

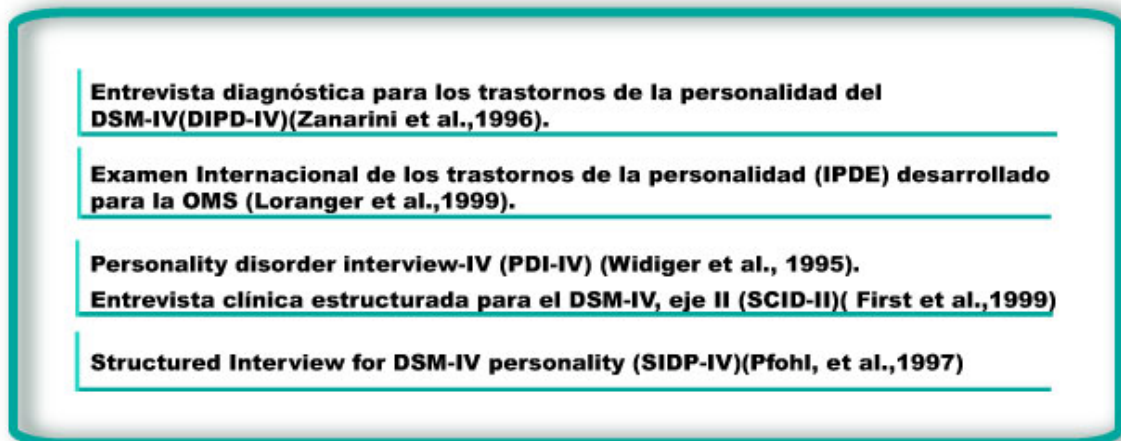
La historia personal del paciente en cuanto a relaciones sociales, con quien vive, relaciones familiares, situación económica, trabajo si tienen o han tenido en el pasado y cuanto tiempo han permanecido en los mismos, ya que en muchas de las ocasiones son los mismos pacientes los que abandonan el trabajo al poco tiempo, y pasan de un trabajo a otro y otros muchos ni tan siquiera trabajan ni lo buscan.

Los intentos de evaluación sistemática del trastorno de la personalidad son relativamente recientes (Caballo, 2004), y el grado de concordancia entre los autoinformes y las entrevistas clínicas es muy bajo, lo que indica una baja fiabilidad en el diagnóstico de estos trastornos.

Los cuestionarios autoadministrados y las entrevistas estructuradas son los sistemas de medida más utilizados, a pesar del acuerdo existente de superioridad de las entrevistas sobre los cuestionarios, en este campo, las entrevistas requieren un tiempo de administración prolongado y la necesidad de un personal especializado, en general la evaluación de los trastornos mentales se ha realizado con diferentes sistemas de medida (Echeburúa, Amor et al., 2003).

Instrumentos para la evaluación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad según los siguientes criterios:

Las entrevistas semiestructuradas basadas en el DSM:



Entrevistas específicas para el TLP:

Entrevista diagnóstica para el trastorno límite revisada (DIB-R) (Barrachina et al., 2004). Zanarini rating for Borderline personality disorder (ZAN-BPD) (Zanarini et al., 2003). En las últimas décadas se ha avanzado notablemente en el desarrollo de la evaluación de síntomas y signos psiquiátricos a través de las entrevistas semiestructuradas, de gran ayuda para el clínico a la hora de diagnosticar trastornos como el TLP, además de la necesidad para los investigadores de poseer este tipo de instrumentos, los cuales son necesarios para la interpretación de síntomas y reducir la ambigüedad de las respuestas, y por supuesto la capacidad de discriminar entre los trastornos de personalidad del eje II, con los trastornos del eje I (Kiejna et al., 2015).

Cuestionarios auto-informados basados en la entrevista en la taxonomía del DSM, estos cuestionarios tienen la ventaja de permitir identificar con rapidez y efectividad clínica qué aspectos deberán ser explorados más explícitamente.

Señalamos algunos:

Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV(DIPD-IV)(Zanarini et al.,1996).

Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE) desarrollado para la OMS (Loranger et al.,1999).

Personality disorder interview-IV (PDI-IV) (Widiger et al., 1995).

Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV, eje II (SCID-II)(First et al.,1999)

Structured Interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)(Pfohl, et al.,1997)

Instrumentos basados en modelos dimensionales:

Instrumentos basados en modelos dimensionales, engloban no sólo los extremos que pudieran resultar más desadaptativos de los trastornos de la personalidad, sino también la estructura general de la misma. Y esta evaluación basada en dimensiones la evaluación dimensional de la personalidad se ha fundamentado en el formato del cuestionario auto-informado. Los más empleados son:

El cuestionario para los Cinco Grandes Factores (NEO-PI-R) (Boyle et al.,2008)

Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ)(Zuckerman, 2002)

Inventario de Temperamento y Carácter (TCI-R), (Gutiérrez-Zotes et al.,2004)

Cuestionario Básico para la Evaluación dimensional de la patología de la Personalidad (DAPP-BQ) (Mata, 2009)

Instrumentos de Valoración del riesgo del Suicidio

Los pacientes que padecen el TLP tienen un alto índice en autolesiones e intentos de suicidio, además de los que llegan a ser consumados que se calculan que están sobre el 10% debido a esto necesitamos de estas escalas, podemos nombrar las siguientes Entrevistas:

Self-Injurious thoughts and behaviors interview (SIIBI) (Nock et al.,2007)

Suicide attempt self-injury Interview(SASII) (Linehan et al., 2006)

Functional assessment of self-mutilation(FASM) (Lloyd et al.,1997)

Escala de Ideación Suicida (SSI)(Niméus et al.,2000).

Auto-informes:Beck Suicidal Ideation Scale (BSIS) (Beck et al.,1979)

Suicidal behaviors questionnaire(SBQ-R) (Osman et al., 2001)

Pruebas diagnósticas para valorar el cambio en la sintomatología, para incrementar la utilidad clínica de la evaluación, se hace necesario usar instrumentos fiables que acorten el tiempo sin disminuir por ello la calidad e idoneidad del diagnóstico. Recientemente han aparecido escalas que permiten no sólo evaluar la severidad del trastorno, sino el cambio en los síntomas provocado por la intervención terapéutica.

Instrumentos que han mostrado sensibilidad al cambio:

Objective behavioral index (OBI) (Marziali et al., 1999)

Borderline evaluation of severity over time(BEST)(Pfohl, et al., 2009)

Severity index of personality problems(SIPP-II8) (Verheul et al., 2008)


Questionnaire of thoughts and feeling (QTF) (Renneberg et al., 2005)

Sin embargo, éstas escalas no evalúan síntomas tan característicos del TLP como los sentimientos de vacío, el miedo al abandono o los problemas en las relaciones interpersonales derivados de la oscilación entre la idealización y la devaluación del otro. Se desarrollan así herramientas específicas para el TLP, como la escala ZAN-BPD (Zanarini et al., 2003) y la escala ICG-TLP (Adaptación de la ICG específica para evaluar pacientes con TLP) (Pérez et al., 2007).

En esta misma línea encontramos instrumentos auto-administrados para la evaluación subjetiva de la sintomatología clínica característica del TLP, como es el caso del BSL-95 (Bohus et al., 2007) y del BSL-23 (Bohus et al.,2009). Estas escalas tienen una gran utilidad clínica dado que ofrecen una medida de la gravedad de la sintomatología del TLP y se muestran sensibles al cambio producido por una intervención.

Algunos autores recomiendan administrar primero un cuestionario autoinformado para estar atentos de la presencia de rasgos inadaptados de personalidad, seguidos de una entrevista semi-estructurada para confirmar su presencia. Recientemente se señala la existencia de la fuerza de los auto-informes y entrevistas semi-estructuradas en relación con entrevistas clínicas no estructuradas, se habla de mejorar los instrumentos diagnósticos, considerar la edad de inicio del trastorno, las distorsiones perceptuales, la inclinación hacia el sexo, la cultura con su identidad étnica, y el cambio de personalidad (Thomas A. et al., 2005).

El índice de gravedad del Trastorno límite de la personalidad es una entrevista estructurada y con excelentes propiedades psicométricas y sensibilidad al cambio (Arntz et al., 2003). Respecto a las medidas de autoinforme, el más conocido es el Índice del Síndrome Límite (Borderline Syndrome Index; Arntz et al.,2003). Sin embargo, la Lista de Síntomas del trastorno Límite (Borderline Symptom List (BSL) (Bohus et al.,2001) constituye el primer instrumento de autoinforme que evalúa cuantitativamente quejas específicas del paciente (p.ej.,mejoría subjetiva de pacientes conTLP).



Los trastornos de la
personalidad en el
sistema de
clasificación DSM

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DSM

El DSM es el Manual diagnóstico y Estadístico Americano, se desarrolló cuando un conjunto de psicólogos deciden juntarse a pesar de las diferencias teóricas y escuelas de pensamiento que tenían, llegaron a un punto de inflexión, donde aunaron sus diferentes posturas teóricas y sin tener que renunciar a ellas construyeron un modelo o enfoque descriptivo para utilizar una misma clasificación categorial, donde se unieron criterios diagnósticos psicológicos y psiquiátricos. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA,1952) revisa este primer manual DSM y publica en el año 1952 por primera vez el DSM-I, este manual se desarrolla diferenciándose de la primera edición que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es la ICD-6, en la cual se introdujo un apartado concreto para la realización del diagnóstico de los trastornos mentales. El DSM-I hace una descripción de los diagnósticos con cinco grupos de trastornos de la personalidad, en el primer grupo, eran pacientes que después de un tratamiento terapéutico no se hallaba mejoría en ellos, entonces a partir de aquí describieron los trastornos de personalidad inadecuados, el trastorno ciclotímico, el trastorno esquizoide y el paranoide. En el segundo grupo incluían aquellos pacientes con trastornos de personalidad emocionalmente inestables, los trastornos pasivo-agresivo y los trastornos compulsivos. El tercer grupo estaba compuesto por personalidades sociopáticas, sujetos con conductas conflictivas y socialmente inadmisibles, como la homosexualidad y el alcoholismo.

El cuarto y el quinto grupo, hacían referencia a reacciones situacionales convertido en un trastorno transitorio, como la enuresis, los déficits del aprendizaje y los trastornos por estrés. Esta edición estaba influenciada por el modelo médico y por la teoría psicoanalítica. No queda exenta de obtener críticas sobre la validez y la fiabilidad en los diagnósticos.

DSM-II

En el año 1968, la APA presenta la nueva revisión del DSM-II, la cual se va a basar en la sección de los trastornos mentales de la nueva revisión de la Organización Mundial de la Salud, la ICD-8, las dos entran en vigor el mismo año. En el DSM-II se subraya que los pacientes con estos trastornos poseen un funcionamiento general deteriorado y manifiestan angustia.

En cuanto a los trastornos de personalidad en el DSM-II los teóricos discrepaban con la solapación que tenían con los neuróticos y psicóticos y no existían criterios que pudieran distinguir unos de otros, además que no se avanzaba en investigación respecto a la fiabilidad y validez de los diagnósticos.

Los clínicos dependían de sus entrevistas y de la subjetividad de su juicio clínico, y no era una gran aportación a la hora de investigar. Con todo esto se incrementaba la necesidad de tener un eje en el cual estuviera compuesto únicamente los trastornos de la personalidad y así poder separarlos de otras patologías mentales. El DSM es el Manual diagnóstico y Estadístico Americano, se desarrolló cuando un conjunto de psicólogos deciden juntarse a pesar de las diferencias teóricas y escuelas de pensamiento que tenían, llegaron a un punto de inflexión, donde aunaron sus diferentes posturas teóricas y sin tener que renunciar a ellas construyeron un modelo o enfoque descriptivo para utilizar una

misma clasificación categorial, donde se unieran criterios diagnósticos psicológicos y psiquiátricos. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA,1952) revisa este primer manual DSM y publica en el año 1952 por primera vez el DSM-I, este manual se desarrolla diferenciándose de la primera edición que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es la ICD-6, en la cual se introdujo un apartado concreto para la realización del diagnóstico de los trastornos mentales. El DSM-I hace una descripción de los diagnósticos con cinco grupos de trastornos de la personalidad, en el primer grupo, eran pacientes que después de un tratamiento terapéutico no se hallaba mejoría en ellos, entonces a partir de aquí describieron los trastornos de personalidad inadecuados, el trastorno ciclotímico, el trastorno esquizoide y el paranoide. En el segundo grupo incluían aquellos pacientes con trastornos de personalidad emocionalmente inestables, los trastornos pasivo-agresivo y los trastornos compulsivos. El tercer grupo estaba compuesto por personalidades sociopáticas, sujetos con conductas conflictivas y socialmente inadmisibles, como la homosexualidad y el alcoholismo.

El cuarto y el quinto grupo, hacían referencia a reacciones situacionales convertido en un trastorno transitorio, como la enuresis, los déficits del aprendizaje y los trastornos por estrés. Esta edición estaba influenciada por el modelo médico y por la teoría psicoanalítica. No queda exenta de obtener críticas sobre la validez y la fiabilidad en los diagnósticos.

DSM-II

En el año 1968, la APA presenta la nueva revisión del DSM-II, la cual se va a basar en la sección de los trastornos mentales de la nueva revisión de la Organización Mundial de la Salud, la ICD-8, las dos entran en vigor el mismo año. En el DSM-II se subraya que los pacientes con estos trastornos poseen un funcionamiento general deteriorado y manifiestan angustia.

En cuanto a los trastornos de personalidad en el DSM-II los teóricos discrepaban con la solapación que tenían con los neuróticos y psicóticos y no existían criterios que pudieran distinguir unos de otros, además que no se avanzaba en investigación respecto a la fiabilidad y validez de los diagnósticos.

Los clínicos dependían de sus entrevistas y de la subjetividad de su juicio clínico, y no era una gran aportación a la hora de investigar. Con todo esto se incrementaba la necesidad de tener un eje en el cual estuviera compuesto únicamente los trastornos de la personalidad y así poder separarlos de otras patologías mentales.

El DSM-II fue ampliado y modificado con los siguientes trastornos de personalidad:

Paranoide
Esquizoide
Antisocial
Histérica
Obsesivo-Compulsivo
Pasivo-agresiva
Ciclotímica
Explosiva
Asténica
Inadecuada

Tabla 4. DSM-II (APA,1968)

A pesar del cambio en el número de posibles trastornos, el criterio que se utilizaba para diagnosticar a un individuo, era el mismo en ambas ediciones: la asignación del diagnóstico de trastorno de la personalidad se reservaba para aquellos pacientes con problemas psicopatológicos que no pertenecían al ámbito ni de la neurosis ni de la psicosis (Gunderson,1989), es decir, que el diagnóstico de trastorno de la personalidad se realizaba casi por exclusión, se llegaba a realizar si presentaba alteraciones profundas en su forma de ser.

DSM-III (1980)

La APA en 1980 desarrolla el DSM-III, paralelamente a la elaboración de la ICD (1979), y en 1983 se comienza hacer uso de ella traducida al castellano. El DSM-III es que el que va a despegar con un planteamiento más científico, se precisaba la obtención de una clasificación psicopatológica en la cual se podrían desarrollar diagnósticos más fiables, a la vez que los tratamientos serían más exactos, la comunicación entre los profesionales aumentó, y el establecimiento de un sistema de diagnóstico multiaxial garantizaba en cierto modo que aspectos estaban involucrados en los trastornos referentes al curso, a su etiología y al funcionamiento social del individuo.

El DSM-III concluía con cinco ejes, entre los que se encontraban: el eje I con los síndromes clínicos, el eje II con los trastornos de personalidad, el eje III eran condiciones médicas generales, eje IV problemas psicosociales y del entorno, y el eje V, evaluación global del funcionamiento. Los más destacables eran el eje I que incluía los trastornos mentales propiamente dichos, y el eje II, que por primera vez va a situar a los Trastornos de personalidad en un eje separado de los grandes síndromes clínicos, se sitúan por fin, los trastornos de personalidad en una posición diagnóstica, y diferenciada de otras categorías.

Los Trastornos de personalidad al encontrarse en un eje separado dan como resultado un aumento de la prevalencia de éstos (Loranger, 1990) y el interés va creciendo en torno a la investigación, a pesar que la evaluación y diagnóstico siguen siendo compleja (Widiger, 2000).

Con el interés y desarrollo de la investigación aparecen revistas especializadas dedicadas al estudio de la personalidad como el Journal Personality Disorders. La diferencia que se produce entre el DSM II y DSM III, dan como resultado diferentes porcentajes en cuanto a los diagnósticos, un 19,1% en el DSM-II y un 42% en el DSM-III (Loranger,1990). A partir de la clasificación de los trastornos de personalidad se realizan agrupaciones de los mismos: Individuos raros y excéntricos: paranoide, esquizoide y esquizotípico. Individuos teatrales, emotivos y erráticos: Histriónicos, antisociales, narcisistas. Individuos con Trastorno de Personalidad ansioso o temeroso: trastornos de personalidad por evitación, por dependencia, los TP compulsivos y los TP pasivo-agresivo. Con esta nueva organización va a desaparecer las personalidades asténica e inadecuada.

La ciclotímica va a dejar de ser un Trastorno de Personalidad y se va a clasificar como un trastorno afectivo y la explosiva se va a trasladar al grupo de los trastornos impulsivos. También aparecen nuevas categorías, el TP por evitación, el TP por dependencia, el TP límite y el TP narcisista. El DSM-III mantenía un acercamiento descriptivo ateorico, y obtiene la conformidad de clínicos e investigadores de diferentes orientaciones. A pesar de los grandes cambios con el DSM-III, se siguen formando diagnósticos de trastornos de la personalidad con fiabilidad inadecuada y con un elevado grado de inferencia (Zimmerman,1994). En el transcurso del siglo XX se diferncian dos etapas en el estudio de la personalidad, una es desde la fenomenología clásica y el psicoanálisis y la otra la inclusión de los trastornos de personalidad en el eje II (Livesley y Jang, 2000).

DSM-III-R

El DSM-III-R aparece en 1987 (APA,1987) en esta revisión se encuentran los mayores cambios respecto al anterior en el eje II. A pesar de estos cambios la fiabilidad entre los diagnósticos sigue siendo imprecisa. En esta revisión el trastorno de personalidad compulsivo se convierte en un trastorno obsesivo-compulsivo, el TP masoquista y trastorno sádico se van a incluir en un apéndice destinado a estudios e investigaciones futuras.

DSM-IV

El DSM-IV (APA,1994) y posteriormente el DSM-IV-TR (APA,2000) desarrollan numerosos cambios en el eje II. En Europa se utiliza el ICD-10, mientras que en los EEUU se emplea la ICD-9-MC (Modificación Clínica). Los códigos y los términos del DSM-IV son factibles con los dos manuales. A partir de los cambios ejecutados en el eje II se aumenta la validez de las categorías de los TP, a través de cuantiosas publicaciones. Es el DSM-IV el que introduce el inicio del trastorno, así como la inflexibilidad de los rasgos de personalidad y la extensibilidad del deterioro a casi todas las áreas del paciente.

El DSM-IV también introduce cambios en los criterios diagnósticos de algunos trastornos específicos (Widiger, 2001). Los trastornos siguen agrupados lo mismo que en el DSM-III. El grupo A, con el TP paranoide, TP esquizoide y TP esquizotípico; el grupo B con el TP antisocial, TP límite, TP histriónico y TP narcisista, y el grupo C, con el TP por evitación, TP por dependencia y TP obsesivo compulsivo.

Fijan una categoría residual con los trastornos de personalidad no especificados, para aquellos casos en los que no cumplan los criterios para un trastorno específico, pero si los criterios generales para un TP. Los trastornos de la personalidad se mantienen definiéndose como el DSM-III-R, desde un enfoque categorial, se debatía sobre la posibilidad de crear un sistema dimensional, de alguna forma que complementase el sistema categorial. Se obtienen así diagnósticos heterogéneos que son como colecciones arbitrarias de criterios sin una clara estructura explícita (Livesley y Jang,2000).

La ausencia de unos límites claros entre algunas categorías diagnósticas, comorbilidad, parcialidad y pérdida de información clínica, problemas de clasificación cuando los pacientes está entre los límites de diferentes trastornos y entre los criterios de normalidad y anormalidad, entre otros. El DSM-IV asimismo fija cambios en los criterios diagnósticos de algunos trastornos específicos (Widiger, 2001).

DSM-IV-TR

La APA presentó durante el año 2000 la revisión del DSM-IV. Los cambios producidos en el eje II resultan mínimos y aparecen resumidos en el apéndice D, y no se incorpora nuevas propuestas, trabajo reservado para el DSM-V. En el texto introductorio se subraya un poco más la alternativa de los modelos dimensionales en la definición de los trastornos de la personalidad.

La clasificación de los trastornos de la personalidad que hacen tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10, deriva de una orientación categorial, cuyo precedente se halla en el modelo clásico de Kurt Schneider (1980), su modelo se basaba en

que los trastornos de personalidad son entidades patológicas individuales y que cada una forma una categoría diagnóstica. Schneider aludía a que la ventaja de un sistema categorial ahorra a la hora de conceptualizar un síndrome y por consiguiente ayuda a transmitir la información a otros profesionales. Gracias a Kurt Schneider nos hemos ido manejando a través de él, con un concepto de las psicopatías, sus bases disposicionales, la relación psicopatía-neurosis y la validez de las tipologías (Schneider,1980).

Durante el año 2000, la Asociación americana de Psiquiatría presentó la revisión del DSM-IV-TR, realizando algo intermedio entre éste y el DSM-V, aunque el espacio temporal entre uno y otro ha resultado más largo que en ediciones anteriores. En el texto introductorio se subraya más la alternativa de los modelos dimensionales en la definición de los trastornos de la personalidad. En el DSM-IV-TR, una vez cumplidos los criterios mínimos (la mitad más uno, independientemente de cuáles sean en concreto), en concreto en el trastorno límite de la personalidad, haciendo probabilidad salen 256 TLP diferentes.

La desventajas que tiene el hacer un diagnóstico categorial en los TP, el solapamiento de los criterios propuestos entre diversas categorías y trastornos del eje I, la baja fiabilidad temporal y entre evaluadores, pobre validez diagnóstica y poca utilidad para el tratamiento. Una aproximación dimensional brinda las siguientes ventajas: es sólido con la observación de límites difusos entre los trastornos y la normalidad.

Es más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica, la medida dimensional se puede transformar en categorial pero no al contrario y la categorización a partir de una dimensionalización, permite variar los puntos de corte teniendo en cuenta las especificidades contextuales,

culturales e individuales. Es posible hacer análisis más finos de las características de los pacientes, se facilitan al terapeuta áreas de intervención concreta y se mejora la fiabilidad de la evaluación.

El trastorno límite de la personalidad presenta una información adicional significativa respecto al curso del trastorno. Por primera vez se hace referencia a la importancia del tratamiento como un factor de buen pronóstico, observándose con una frecuencia de una mejoría durante el primer año. Los estudios de seguimiento en centros ambulatorios de salud mental nos muestran que, pasando unos dos años, la media de pacientes ya no completan todos los criterios. En el TP por dependencia señala que algunos estudios describen tasas de prevalencia similares entre hombres y mujeres, eliminándose la probable asociación entre el género femenino y este trastorno. Finalmente se ha considerado de forma más clara la probable relación entre el TP obsesivo-compulsivo y los trastornos de ansiedad.

Nuevo planteamiento de los trastornos de personalidad en el DSM-5

Esta revisión del Manual de Clasificación de las Enfermedades Mentales ha conllevado más tiempo que ninguno de los anteriores. La APA en 2010, durante la revisión y estudio, para el ya conocido DSM-V, creó una página web (www.dsm5.org) como un espacio abierto a las críticas y propuestas de la comunidad científica, sobre el borrador del DSM-5.

Uno de los apartados importantes a reconceptualizar es el de la psicopatología de la personalidad, como carencias básicas en el funcionamiento de la personalidad, como rasgos patológicos de la personalidad y como tipos destacados.

Los Trastornos de Personalidad se diagnostican siguiendo cuatro criterios: identificación de cinco niveles de gravedad del funcionamiento de la personalidad, incorporación de cinco categorías de TP, creación de seis dominios generales de la personalidad y el grupo de trabajo el DSM-5 recomienda que los pacientes sean valorados en función de seis dominios de orden superior, y de 37 facetas-rasgos de la personalidad más delimitadas. La redefinición de los TP fundados en rasgos patológicos y deficiencias serias, y en los elementos básicos del funcionamiento de la personalidad.

En un primer momento, el modelo diagnóstico que planteaban en el DSM-5 respecto a la versión anterior del DSM-IV, no consideraban los avances en el conocimiento, que se han ido logrando durante estos años en la investigación sobre los Trastornos de la Personalidad. La versión actual del DSM-5 respecto al TLP, no incorpora cambios notables respecto al DSM-IV (APA,1994), sino que han mantenido el mismo sistema de criterios que ya tenemos desde el DSM-III (APA, 1980).

Mientras que la APA, lo considera un constructo unitario, la Organización de la Salud Mundial, describe dos expresiones clínicas de un mismo trastorno, hecho que dificulta la comprensión consensuada del mismo. Todo esto ha producido en la comunidad científica un gran rechazo y como consecuencia se han levantado duras críticas al respecto (Gunderson, 2010).

El actualmente DSM-5 (APA, 2013) mantiene, en su sección I, la misma definición del TLP que la del DSM-IV-TR (APA, 2000). La novedad es que el DSM-5 presenta, un modelo híbrido dimensional-categorial, que todavía no se ha validado empíricamente. Sin embargo, el DSM-5 plantea, en su sección III, una alternativa diagnóstica en base a un modelo híbrido dimensional-categorial que

altera de manera notable el sistema diagnóstico propuesto clásicamente desde el DSM-III. Este modelo híbrido define los Trastornos de Personalidad como un constructo de patología en el que presenta una incapacidad de desarrollar un sentido de identidad propia con déficits en el autoconcepto, en el autocontrol, además de la dificultad de establecer vínculos interpersonales adaptativos en el contexto de las normas culturales del individuo, con alteraciones en el ámbito de la empatía, de la intimidad y de la colaboración con los demás.

Esta incapacidad que manifiesta, es estable en el tiempo y de origen temprano. El DSM-5 (APA, 2013) a diferencia del DSM-IV-TR, propone unos criterios siguiendo este modelo híbrido dimensional-categorial, que para construir un diagnóstico de TLP, se debe asumir un deterioro de moderado a grave en el funcionamiento de la personalidad, y la presencia de cuatro o más rasgos patológicos, con la obligación de que uno de ellos sea la impulsividad, asunción de riesgos u hostilidad.

Este modelo considera ciertos criterios esenciales para el diagnóstico del TLP. Esto da lugar a que el DSM-V, al igual que su predecesor, reconozca la posible existencia de 256 expresiones distintas del trastorno (Gunderson, 2010).

Tabla 5. Criterios para TLP en DSM-5 Sección II (APA, 2013)

DSM-V
A. Afectación moderada o grave del funcionamiento de la personalidad, en forma de afectación de dos o más de las 4 siguientes áreas:
1. Identidad: Marcadamente empobrecida, mal desarrollada, o auto-imagen inestable, a menudo asociado con excesiva auto-crítica; sentimientos crónicos de vacío; sistomatología disociativa en situaciones de estrés
2. Auto-dirección: Inestabilidad en objetivos, aspiraciones, valores, planes de carrera
3. Empatía: Afectación de la habilidad para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociado a hipersensibilidad interpersonal; percepciones de los demás desviadas hacia atribuciones negativas o vulnerabilidades
4. Relaciones íntimas: Intensas, inestables, y relaciones cercanas conflictivas, marcado por la desconfianza, la necesidad, y la preocupación ansiosa hacia el abandono real o imaginario; relaciones que se mueven entre la idealización y la devaluación y alternando entre la sobre implicación y el abandono
Cuatro o más de los siguientes siete rasgos de personalidad patológicos, siendo al menos uno de ellos: impulsividad (5), asunción de riesgos (6), hostilidad (7):
1. Labilidad Emocional (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
2. Ansiedad (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
3. Inseguridad de separación (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
4. Tendencias depresivas (del dominio de rasgo Afecto Negativo)
5. Impulsividad (del dominio de rasgo Desinhibición)
6. Asunción de riesgos (del dominio de rasgo Desinhibición)
7. Hostilidad (del dominio de rasgo Antagonismo)

Tabla 5

El Cuestionario BSL-95

El cuestionario BSL se desarrolló en Alemania y se publicó en alemán por primera vez con el título: "Entwicklung der Borderline Symptom Liste" por (Bohus *et al.*, 2001), al mismo tiempo fue publicado en inglés: "Development of the Borderline Symptom List" (Desarrollo de la lista de Síntomas del trastorno límite de la personalidad). Este cuestionario autoinformado para el Trastorno Límite de la personalidad, es cuantitativo, evalúa quejas o el dolor subjetivo de estos pacientes. Los autores de este cuestionario hicieron referencia al diagnóstico del trastorno como válido y confiable, pero destacaron que no existían instrumentos estandarizados para medir el grado de sintomatología de los pacientes.

La BSL-95 se trata del primer cuestionario de autoevaluación que es capaz de ofrecer resultados psicométricos muy positivos, tanto en los obtenidos en validez como en fiabilidad. Es un instrumento de medida dimensional que es administrado sin necesidad de criterio clínico, consta de 95 ítems basados en el DSM-IV, en la escala revisada DIB-R, en opiniones de expertos clínicos y en la experiencia de los pacientes.

Los ítems que conforman la escala se valoran en relación a lo experimentado durante la última semana, presentando una escala Likert como modalidad de respuesta, donde los evaluados disponen de opciones comprendidas entre el valor de 0 a 5, siendo las respuestas de opción las siguientes: (0=nunca, 1=algo, 2=bastante, 3=mucho, y 4=muchísimo). Respecto a la consecución de la puntuación total, ésta se alcanza mediante la realización del promedio de las respuestas puntuadas entre 0 y 4.

La escala permite la valoración de siete factores: autoimagen (factor que explica el 32% de la varianza total), regulación del afecto, autoagresión, distimia, soledad, intrusiones y hostilidad.

En lo que se refiere a la capacidad psicométrica de la escala BSL-95 hay que destacar: La consistencia interna, la cual es elevada (alfa de Cronbach= 0,97). Presenta una elevada fiabilidad test-retest ($r = 0,80$, $p < 0,001$). Una adecuada y positiva validez convergente con la escala SCL-90-R y al mismo tiempo se les paso una escala visual análoga que evaluaba el bienestar global del 0 (muy mal) al 100 (excelente).

Presenta correlaciones positivas con medidas de ansiedad, además de buena validez discriminativa más elevada para el TLP, que para otros trastornos del eje I. Años después, publican las propiedades psicométricas de la Lista de síntomas para el Trastorno Límite de la personalidad por (Bohus, et al., 2007).

Escala BSL-23 original


El desarrollo de la escala original BSL-23, estimada como una escala complementaria en la evaluación del TLP, basada en la investigación de una muestra de 379 pacientes diagnosticados de TLP, fueron escogidos por medio de las respuestas a los ítems del BSL-95, que presentaban los niveles más altos de sensibilidad al cambio, asimismo reflejaban una distinción muy clara entre los pacientes con TLP de otros pacientes. Esta escala es la versión reducida del BSL-95 y consta de 23 ítems, de los cuales, nueve de ellos son de la escala BSL-95 que presentan mayor capacidad discriminativa y los otros 14 ítems restantes son los que mayor sensibilidad al cambio demostraron, sin que por ello se produzcan repeticiones. Una de sus principales ventajas es la rápida administración, lo que conlleva menos cansancio para el paciente y mayor capacidad de aplicación en el ámbito de la investigación. Las propiedades psicométricas del BSL-23 fueron investigadas y comparadas con las propiedades psicométricas del BSL-95 en 5 muestras diferentes, incluyendo un total de 659 pacientes Límite.

En todas las muestras, se halló una alta correlación entre el BSL-95 y el BSL-23 (0.958-0.963). La consistencia interna era alta para ambas versiones BSL-23, alfa de Cronbach (0.935-0.969); Y el BSL-95 con un alfa de Cronbach (0.977-0.978). Tanto el cuestionario BSL-23 como el BSL-95, distinguieron a pacientes con trastorno de personalidad límite de pacientes diagnosticados en el eje I.

Las comparaciones que se hicieron antes y después del tratamiento con la terapia dialéctica conductual de Linehan (DBT), la cual tuvo una duración de tres meses, revelaron un tamaño de efecto numéricamente más grande para el BSL-23 comparado con la BSL-95.

Respecto a la capacidad psicométrica de la escala BSL-23 en su versión original (*Bohus et al., 2009*) hay que destacar lo siguiente: Solución Unifactorial: el factor obtiene el 40,6 % del total de la varianza explicada. Una elevada consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,97). Presenta una elevada fiabilidad por medio de la prueba test-retest ($r=0,82$; $p < 0,0001$), la validez convergente es elevada (vs. BDI, $r>0,8$, $p<0,01$; vs. SCL-90-R, $r>0,48$, $p<0,01$; vs. BSL-95, $r=0,96$, $p<0,001$) y con buena validez discriminativa (vs. Muestras del eje I, tamaño del efecto promedio= 1.13).

Respecto a la sensibilidad al cambio, se compararon las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento con la DBT, entre la BSL-95 y la BSL-23, las cuales fueron significativamente mayores para la versión reducida de la BSL-95, la escala BSL-23, denotando que este cuestionario tiene una mayor sensibilidad al cambio, conservando asimismo la fiabilidad del mismo.



Planteamiento
experimental

PLANTEAMIENTO EXPERIMENTAL

Introducción

Este estudio está motivado por el gran interés que ha generado el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), en el ámbito de la investigación clínica, debido a su alta prevalencia y al importante gasto que supone a nivel sanitario. Se han desarrollado varios instrumentos para diagnosticar y evaluar este trastorno, como la entrevista diagnóstica para Trastorno de la Personalidad (DIB-R), sin embargo, la utilización de este tipo de instrumentos no es útil para detectar cambios producidos después de una intervención. Además, debido a su largo tiempo de administración, resulta una herramienta difícil de pasar durante las visitas de seguimiento.

Como el TLP presenta un amplio espectro de síntomas, la mayoría de estudios han utilizado baterías de escalas para su evaluación. Desde que se pudo situar los trastornos de personalidad en el eje II del DSM-III, la investigación y el desarrollo de la evaluación, valoración y psicoterapia de estos trastornos, ha ido en aumento, además del desarrollo de nuevos instrumentos para seguir avanzando, es imprescindible. Con el objetivo de progresar en el diagnóstico de estos trastornos, con instrumentos fiables y eficientes, planteamos la estandarización del cuestionario auto-informado BSL-23 al castellano. El desarrollo de esta escala en su primera versión en alemán, seguida del inglés, está siendo traducida en diferentes países.

Objetivos Generales:

Los objetivos generales de este estudio es la adaptación al castellano del BSL-23 y el estudio de las propiedades psicométricas en población clínica. Se espera encontrar en la versión al castellano, niveles de fiabilidad y validez adecuados, comparables o similares a la versión original en inglés, Borderline Symptom List (short-version BSL-23).

Objetivos específicos:

Análisis de los ítems de la BSL- 23.

Estudio de la fiabilidad, como consistencia interna, de la BSL-23.

Estudio de la fiabilidad, como estabilidad temporal, de la BSL-23.

Estudio de la validez de constructo de la BSL-23

Estudio de la validez convergente de la BSL-23.

Estudio de la sensibilidad al cambio de la BSL-23.


Hipótesis

El BSL-23 presentará una estructura unifactorial y las propiedades psicométricas serán similares a la versión inglesa.

Los 23 ítems del BSL-23 presentarán una fiabilidad adecuada (en cuanto a su consistencia interna y estabilidad temporal).

Existirá una elevada correlación entre el BSL-23 y la ICG-TLP-S para evaluar la sensibilidad al cambio.

Se obtendrán altas o moderadas correlaciones entre la escala BSL-23 y otras escalas que miden rasgos de la sintomatología del Trastorno Límite de la personalidad como: depresión, ansiedad estado-rasgo, impulsividad y hostilidad.



Estudio

ESTUDIO

Método

Estudio observacional y multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual, con un período de seguimiento prospectivo de 1 a 12 semanas en el caso de una sub-muestra (n=74).

Participantes

En función de las diferentes características psicométricas a evaluar, se ha estimado un tamaño muestral de 240 pacientes. No obstante, dado que el estudio tanto de la estabilidad temporal como de la sensibilidad al cambio de la BSL-23 conlleva administrar dos veces dicha escala, el número total de administraciones de la BSL-23 se ha estimado en un mínimo de 300.

Los pacientes pertenecían a la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, seguidamente de la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital de Igualada de Barcelona, y del Centro Penitenciario “El Dueso” de Santander (Cantabria), la heterogeneidad de la muestra en diferentes lugares fue escogida para obtener una mayor representividad de la población objeto de estudio. El tamaño de la muestra fue considerado según las recomendaciones psicométricas adecuadas que sugieren de 5 a 10 individuos por ítem (Nunnally JC. y Bernstein I, 1978).

Criterios de inclusión:

Edades comprendidas entre 18 y 45 años. Diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad según el DSM-IV y la entrevista estructurada DIB-R.

Criterios de exclusión:

Comorbilidad actual con el trastorno bipolar, esquizofrenia, episodio depresivo mayor, dependencia de sustancias, y severas dificultades en la comprensión lectora.

Todos los participantes eran nativos de lengua española, recibieron por escrito la descripción del estudio y firmaron el consentimiento del mismo.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Clínico y Ético de Investigación y el Hospital de la Santa Creu i San Pau, en concordancia con la declaración de Helsinki.

Material

Instrumentos

Se utilizó la entrevista diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad (DIB-R) (Zanarini et al.,2003; Barrachina et al., 2004). La DIB-R es una entrevista estructurada para evaluar criterios de diagnóstico en TLP, consta de 125 ítems de los que se derivan 22 frases resumen que pueden tomar tres valores (0=No;1=Sí;2=Probable), las frases resumen a su vez dan cuatro ámbitos de contenido: afectividad, cognición, conductas impulsivas y relaciones interpersonales, y se tarda en administrar de 45 a 60 minutos, esta escala tiene una alta validez discriminativa.

Escalas

La escala BSL-23 (Bohus et al.,2009) es una escala auto-informada, que evalúa la sintomatología del Trastorno límite de la personalidad. La versión original está compuesta de una estructura unifactorial y ha mostrado una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de (0,93) mostrando también una buena fiabilidad para el diagnóstico de TLP, así como una satisfactoria sensibilidad al cambio. La administración del BSL-23 lleva un promedio de administración de 3 a 4 minutos.

Escala de Impulsividad Barrat (BIS-11) (Oquendo M. et al., 2001), es una escala de auto-informe, para medir la impulsividad, un rasgo importante conductual en los TLP, contiene 30 ítems, con tres sub-escalas: impulsividad motora, impulsividad cognitiva y carencia de planificación. El rango de la impulsividad global está entre 0 y 120.

Inventario de Depresión de BECK (BDI-II) (Sanz J. et al., 2003). Este instrumento de auto-informe, consiste en 21 ítems para evaluar la sintomatología depresiva. El análisis de factor sugiere que el BDI-II mide una dimensión general de depresión que consiste en dos factores sumamente relacionados, un factor cognoscitivo afectivo y uno somático de motivación. Tanto en términos de consistencia interna como en términos de validez factorial, el BDI-II parece ser un potencial instrumento para evaluar la sintomatología depresiva.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)(*Spielberger et al.,1982*). STAI es un cuestionario de 40 ítems con dos sub-escalas, uno para evaluar la ansiedad-estado (STAI-S) con 20 ítems, y el otro para la evaluación de la ansiedad-rasgo con otros 20 ítems (STAI-T). La suma total va de 0 a 60.

El inventario de Hostilidad Buss-Durkee (BDHI) (Oquendo M. et al.,2001) es un cuestionario auto-informado de verdadero/falso con 75 ítems, y siete sub-escalas (agresión, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, suspicacia y hostilidad verbal).La medida de agresión es un componente crítico de los estudios de agresión patológica y de suicidio. El (BDHI) es una escala de auto-informe usada frecuentemente para medir la agresión patológica y suicidio.

Impresión Clínica Global para TLP (ICG-TLP) (Perez et al., 2007). Esta escala evalúa la severidad sintomatológica del TLP, así como la sensibilidad frente al cambio terapéutico, contiene 10 ítems que engloban los nueve criterios psicopatológicos del TLP más una escala global adicional, utiliza una escala Likert de 7 puntos. Los ítems están basados en criterios de diagnóstico DSM-IV para TLP. En nuestro estudio, el ICG-TLP sólo fue administrado a una sub-muestra de pacientes para evaluar la sensibilidad al cambio.

La escala de ICG-TLP es una adaptación de la Impresión Clínica Global (ICG) la escala diseñada para evaluar la severidad y cambios post-intervención en pacientes con el Trastorno de Personalidad Límite. El ICG-TLP tiene dos formatos, el ICG-TLP-S que evalúa la severidad presente del paciente, y el ICG-TLP para valorar la mejora. Mide la severidad de los síntomas del trastorno límite de la personalidad y la sensibilidad al cambio después de una intervención terapéutica.

La administración clínica de la escala para medir la severidad en 9 ítems usando la escala Likert de 7 puntos. Los ítems están basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno límite de la personalidad.

Procedimiento

Los participantes fueron incluidos en el estudio, durante un periodo de dos años con los criterios de inclusión y exclusión mencionados. Los sujetos recibieron información sobre el estudio y las instrucciones para completar los test. La participación en el estudio ha sido voluntario y no han recibido retribución alguna.

El cuestionario BSL-23 ha sido traducido del inglés al español por tres expertos en clínica de origen español, con la supervisión de los autores de la escala original. Con independencia, un traductor nativo inglés, experto en traducciones de textos biomédicos, tradujo de la primera versión española al inglés. Los autores de la escala original BSL-23 aprobaron la última versión en español.


La administración de cuestionarios se ha realizado a toda la muestra, procediendo al test-retest con un espacio temporal de una semana, a un grupo de pacientes estabilizados. Para medir la sensibilidad al cambio se administró la escala ICG-TLP-S después de 12 semanas con tratamiento con la DBT a un subgrupo de pacientes (n=74).

Análisis de Datos

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 18.0. software para Windows. Los estadísticos descriptivos han sido usados para describir las características demográficas y clínicas de la muestra.

El análisis factorial exploratorio (EFA) de los componentes principales con una rotación Varimax era realizado para examinar la estructura factorial de la escala. El EQS software para Windows versión 6.1, ha sido usado para el Análisis factorial confirmatorio (AFC) (Bentler,1995). Aunque un modelo con una estimación no significativa de Chi-cuadrado generalmente sea considerado un modelo apto recomendó las reglas de combinación para la evaluación de este modelo, porque la investigación anterior ha mostrado su estabilidad y funcionamiento (Hu y Bentler,1999; Bentler y Bonett, 1980).

Para probar la consistencia interna se estimó el Alfa de Cronbach y se aplicó el método de las dos mitades con la corrección de Spearman- Brown, además el alfa de Cronbach fue estimada con cada uno de los 23 ítems de la escala BSL-23. La fiabilidad test-retest fue analizada con la correlación de Pearson y el estudio de la validez convergente con la entrevista diagnóstica DIB-R y las escalas auto- administradas, BDHI, BIS-11, BDI, STAI-E, STAI-R, con las cuales se hizo las correlaciones. Para evaluar la sensibilidad al cambio clínico de la BSL-23 analizamos pre y post tratamiento utilizando la T de Student. Además se comparó el valor del cambio con los resultados del ICG-TLP a través de un análisis de correlación.



Resultados
y
análisis

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Como se observa en los datos Sociodemográficos y Características Clínicas de la muestra compuesta por 240 sujetos, de los cuales, más de la mitad fueron mujeres (57,5%), con una edad media de 32,4 años y una desviación típica de (SD=8). La mayoría de los sujetos de la muestra eran solteros (52,8%) y una gran parte había completado por lo menos la educación secundaria (44.2%). La generalidad de los sujetos, el (80%), no estudiaban ni trabajaban en el momento del estudio. La sintomatología del Trastorno Limite de Personalidad (TLP) era entre moderada y severa y la puntuación media en la DIB-R era de (7,4) y una desviación típica (DT=1,6).

Análisis factorial

Para establecer la validez de constructo se utilizó el Análisis de Componentes Principales (ACP), mediante análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal por medio del método de Normalización Varimax, que cubre el objetivo de demostrar la coherencia de la estructura interna de la escala (rasgo latente).

Como estadísticos previos, es decir, para evaluar la adecuación muestral se utiliza el KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), si permite rechazar la hipótesis de identidad, significará que se cumple satisfactoriamente con las condiciones para utilizar el ACP.

Además de este, mediante la Prueba de Esfericidad de Bartlett podemos asegurar que rechazamos la hipótesis nula de esfericidad, es decir, que no existan intercorrelaciones entre las variables.

Se presentan en la Tabla 6 Prueba de (KMO) y la Prueba de Esfericidad de Bartlett, los estadísticos correspondientes al estudio de la adecuación de la muestra al modelo. Podemos comprobar que la adecuación muestral a este análisis no solamente resulta deseable, sino que presenta una muy buena adecuación de los datos, ya que el estadístico KMO nos indica la proporción de varianza explicada que tienen en común las variables analizadas, presenta un valor de (0.95), coeficiente muy cercano a la unidad que es lo mas aconsejado para este tipo de análisis, lo que indicaría una perfecta adecuación de los datos a un modelo de análisis factorial. Mediante la prueba de esfericidad de Bartlett (Chi-cuadrado aprox.=3441.172 GI=253 con una significación de (0.001), rechazamos la hipótesis nula de esfericidad, consideramos el ajuste de las variables mediante el análisis factorial idóneo y existen intercorrelaciones entre las variables del modelo.

Comprobamos que, una vez introducidas todas las variables, los datos obtenidos nos ofrecían una matriz definida positiva, condición necesaria para poder continuar con el análisis de componentes principales.

En la Tabla 7 (Matriz de Correlaciones) se presenta la matriz de correlaciones, se puede observar con un determinante bajo pero no nulo (a.Determinante =3.30 E=-0.07), que existen altas intercorrelaciones entre los ítems, es decir, que las variables son independientes y tiene un alto grado de asociación entre ellas.

La Tabla 8 (Análisis de la Comunalidades; método de extracción de componentes) representa la proporción de varianza de los ítems de la escala. Por los resultados observamos que todos ellos quedan bien explicados por el modelo en un rango (0.40-0.84) de variabilidad, excepto el ítem 23 con una proporción de varianza explicada muy baja (0.306). Este último dato prueba el bajo porcentaje de varianza asociada al modelo.

El número de factores que explican el mayor porcentaje de varianza del modelo viene determinado por la Tabla 9 (análisis de componentes principales, método de extracción). Como es habitual en este tipo de análisis estadístico, escogemos los factores a utilizar en función de su peso en la varianza total. El criterio que seguimos es la preselección de los factores cuyos valores propios son mayores que la unidad, o los factores que obtengan por si solos el mayor porcentaje de varianza explicada. En el presente estudio tres componentes explican el 59,1% de varianza total del modelo. De entre los factores pre-seleccionados se observa que uno de los tres factores representa un porcentaje sustancialmente mayor que cualquiera de los otros dos, un 48,11% con un auto-valor de 11. Con lo cual, concluimos en la selección de un modelo Unifactorial.

La Figura 6 (Gráfico de Sedimentación) presenta el gráfico de sedimentación de las componentes, que suele ser utilizado también como contraste gráfico para conocer el número de componentes a retener. Según este criterio se retiene las componentes que están situados previamente a la zona de sedimentación, donde es menor la pendiente, según nuestros datos confirma el factor 1 como componente que explica el mayor porcentaje de la varianza total del modelo de 23 ítems.

La Tabla 10 (matriz de componentes rotados) presenta la matriz de componentes rotados mediante el método de rotación ortogonal con Normalización Varias. Este método se utiliza para lograr una interpretación un poco más sencilla, convergiendo dicha rotación en 7 iteraciones, indicando que se realizará la selección de un componente, ya que comprobamos anteriormente que con este número conseguíamos obtener el 48,11% de la varianza explicada. En esta tabla se puede identificar los valores situados por encima de (0,5) para analizar el número de variables que mayor proporción de varianza aportan al factor. Son nueve variables con los siguientes ítems: BSL-1 (me resulta difícil concentrarme), BSL-2 (me sentí indefenso), BSL-3 (estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad), BSL 6 (desconfié de los demás), BSL-8 (me sentía solo), BSL-9 (sentí una tensión interna estresante), BSL-14 (mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión), BSL-17 (me sentí vulnerable), BSL-20 (tuve miedo de perder el control). Como se puede observar en esta tabla, el ítem 23 no va a estar presente en ninguno de los factores finales que obtengamos. Esto es debido a que el valor del coeficiente del ítem es muy inferior en comparación con el resto.

Fiabilidad

Previamente se hizo una valoración estadística de la fiabilidad de la escala utilizada. Se utilizó el Alpha de Cronbach y se analizó el comportamiento de cada ítem de la escala. Posteriormente se halló el índice de consistencia interna para comprobar hasta qué punto cada ítem mide lo mismo que la escala en su conjunto, es decir, la validez interna (como se observa en la Tabla 12).

El análisis de los ítems nos permite evaluar la validez interna de la escala. En cuanto a la fiabilidad de la escala se ha obtenido un $\text{Alpha}=0.936$, lo que nos permite hablar de una fiabilidad excelente, es decir todos los ítems miden la misma variable latente. Se comprobó que eliminando el ítem 23 la consistencia interna de la escala se incrementaba (0.93 a 0.94).

En cuanto a la fiabilidad temporal, con la utilización de la correlación test-retest, se obtuvieron resultados satisfactorios ($r=0,734$ $p=0.01$). Una prueba realizada en dos momentos diferentes a los mismos sujetos en el intervalo de una semana, observando alta correlación, estabilidad en los resultados.

También la validez interna obtenida es buena, ya que, los ítems arrojan correlaciones positivas con el constructo general o valor global de la escala.

Validez convergente

Para analizar la validez convergente de un mismo rasgo con diferentes métodos y asegurar de esta forma que la escala BSL-23 mide lo que en realidad quiere medir. Para ello, se correlacionó con las escalas BDI ($r=0.787$), STAI-S ($r=0.705$), STAI-T ($r=0.746$), BDHI ($r=0.421$) y BIS ($r=0.376$). Estas correlaciones son altamente significativas a $p<0.001$. (Tal y como se observa en la Tabla 11. Correlaciones entre la BSL-23 y otras escalas).

Sensibilidad al cambio

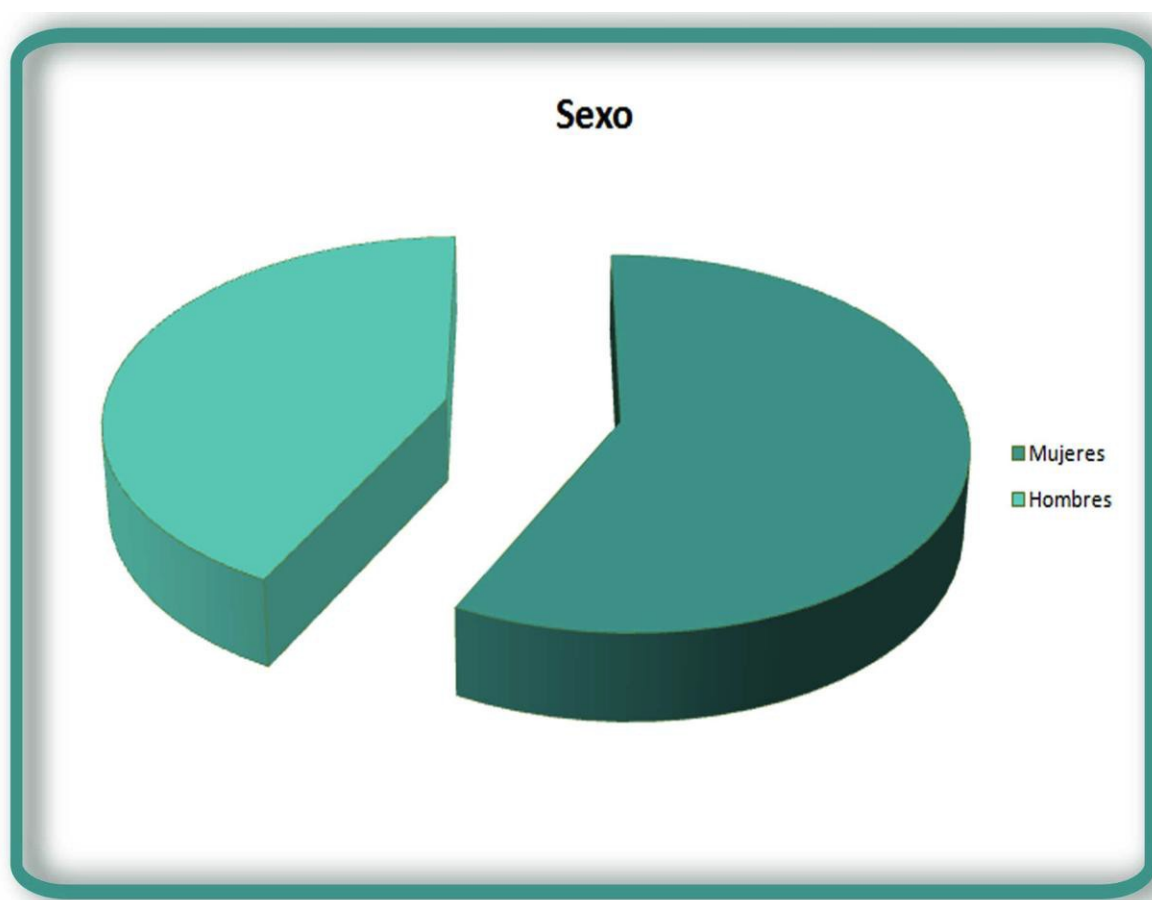
Para establecer la idoneidad de la escala para detectar cambios en la sintomatología del TLP, el cambio de las puntuaciones obtenidas en la BSL-23 fue correlacionada con las mejoras observadas en la ICG-TLP-S (medidas antes y después de un tratamiento con DBT (Terapia Dialéctica Conductual) de tres meses de duración, en una sub-muestra de 31 pacientes con TLP. La puntuación media pre y post tratamiento en la escala BSL-23 fué la media de (2,21), y desviación típica (DT=0.96) y una media de (1,83), (DT=0.96; $p=0.01$) respectivamente. Para el ICG-TLP-S, la puntuaciones medias pre y post tratamiento fueron (4,80), (DT=1,04) y (4,16), (DT=0,96; $p=0,002$), respectivamente. El cambio medio fue obtenido en ambas escalas, BSL-23 y ICG-TLP-S, incluyendo puntuaciones globales además de todas las sub-escalas, para comparar las puntuaciones pre y post tratamiento. La correlación entre el cambio medio de las puntuaciones globales BSL- 23 y el del ICG-TLP-S fue significativa ($r=0,79$), con lo que podemos confirmar la sensibilidad al cambio de la escala BSL-23.

Otras correlaciones significativas fueron identificadas para las siguientes Subescalas: Miedo al Abandono ($r=0,636$), Relaciones Inestables ($r=0,719$), Impulsividad ($r=0,675$), Suicidio ($r=0,733$), Inestabilidad Afectiva ($r=0,836$), Ira ($r=0,810$) e Ideación Paranoide ($r=0,503$). Todas las correlaciones reportadas fueron significativas a $p<0,01$. El test correlaciona bien con las dimensiones psicopatológicas del Trastorno Límite de Personalidad.

FIGURAS

Datos socio demográficos y características clínicas de la muestra

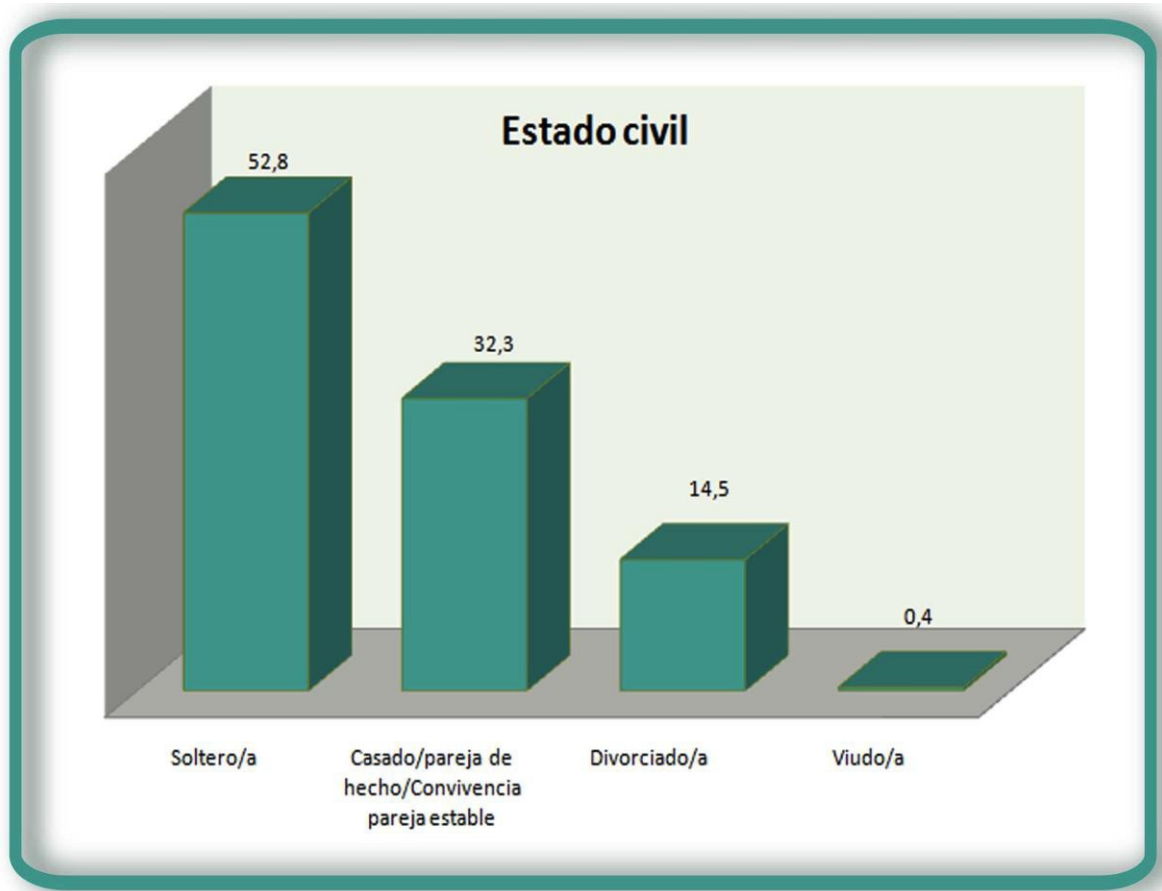
Gráfico 1. Distribución de porcentajes de sexo



*La muestra está compuesta por el 57,5% de mujeres y el 42,5% de hombres.

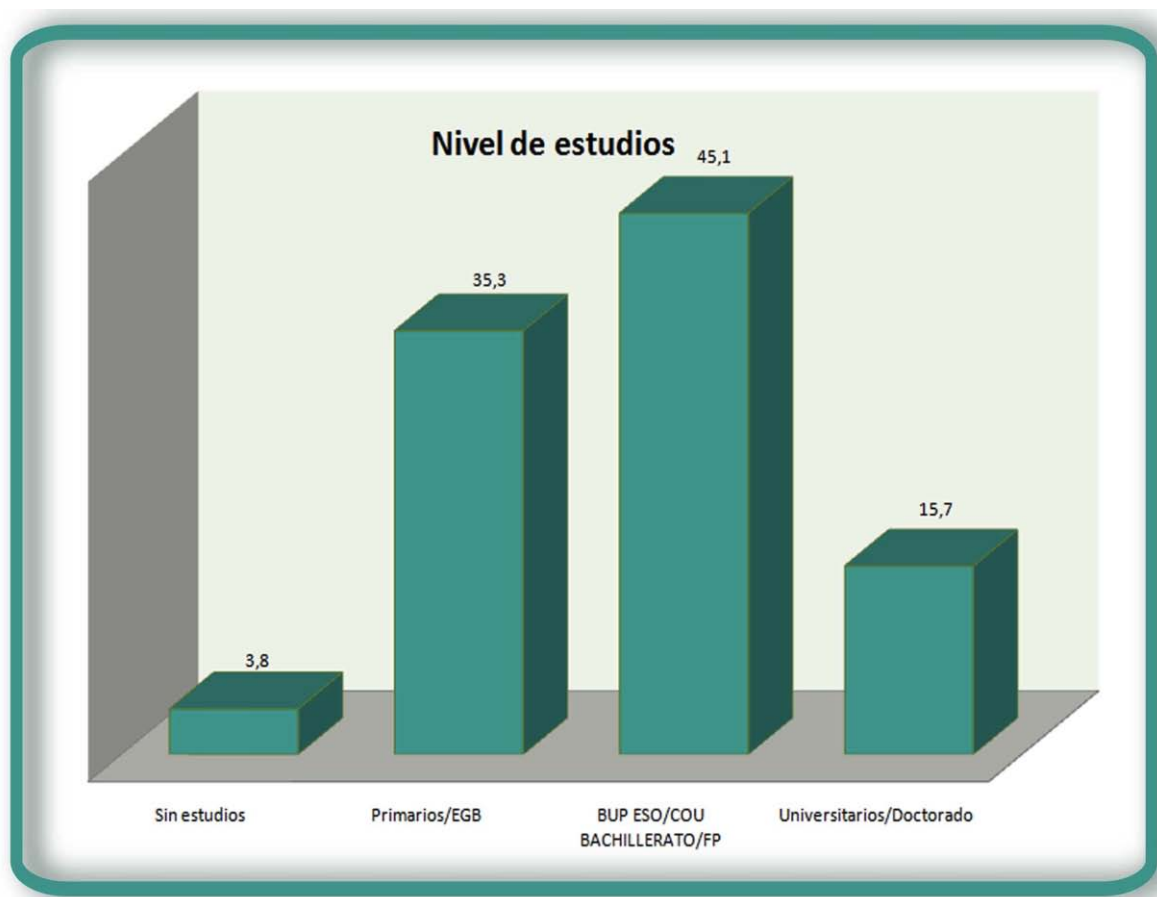
*La mayoría (46%) de los encuestados tienen edades comprendidas entre los 30 y 39 años seguidos de los que tienen de 18 a 29 años (37,4%). El 16,6% tiene entre 40 y 45 años.

Gráfico 2. Estado Civil



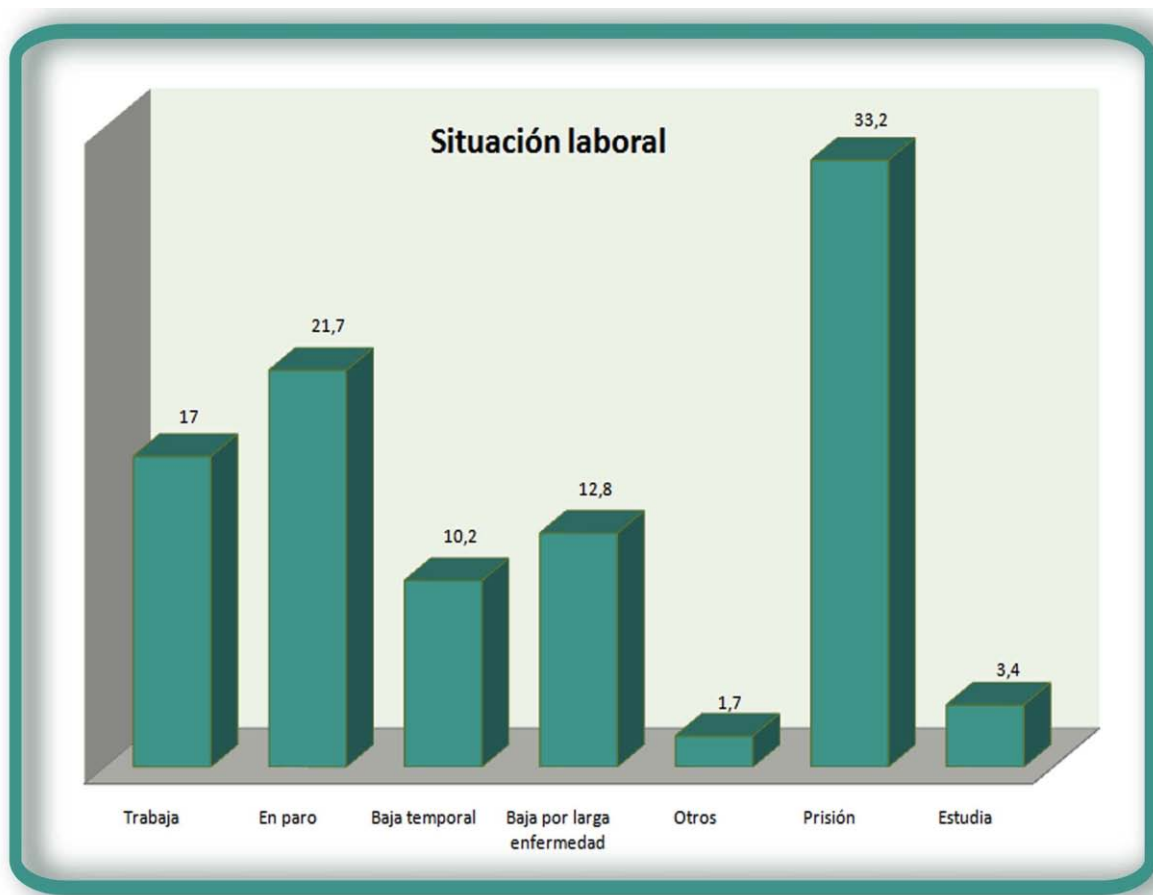
*La mayoría de los encuestados son solteros (53%) seguidos de casados o en convivencia (32,3%), divorciados (14,5%). Sólo un 0,4% son viudos.

Gráfica 3. Distribución de los porcentajes del nivel de estudios.



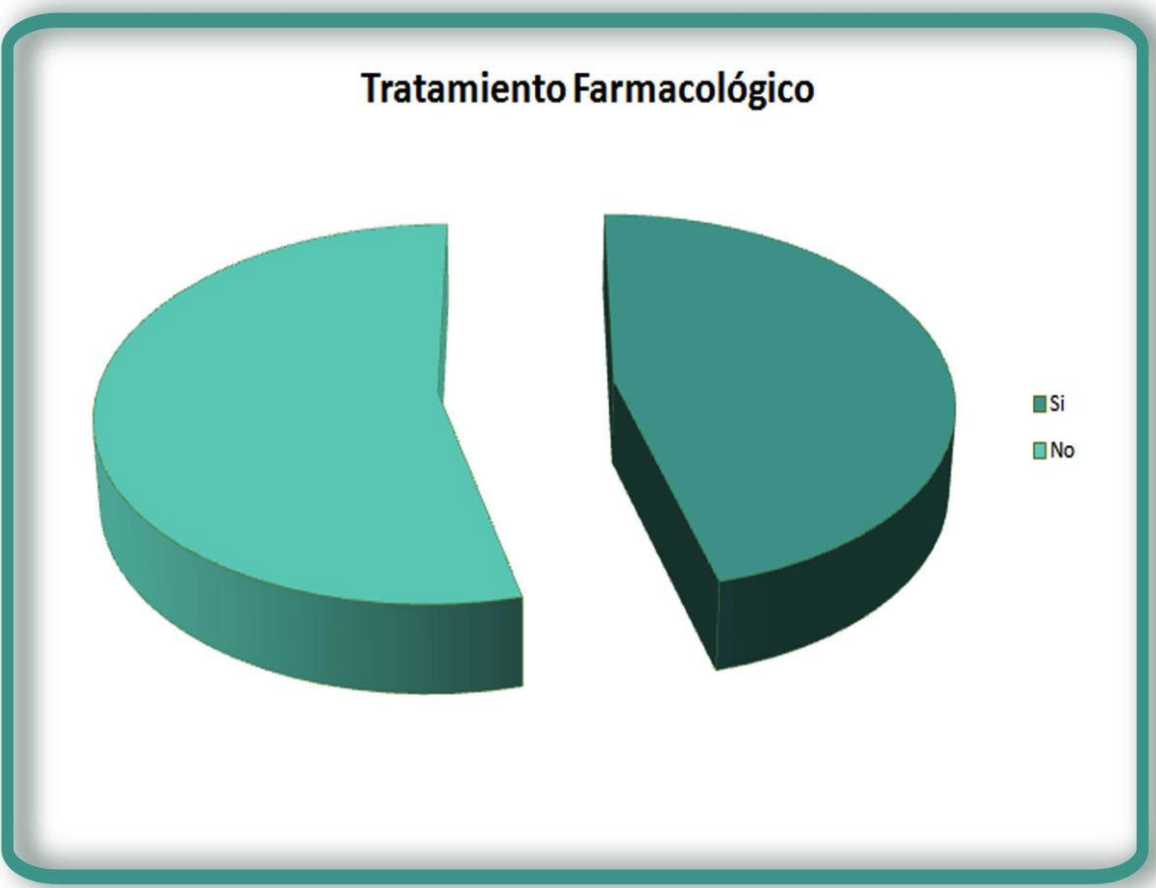
*La mayoría de los encuestados son solteros (53%) seguidos de casados o en convivencia (32,3%), divorciados (14,5%). Sólo un 0,4% son viudos.

Gráfica 4. Distribución de los porcentajes la situación laboral.



La mayoría de los encuestados (32,2%) está en prisión, seguido de los que están en paro (22%) y un 17% que trabaja. El 10,2% están con baja temporal y el 13% con baja por enfermedad de larga duración. Sólo el 3,4% estudia.

Gráfica 5. Distribución de los porcentajes de la situación de tratamiento farmacológico.



*El 54% de la muestra no está bajo tratamiento farmacológico. El 46% recibe algún tipo de tratamiento farmacológico.

ANÁLISIS FACTORIAL


ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

Método: Análisis de Componentes Principales. (Rotación Varimax) Exploratorio:

Autovalores superiores a 1.

Tabla 6. Prueba de adecuación muestra de Káiser-Meyer-Elkin y Prueba de esfericidad de Bartlett.

Prueba de adecuación muestra de Kaiser-Meyer-Olkin y Prueba de esfericidad de Bartlett.		
Medida de adecuación muestral de Kaiser_MEyer-Olkin.	,952	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3440,172
	GI	253
	Sig.	,000



* El Índice de Káiser-Meyer (Tabla 6) indica una muy buena adecuación muestral 0,95.

*El test de esfericidad de Bartlett (Tabla 6) con resultado significativo ($P < 0.001$) indica que la matriz de correlaciones es significativamente diferente de la matriz identidad. El diagnóstico es positivo, es decir que se cumplen satisfactoriamente las condiciones para utilizar el ACP.

Matriz de correlaciones

	BSL_1	BSL_2	BSL_3	BSL_4	BSL_5	BSL_6	BSL_7	BSL_8	BSL_9	BSL_10	BSL_11	BSL_12	BSL_13	BSL_14	BSL_15	BSL_16	BSL_17	BSL_18	BSL_19	BSL_20	BSL_21	BSL_22
BSL_1	1	0.57	0.57	0.3	0.42	0.43	0.46	0.52	0.64	0.43	0.52	0.28	0.39	0.64	0.23	0.44	0.57	0.5	0.58	0.34	0.36	0.29
BSL_2	0.57	1	0.48	0.39	0.5	0.46	0.57	0.38	0.59	0.44	0.5	0.35	0.41	0.61	0.33	0.52	0.62	0.55	0.58	0.37	0.34	0.27
BSL_3	0.57	0.48	1	0.36	0.36	0.45	0.37	0.38	0.52	0.38	0.43	0.27	0.33	0.51	0.27	0.37	0.44	0.43	0.47	0.48	0.27	0.26
BSL_4	0.3	0.39	0.36	1	0.45	0.41	0.37	0.36	0.45	0.34	0.41	0.37	0.33	0.41	0.3	0.35	0.35	0.42	0.44	0.5	0.41	0.25
BSL_5	0.42	0.5	0.36	0.45	1	0.33	0.75	0.53	0.52	0.44	0.64	0.62	0.42	0.55	0.45	0.45	0.48	0.77	0.66	0.57	0.45	0.37
BSL_6	0.43	0.46	0.46	0.41	0.33	1	0.38	0.45	0.54	0.36	0.44	0.22	0.38	0.49	0.24	0.38	0.41	0.34	0.44	0.48	0.24	0.27
BSL_7	0.46	0.57	0.37	0.37	0.75	0.38	1	0.56	0.49	0.44	0.64	0.54	0.53	0.59	0.39	0.47	0.54	0.74	0.66	0.53	0.43	0.33
BSL_8	0.52	0.58	0.38	0.38	0.53	0.45	0.56	1	0.65	0.4	0.58	0.43	0.4	0.67	0.24	0.54	0.6	0.51	0.62	0.63	0.37	0.33
BSL_9	0.64	0.59	0.52	0.45	0.52	0.54	0.49	0.65	1	0.56	0.6	0.39	0.45	0.69	0.38	0.61	0.63	0.51	0.59	0.67	0.43	0.34
BSL_10	0.43	0.44	0.36	0.34	0.44	0.36	0.64	0.4	0.56	1	0.55	0.44	0.39	0.54	0.51	0.39	0.39	0.45	0.5	0.54	0.3	0.43
BSL_11	0.52	0.5	0.43	0.41	0.64	0.44	0.64	0.58	0.6	0.55	1	0.54	0.59	0.69	0.41	0.59	0.57	0.62	0.7	0.6	0.58	0.42
BSL_12	0.28	0.35	0.27	0.37	0.62	0.22	0.54	0.43	0.39	0.44	0.54	1	0.31	0.43	0.33	0.31	0.36	0.48	0.51	0.51	0.34	0.27
BSL_13	0.39	0.41	0.33	0.33	0.42	0.38	0.53	0.4	0.45	0.39	0.59	0.31	1	0.48	0.31	0.56	0.48	0.4	0.48	0.44	0.51	0.29
BSL_14	0.64	0.61	0.51	0.41	0.55	0.49	0.59	0.67	0.69	0.54	0.69	0.43	0.48	1	0.34	0.57	0.65	0.58	0.71	0.68	0.48	0.34
BSL_16	0.23	0.33	0.27	0.3	0.45	0.24	0.39	0.24	0.38	0.51	0.41	0.33	0.31	0.34	1	0.37	0.3	0.46	0.43	0.33	0.24	0.37
BSL_16	0.44	0.52	0.37	0.35	0.45	0.36	0.47	0.54	0.61	0.39	0.59	0.31	0.56	0.57	0.37	1	0.63	0.53	0.55	0.35	0.48	0.21
BSL_17	0.57	0.62	0.44	0.35	0.46	0.41	0.54	0.6	0.63	0.39	0.57	0.36	0.49	0.65	0.3	0.63	1	0.55	0.57	0.58	0.47	0.25
BSL_18	0.5	0.55	0.43	0.42	0.77	0.34	0.74	0.51	0.51	0.45	0.62	0.48	0.4	0.58	0.48	0.53	0.55	1	0.73	0.54	0.41	0.38
BSL_19	0.58	0.68	0.47	0.44	0.66	0.44	0.65	0.62	0.69	0.5	0.7	0.51	0.48	0.71	0.43	0.55	0.57	0.73	1	0.65	0.49	0.44
BSL_20	0.54	0.57	0.46	0.5	0.57	0.48	0.53	0.63	0.67	0.54	0.6	0.51	0.44	0.68	0.33	0.55	0.58	0.54	0.65	1	0.42	0.4
BSL_21	0.36	0.34	0.27	0.41	0.45	0.24	0.43	0.37	0.43	0.3	0.58	0.34	0.51	-0.48	0.24	0.46	0.47	0.41	0.49	0.42	1	0.27
BSL_22	0.29	0.27	0.26	0.25	0.37	0.27	0.33	0.33	0.34	0.43	0.42	0.27	0.29	0.34	0.37	0.21	0.25	0.38	0.44	0.4	0.27	1
BSL_28	0.26	0.27	0.2	0.1	0.24	0.16	0.29	0.3	0.26	0.16	0.32	0.16	0.24	0.28	0.15	0.3	0.23	0.3	0.3	0.25	0.24	0.2

Tabla 7

**Tabla 8. Análisis de las Comunalidades.
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.**

Análisis de las comunalidades. Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		
Ítem	Inicial	Extracción
BSL_1	1,000	,623
BSL_2	1,000	,594
BSL_3	1,000	,547
BSL_4	1,000	,365
BSL_5	1,000	,751
BSL_6	1,000	,541
BSL_7	1,000	,700
BSL_8	1,000	,599
BSL_9	1,000	,724
BSL_10	1,000	,595
BSL_11	1,000	,712
BSL_12	1,000	,548
BSL_13	1,000	,480
BSL_14	1,000	,723
BSL_15	1,000	,524
BSL_16	1,000	,602
BSL_17	1,000	,654
BSL_18	1,000	,692
BSL_19	1,000	,715
BSL_20	1,000	,658
BSL_21	1,000	,499
BSL_22	1,000	,429
BSL_23	1,000	,306

Tabla 8

*Esta tabla representa la proporción de varianza explicada de cada uno de los ítems de la escala, es decir, el peso de cada uno de ellos en el modelo.

*Todos los ítems quedan bien explicados por el modelo con un rango de 0.40 a 0.85, excepto el ítem BSL-23 con una varianza explicada de un 0.30.

*Para una mejor interpretación de las variables que aportan mayor peso se procederá a la rotación de variables mediante el método de Normalización Varimax en la tabla siguiente.

Tabla 9. Análisis de componentes principales.

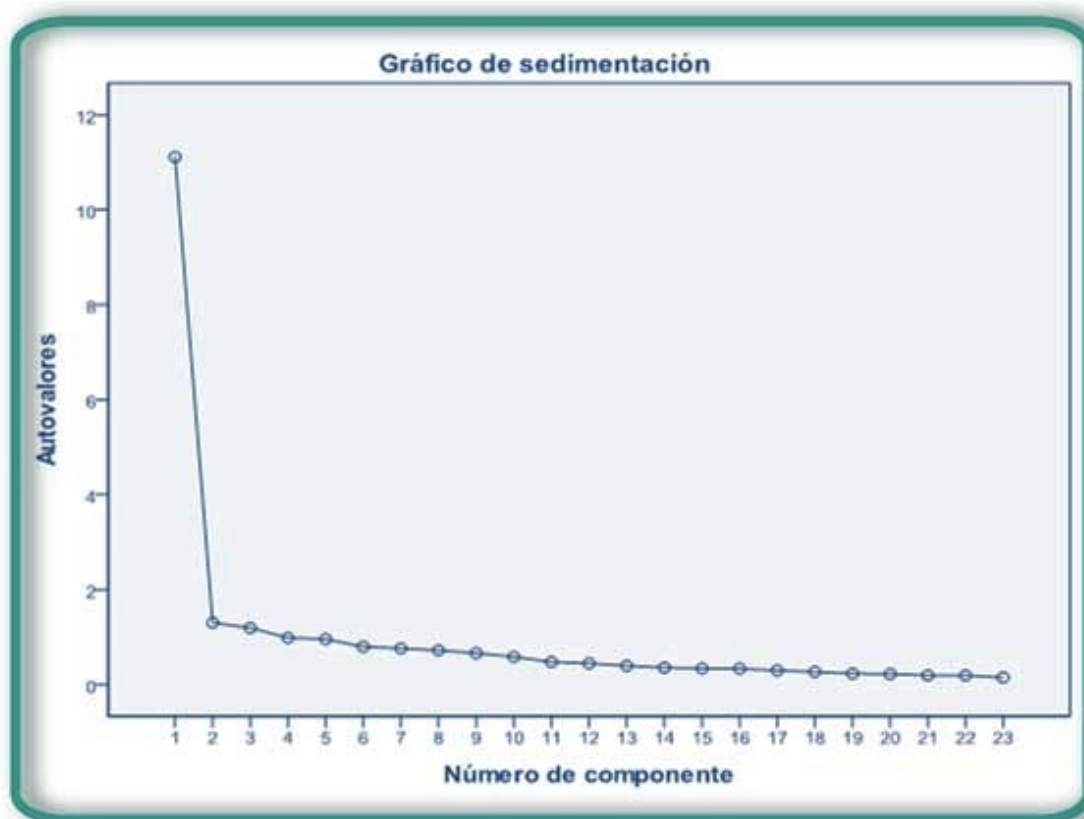
**Método de extracción: Análisis de Componentes principales.
Varianza total explicada**

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.						
Autovalores iniciales	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	Autovalores iniciales	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación	Componente
Total	% de la varianza	Total	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	11,065	48,111	48,111	48,111	4,988	21,687
2	1,407	54,228	6,118	54,228	4,475	19,455
3	1,120	59,100	4,871	59,100	4,130	17,958
4	,963	63,285				
5	,948	67,405				
6	,793	70,851				
7	,738	74,057				
8	,685	77,034				
9	,639	79,814				
10	,606	82,447				
11	,468	84,481				
12	,455	86,458				
13	,408	88,230				
14	,360	89,795				
15	,348	91,310				
16	,333	92,757				
17	,310	94,103				
18	,299	95,403				
19	,250	96,491				
20	,233	97,503				
21	,217	98,446				
22	,197	99,302				
23	,160	100,000				

Tabla 9

*El Resultado del análisis de componentes principales se muestra en la tabla 10. Tal y como puede observarse, se han obtenido tres componentes que explican el 59,1% de la varianza total con el modelo de 23 ítems, y que tienen autovalores por encima de la unidad. No obstante, se observa claramente como es el primer componente el que explica el mayor porcentaje de varianza explicada (48.11%)

Gráfico 6. Gráfico de sedimentación



*En el gráfico de sedimentación se puede apreciar la importancia del primer componente con autovalor o valor propio de 11 y porcentaje de variancia explicada de 48,11%. Es la representación gráfica del mayor peso en la varianza total del factor.

Tabla 10. Matriz de componentes rotados Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Matriz de componentes rotados Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

BSL-item	Componente
BSL_1	,711
BSL_2	,612
BSL_3	,699
BSL_4	,395
BSL_5	,171
BSL_6	,705
BSL_7	,227
BSL_8	,544
BSL_9	,719
BSL_10	,451
BSL_11	,370
BSL_12	,080
BSL_13	,295
BSL_14	,629
BSL_15	,165
BSL_16	,442
BSL_17	,557
BSL_18	0,263
BSL_19	,437
BSL_20	,595
BSL_21	,166
BSL_22	,244
BSL_23	,097

Tabla 10

*La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

*En esta tabla se puede hacer una interpretación más fácil de los ítems que tiene más peso en la varianza total del modelo.

Tabla 11. Correlación entre la versión española del BSL-23 y otras escalas

Correlación entre la versión española del BSL-23 y otras escalas	
Escalas	BSL-23
Beck DepressionInventory (BDI)	.787**
Inventario de Estado de Ansiedad – S (STAI-S)	.705**
Inventario de Estado de Ansiedad – T (STAI-T)	.746**
Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) Total Score	.421**
BDHI – Hostilidad Física	.200**
BDHI – Hostilidad Verbal	.244**
BDHI- Hostilidad Indirecta	.373**
BDHI - Irritabilidad	.393**
BDHI - Resentimiento	.412**
BDHI - Desconfianza	.333**
BDHI - Negatividad	.180*
BDHI - Culpabilidad	.301**
Escala de impulsividad Barrat (BIS) – total	.376**
BIS –Atencional	.144*
BIS - Motor	.424**
BIS – No planificación	.276**

*En esta tabla se observa las altas y moderadas correlaciones con otras escalas y la existencia de validez convergente de la BSL-23. $p < .005$, ** $p < .001$

Tabla 12. Matriz de componentes. Método de extracción: Análisis de los ítems.

Matriz de componentes. Método de extracción: Análisis de los ítems.		
	BSL Items	Factor 1
BSL-1	Me resultaba difícil concentrarme	.702
BSL-2	Me sentí indefenso	.737
BSL-3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	.606
BSL-4	Sentí asco	.569
BSL-5	Pensé en hacerme daño	.767
BSL-6	Desconfié de los demás	.586
BSL-7	No creía que tuviera derecho a vivir	.775
BSL-8	Me sentía solo	.749
BSL-9	Sentí una tensión interna estresante	.800
BSL-10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	.655
BSL-11	Me odié a mí mismo	.825
BSL-12	Quise castigarme	.603
BSL-13	Sufrí de vergüenza	.640
BSL-14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión	.831
BSL-15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	.521
BSL-16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	.711
BSL-17	Me sentí vulnerable	.752
BSL-18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	.782
BSL-19	Nada parecía tener sentido para mí	.839
BSL-20	Tuve miedo de perder el control	.797
BSL-21	Me di asco a mí mismo	.600
BSL-22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	.490
BSL-23	Sentí que no valía nada	.373

Tabla 12

*Todos los pesos de los componentes indican una buena contribución a la consistencia interna del cuestionario.



Discusión

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio ha sido la validación de la versión en castellano de la Borderline Symptom List Short-Version (BSL-23) para la evaluación de la severidad del Trastorno Limite de Personalidad y la sensibilidad al cambio tras intervenciones terapéuticas. Los estudios realizados con pacientes TLP han ido en aumento y paralelamente a ésto el desarrollo de diversos instrumentos que permiten su diagnóstico y evaluación. No obstante, a pesar del gran número de estudios realizados, hasta hace poco tiempo no se disponía de herramientas específicas que permitieran detectar los cambios producidos por las intervenciones terapéuticas y que al mismo tiempo se obtuviera una medida de la severidad del Trastorno.

Es notable el esfuerzo realizado en investigación en las últimas décadas, para definir esta patología como una categoría diagnóstica precisa, a pesar de la complejidad y la falta de especificidad sintomática.

Desde que existen criterios para la realización del diagnóstico en el DSM y en la CIE se puede terminar con la idea del TLP como “cajón de sastre”. Este trabajo tiene que continuar produciendo más líneas de investigación que den lugar a la creación de instrumentos de medida válidos, que permitan estimar de forma objetiva el cambio, asimismo como la evaluación de los resultados de una intervención terapéutica. Uno de los principales problemas a la hora de generalizar los resultados de los estudios a la práctica clínica con este tipo de pacientes, es la falta de instrumentos de medida que valoren el cambio en los ámbitos en los que estos pacientes se ven afectados.

Normalmente los instrumentos utilizados, obtienen una medida de la patología del eje I, y no el cambio en la sintomatología de manera global en TLP. Si bien el Trastorno Límite de la Personalidad es el trastorno más estudiado en ensayos clínicos, sólo hay un pequeño número de cuestionarios autoinformados que están validados para evaluar específicamente la severidad y la sensibilidad al cambio tras intervenciones terapéuticas, sobre todo en población española.

Para ello existen desde hace unos años, algunos cuestionarios con estas características. Por ejemplo, se dispone en español de una prueba que ha demostrado una importante sensibilidad al cambio, la escala ICG-TLP, Impresión Clínica Global para pacientes con TLP (Pérez et al., 2007). Esta escala valora tanto la intensidad de los criterios TLP como los cambios producidos después de una intervención terapéutica. Está compuesta por 10 ítems que puntúan los nueve dominios psicopatológicos relevantes del TLP y una puntuación global adicional. Otro cuestionario que ha demostrado sensibilidad al cambio y una potente fiabilidad y validez es el BSL-23 ("The short Version Borderline Symptom List, Bohus, 2008), que es la versión reducida del BSL-95, ambos en inglés. Es un cuestionario de uso muy recomendable, porque además de valorar la intensidad de los criterios, resulta de fácil aplicación y la extensión del mismo es reducida. El original BSL-95 se redujo a la versión corta de éste, el BSL-23, con el objetivo de reducir el tiempo de evaluación y medir la sensibilidad al cambio.

Se ha replicado este estudio una vez conocida la suficiencia psicométrica del instrumento en la versión original de 23 ítems de la escala de síntomas del Trastorno Límite de Personalidad. En el estudio actual, la versión corta del BSL-23 en castellano muestra buenas propiedades psicométricas similares a la versión inglesa original, e incluso mejoradas.

Se han descrito los resultados que hacen referencia a los cambios relacionados con la variación inherente al propio trastorno a lo largo del tiempo y su severidad. De los resultados obtenidos se puede deducir que la escala BSL-23 mide la severidad del TLP y su sensibilidad al cambio después de intervenciones terapéuticas. El análisis de componentes principales del estudio actual muestra una estructura factorial unidimensional similar a la versión original. El porcentaje de varianza explicada es casi mejor que la obtenida en el estudio de validación original, así como la confirmación de un modelo unidimensional con análisis factorial exploratorio (EFA) y análisis factorial confirmatorio (CFA), (Bohus et al.,2007). Una vez rotados los ítems mediante el método de Normalización de Varimax, observamos cómo en general, todos los ítems aportan peso a la varianza total del modelo otorgándole buena consistencia interna. No obstante, podemos destacar nueve de los ítems, con mayor proporción de varianza explicada, que hacen referencia a los criterios del DSM-5 e influyen en la capacidad del instrumento para evaluar la severidad del trastorno.

Estos son los ítems: BSL-1 (Me resulta difícil concentrarme), BSL-2 (me sentí indefenso), BSL-3 (estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad), BSL-6 (desconfié de los demás), BSL-8 (me sentía solo), BSL-9 (sentí una tensión interna estresante), BSL-14 (mi humor oscilaba rápidamente

entre la ansiedad, la rabia y la depresión), BSL-17 (me sentí vulnerable), BSL-20 (tuve miedo de perder el control).

Estos datos nos informan de la especificidad del instrumento. Los resultados muestran una alta consistencia interna en la versión corta en castellano tal y como indica el alto Alpha de Cronbach y el coeficiente de Spearman Brown.

No obstante, el ítem 23 (“sentí que no valía nada”), muestra menor robustez psicométrica en comparación con el resto de ítems, que aportan mayor peso a la varianza total del modelo. La consistencia de la escala es mayor una vez se ha eliminado el ítem, con lo cual para la población española se toma la decisión de eliminar el ítem 23 de la escala, con el objetivo de aumentar su fiabilidad, y así, conseguir un resultado más cercano a la versión original. La fiabilidad de la versión en castellano de la BSL-23 es similar a las dos versiones en inglés (BSL-23 y BSL-95), ambos con una fiabilidad importante.

La fiabilidad temporal fue analizada con el método test re-test, aplicando el cuestionario en dos momentos diferentes con un intervalo de una semana, con el objetivo de analizar la estabilidad de sus puntuaciones. La correlación fue alta, comparable a la puntuación obtenida en el original BSL-23 y BSL-95, (Bohus et al., 2007), (Bohus et al., 2009).

La correlación de la escala BSL-23 con otras escalas que evalúan la sintomatología depresiva, ansiosa, asimismo como hostilidad e impulsividad, obteniendo correlaciones que permiten confirmar la validez del instrumento para medir la severidad del Trastorno Límite de Personalidad.

También se han obtenido correlaciones altas con la escala ICG-TLP para la evaluación de la sensibilidad al cambio.

Dado el amplio el amplio espectro de síntomas del TLP, se esperaba observar correlaciones positivas entre la escala autoinformada de la versión corta en español del BSL-23 y otras escalas que evalúan sintomatología depresiva como la escala BDI, ansiedad con el STAI-R , impulsividad con el BDHI y hostilidad con EL BIS-11.

Estas correlaciones variaron de moderadas a altas para el BDHI Y BIS-11 respectivamente, incluyendo sub-escalas en BDI, STAI-R Y STAI-E .

El estudio de la versión original BSL-23, mostró una fuerte correlación con la sintomatología afectiva (Bohus et al., 2009), en nuestro caso también se encontró este hallazgo, altas correlaciones con el BDI, que mide la sintomatología depresiva. Esta asociación entre la sintomatología depresiva y el TLP, también lo han aportado otras escalas auto-informadas del TLP (Pfohl, et al., 2009). Sin embargo, a diferencia del estudio original de (Bohus et al.,2009) se han encontrado correlaciones altas y significativas entre los síntomas de ansiedad y el BSL-23.

Las medidas de hostilidad e impulsividad no se utilizaron para la validez convergente en la versiones anteriores del BSL, en cambio si fueron utilizadas en nuestro estudio y se encontraron correlaciones moderadas y positivas entre la versión española del BSL-23 y el BDHI (Hostilidad) y el BIS-11 (Impulsividad).

La correlaciones vistas en nuestro estudio eran similares a aquellas antes descritas por (Bohus et al., 2007). Como era de esperar, las correlaciones entre el BSL-23 y otros instrumentos específicos para el TLP como la DIB-R y la ICG-TLP indican una buena y excelente validez convergente, respectivamente.

La ligera discrepancia de validez convergente entre la ICG-TLP con respecto a otros instrumentos puede ser debido al hecho de que la BSL-23 y la ICG-TLP son evaluadas en el mismo rango temporal de una semana, mientras que la DIB-R recoge la información de los dos últimos años, esta diferencia en la recogida de los datos en los sujetos puede discriminar entre la alta especificidad de una escala u otra. Estos resultados apoyan la validez convergente de la versión en castellano del cuestionario y la capacidad de la BSL-23 para diferenciar entre distintos niveles de gravedad, y evaluación de la severidad. Este es un atributo fuerte de la escala para ser usado ya sea en entornos clínicos como de investigación.

El instrumento también mostró una buena capacidad para detectar cambios producidos por intervenciones terapéuticas en TLP, es decir, la evaluación de sensibilidad al cambio. Para ello se realizó en un rango temporal de tres meses, un entrenamiento en Terapia Dialéctica Conductual (TDC), en un programa de terapia de grupo que ya había sido probado en un estudio anterior (Soler et al., 2009). Esta intervención terapéutica centrada en la adquisición de habilidades de autorregulación, fue casi idéntica al utilizado en el programa de la versión original del BSL-23 (Bohus et al., 2009).

En nuestro estudio las puntuaciones de la BSL-23 se compararon con la ICG-TLP, como hemos dicho anteriormente, desarrollado para evaluar los cambios en los síntomas del TLP después de una intervención terapéutica (Pérez et al., 2007).

Se encontró una fuerte correlación positiva entre ambos instrumentos, se confirma pues la capacidad de la escala en castellano de la BSL-23 para evaluar la sensibilidad al cambio.

También se encontraron correlaciones positivas con las sub-escalas de la ICG-TLP de abandono, relaciones inestables, impulsividad, suicidio, inestabilidad afectiva e ideación paranoide. Estas sub-escalas cumplen con los criterios del DSM-5 para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad. Se comprueba con estos datos como además de ser un instrumento específico para evaluar la especificidad, puede evaluar la sensibilidad al cambio en pacientes con TLP tras intervenciones terapéuticas.

Una limitación en nuestro estudio es la ausencia de comparación de grupos clínicos como se hizo en la versión original, con cinco muestras psiquiátricas diferentes. Por lo tanto, el BSL-23 en castellano es un instrumento fiable y válido para evaluar y discriminar la severidad en pacientes con TLP y los resultados después de una intervención psicoterapéutica. Con ello se consigue reducir el tiempo de administración. Aporta información muy interesante para su aplicación tanto dentro de la práctica clínica como en la investigación.

Si volvemos a los orígenes, la escala BSL-95 los ítems están basados en los criterios diagnósticos del TLP según el DSM-IV, la entrevista DIB-R, las opiniones de expertos clínicos y de pacientes con TLP. Además de ello la escala se muestra sensible a los cambios tras intervenciones terapéuticas. La versión corta de 23 ítems en inglés comprobó tener las mismas propiedades psicométricas, al igual que nuestro estudio.

Ahora además de las mismas propiedades psicométricas, existe la ventaja añadida de acortar el tiempo de la autoadministración sin que por ello las propiedades de la escala se vean perjudicadas. Estamos ante un salto relevante en cuanto a la creación de instrumentos autoadministrados que acorten el tiempo de administración.

Así pues, tras el análisis de los resultados obtenidos en los distintos estudios presentados y en relación a los objetivos e hipótesis planteados en este trabajo, podemos concluir que se cumple con los objetivos. El análisis de datos para comprobar su fiabilidad y validez y replicar la estructura unidimensional de la versión original de la BSL-23.

Los resultados han sido satisfactorios, la escala tiene la misma o similar efectividad en la capacidad para medir la severidad del trastorno y la sensibilidad al cambio tras intervenciones terapéuticas. Tiene además de ello la ventaja de ahorrar en tiempo de administración y es una prueba fácil y simple de completar así mismo como su corrección. Su formato de 23 ítems, al igual que la versión original en inglés permite corregir la excesiva generalidad de la versión de 95 ítems.

Las hipótesis del modelo han sido contrastadas tal y como se predijo, las propiedades han sido similares, los 23 ítems tienen una adecuada fiabilidad, en cuanto a su consistencia interna y estabilidad temporal. Existe una alta correlación con otras escalas que miden sintomatología asociada al TLP, y adecuadas con la escala ICG-TLP para medir la sensibilidad al cambio.



Conclusiones

CONCLUSIONES

El BSL-23 es una escala autoadministrada que permite su utilización como instrumento de screening y diagnóstico en el TLP.

La escala BSL-23 en castellano es como el original, un instrumento fiable y válido para evaluar la severidad del Trastorno Límite de la Personalidad.

La versión castellana del BSL-23 es una escala tan sensible al cambio como la versión original, obteniendo correlaciones altas con escalas diseñadas específicamente para ese fin, como la escala de Impresión Clínica Global (ICG-TLP-S).

La versión castellana de la escala BSL-23 tiene una clara estructura unifactorial.

El BSL-23 presenta buena validez convergente con otras escalas que evalúan la sintomatología depresiva (BDI), ansiosa (STAI-R, STAI-E), impulsividad (BIS-11) y hostilidad (Buss-Durkee).

El BSL-23 en castellano al igual que la original presenta un excelente valor de la consistencia interna y adecuada estabilidad test-retest.



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

A

ACADÉMICO, S.A.N. (2002). Situación actual de la evaluación psicológica en lengua castellana. *Papeles del Psicólogo*, (83), 27–33.

Álvarez, E. (2007). Psicoterapia de grupo en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Anales de psiquiatría*, 23(2), 68-74.

American Psychiatric Association (2000). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington D.C: American Psychiatric Association.

Anastasi, A y Urbina, S (1908-2001) *Psychological testing* Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall International.

Andión, Ó., Ferrer Vinardell, M., Matalí, J.L., Álvarez-Cienfuegos, L., Valero, S., Navarro, J.A., Bruguera, E., Casas Brugué, M. (2008). Diagnóstico del trastorno límite de la personalidad: concordancia entre el juicio clínico y la entrevista semiestructurada. *Actas Españolas de Psiquiatría*.

Arza, R., Díaz Marsá, M., López Micó, C.; Fernández de Pablo, N.; López-Ibor Aliño, J. J., Carrasco Perera, J. L. (2009). Alteraciones neuropsicológicas en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección. *Actas Españolas de Psiquiatría*

Arza, R.; Díaz Marsá, M., López Micó, C., Fernández de Pablo, N.; López-Ibor Aliño, J. J., Carrasco Perera, J. L. (2009). Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con trastorno límite de personalidad: una serie de casos. *Actas Españolas de Psiquiatría*

Akiskal, H. S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 379, 32-37.

Al-Alem, L., & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: an overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(4), 395-404.

Alfonso, V. C., Flanagan, D. P., & Radwan, S. (2005). The impact of the Cattell-Horn-Carroll theory on test development and interpretation of cognitive and academic abilities. *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues*, 41–68. Aliño, J. L.-I., & Miyar, M. V. (2002).

American Psychiatric Association. (s. f.). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (10 Suppl), 1-52.

Anastasi, A. (1998). *Tests psicológicos*. Pearson Educación.

Anastasi, A., (1973). *Los Tests Psicológicos*. Madrid: Aguilar.

Arias, M. del R. M. (1999). Los avances de la psicometría y la construcción de tests, 7-73.

Assessment of Men (1948), by The OSS Assessment Staff. (s. f.)
<http://www.UNZ.org/Pub/OSS-1948>

Association, A. P., Association, A. P., & others. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Association.

Association, A.P., & others. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (rev.)* Washington. Dc: *Author*.

Association, A.P., & others (2000). *DSM- IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision*. American Psychiatric Association

Association, A.P., & others. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson. (original Washington DC: APA).

Avia, M. M. (1995). *Los rasgos de personalidad: estructuras empíricas y representaciones cognitivas*. Personalidad: aspectos cognitivos y sociales. Madrid: Pirámide.

_ B

- Ballesteros, R.F. (2004). Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos.
- Barrachina J, Pascual JC, Ferrer M, Soler J, Rufat MJ, Andion O, Tiana T, Martin-Blanco A, Casas M, Perez V. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by gender, Age and clinical severity. *Psychiatry*, 52:725-730.
- Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, Zanarini MC y Pérez V. (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 293-298.
- Belloch A., Sandín B. y Ramos F. (1995). Manual de Psicopatología. Volumen II. Madrid. Editorial McGraw-Hill .
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*, 158:295-302.
- Bermúdez J. (1997). Psicología de la personalidad. Tomo I. UNED Madrid.
- Blaise A. y Aguirre M.D. (2007). A Complete Guide to Understanding and Coping When your Adolescents has Borderline Personality Disorder. Beverly, Mass.: Fair Winds Press
- Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman A, Kuhler T, Stieglitz RD. (2007): Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology*, 40:126-132.
- Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Steil R, Philipsen A, Wolf M. (2009): The short version of the borderline symptom list (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42:32-39.
- Barberá, V. P. (1981). Psicodiagnóstico.
- Barberá, V. P. (1988). Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Alfaplus.
- Barbero García, M. I., Vila Abad, E., & Holgado Tello, F. P. (2008). La adaptación de los tests en estudios comparativos interculturales.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., Pérez Sola, V. (2004). [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)]. *Actas españolas de psiquiatría*, 32(5), 293-298.
- Barrero, M.J.O. (s. f.). INTRODUCCIÓN A LA HISTORIA Y CONCEPTOS BÁSICOS DE LA PSICOMETRÍA.
- Barthlow, D. L., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., & McNulty, J.L. (2002). The Appropriateness of the MMPI-2K Correction. *Assessment*, 9(3), 219-229. doi:10.1177/1073191102009003001

- Bateman, A. W. (2011). Borderline personality disorder. En J.C. Norcross, G.R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.) (pp.588-600). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Beatson, J., & Rao, S. (2014). Psychotherapy for borderline personality disorder *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australia and New Zealand College of Psychiatrists*, 22 (6), 529-532. doi:10.1177/1039856214555531.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Gloster, A.T., Klotsche, J., Lieb, R., Beauducel, A., Wittchen, H.-U. (2009). The structure of common mental disorders: a replication study in a community sample of adolescents and young adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18 (4), 204-220. doi:10.1002/mpr.293.
- Bender, D. S., Dolan, R.T., Skodol, A. E., Sanislow, C.A., Dyck, I.R., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Benjaminsen, S. (2014). [Pharmacotherapy effectiveness for some symptoms of borderline personality disorder.]. *Ugeskrift for Laeger*, 176 (36).
- Bentler, P.M. (1995). EQS structural equations program manual. Multivariate Software, Encino, CA.
- Bergeret, J., & others. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Dunod France. [http://www.geopsy.com/psychologie/la_personnalite Normale et pathologique divers.pdf](http://www.geopsy.com/psychologie/la_personnalite_Normale_et_pathologique_divers.pdf)
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M. Siever, L.J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1237-1243.
- Berstein, I. N. J. (1978). *Psychometric theory. Organización de la Personalidad Límite*.
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De l'Académie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent*, 22(3), 230-234.
- BLOC, B., & TÈCNiques, E. I. P. D. R. (s. f.). AVALUACIÓ PSICOLÒGICA 21136 <http://ddd.uab.cat/pub/procur/2007-08/p21136a1992-93mPmTiCAT.pdf>
- Bogenschutz, M. P., & George Nurnberg, H. (2004). Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 104-109.
- Bohus, M., Frank, U., & Kühler, T. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126-132.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., & Stieglitz, R.D. (2001). [Development of the Borderline Symptom List]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51(5), 201-211. doi:10.1055/s- 2001-13281

Bohus, M., Stieglitz, R.-D., & Steil, R. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom (2008).

Brown, M., Allen, J. S., & Dowling, N. A. (2014). The Application of an Etiological Model of Personality Disorders to Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies* / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. doi:10.1007/s10899-014-9504-z

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M.W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., Keller, M. B. (2005). Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1179-1187. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1179

C

- Campo C.y D'AscenzoI. (2013). "El trastorno límite de la personalidad: Diagnóstico e Intervención desde la perspectiva sistémica". Recuperado de <http://www.revistaredes>.
- Carretero Quevedo, B., Llabrés Fuster, M.N., Ribot Miquel, M. A., Capllonch Gamundi, M. I. (2011). Revisión acerca del tratamiento no farmacológico del Trastorno Límite de Personalidad.Comparación de dos tratamientos: Terapia Dialéctica Conductual y Grupo Análisis. Revista de Psicoterapia.
- Cervera G. (2005). Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Ed. Médica Panamericana.
- Cuevas-Yust, C., López Pérez-Díaz, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica = International Journal of Psychology and Psychological Therapy
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., & Ortiz-Tallo,M. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Madrid: TEA, Ediciones. [Links].
- Carpintero, H. (2003). Historia de las ideas psicológicas. Pirámide.
- Cattell, J. M. (1890). V. MENTAL TESTS AND MEASUREMENTS. *Mind*, *os-XV*(59), 373-381. doi:10.1093/mind/os-XV.59.373.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry.Revue Canadienne De Psychiatrie*, *46*(9), 847-849.
- Chafos, V. H., & Economou, P. (2014). Beyond borderline personality disorder: the mindful brain. *Social Work*, *59*(4), 297-302.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-Year Stability of Personality Disorder in Older Adolescent Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, *18*(6), 526-541. doi:10.1521/pedi.18.6.526.54798
- Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J.(2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders* *22* (4), 353-364.doi:10.1521/pedi.2008.22.4.353
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68* (2), 297-306.
- Christopher, J. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders.*The American Journal of Psychiatry*, *149* (12), 1645-1653.
- Clark, L.A. (2013). A critique of Gunderson's views of DSM-5: Commentary on «Seeking clarity for future revisions of the personality disorders in DSM-5». *Personality Disorders*, *4*(4), 379-380. doi:10.1037/per0000050

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., Castañeda, M. de los A. I., Gabriel, S. P., Nuñez, M. del C. M., & Muñoz, E. G. M. D. (2006). Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas ya la medición. McGraw-Hill.

Conway, C. C., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2014). Adolescent Precursors of Adult Borderline Personality Pathology in a High-Risk Community Sample. *Journal of Personality Disorders*, 1-18. doi: 10.1521/pedi_2014_28_158

COOPER, A. M., & MICHELS, R. (1981). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. *American Journal of Psychiatry*, 138 (1), 128-129.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). NEO PI-R: Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). PAR.

Crocker, L., & Algina, J. (1986). Introduction to Classical and Modern Test Theory. <http://eric.ed.gov/?id=ED312281>

Cronbach. (1970). MedlinePlus . Essentials of Psychological Testing

Cronbach, L. J., & Gleser, G. C. (1965). Psychological tests and personnel decisions. Oxford, England: U. Illinois Press.

Cronbach, L. J., Palacios, A., Lázaro, F. G. R., & Marañón, R. C. (1998). Fundamentos de los test psicológicos: aplicaciones a las organizaciones, la educación y la clínica. Biblioteca Nueva.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. doi:10.1037/a0015616

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., Castañeda, M. de los A. I., Gabriel, S. P., Nuñez, M. del C. M., & Muñoz, E. G. M. D. (2006). Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas ya la medición. McGraw-Hill.

Conway, C. C., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2014). Adolescent Precursors of Adult Borderline Personality Pathology in a High-Risk Community Sample. *Journal of Personality Disorders*, 1-18. doi: 10.1521/pedi_2014_28_158

COOPER, A. M., & MICHELS, R. (1981). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. *American Journal of Psychiatry*, 138 (1), 128-129.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). NEO PI-R: Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). PAR.

Crocker, L., & Algina, J. (1986). Introduction to Classical and Modern Test Theory. <http://eric.ed.gov/?id=ED312281>

Cronbach. (1970). MedlinePlus . Essentials of Psychological Testing

Cronbach, L. J., & Gleser, G. C. (1965). Psychological tests and personnel decisions. Oxford, England: U. Illinois Press.

Cronbach, L. J., Palacios, A., Lázaro, F. G. R., & Marañón, R. C. (1998). Fundamentos de los test psicológicos: aplicaciones a las organizaciones, la educación y la clínica. Biblioteca Nueva.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495-510. doi:10.1037/a0015616

D

Dahl, A. A. (1985 a). A critical examination of empirical studies of the diagnosis of borderline disorders in adults. *Psychiatric Developments*, 3 (1), 1-29.

Dahl, A. A. (1985b). Diagnosis of the borderline disorders. *Psychopathology*, 18 (1), 18-28.

Distel, M. A., Willemsen, G., Ligthart, L., Derom, C.A., Martin, N.G., Neale, M. C., Boomsma, D. I. (2010). GENETIC COVARIANCE STRUCTURE OF THE FOUR MAIN FEATURES OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.

Journal of personality disorders, 24 (4), 427-444. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.427

Dowling, N. A., Cowlishaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2014). The Prevalence of Comorbid Personality Disorders in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 1-20. doi:10.1521/pedi_2014_28_168

Escribano T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y Tratamiento. TFC Departamento de Psicología Universidad CEU San Pablo. Madrid. *Intelligo*, 1 (1): 4-20

Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, A. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder comorbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41 (05), 1041-1050. doi:10.1017/S0033291710001662

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011 a). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (1), 1-11.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011b). New criteria for personality disorders in DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (1), 1-11.

Escribano Nieto, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1 (1), 4-20.

Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: The biosocial approach to personality. En J. Strelau & A. Angleitner (Eds.), *Explorations in temperament: International perspectives on theory and measurement* (pp. 87-103). New York, NY, US: Plenum Press.

Eysenck, M. W., & Hans J. Eysenck. (1985). *Personality and individual differences: a natural science approach*. New York: Plenum Press.

Forti Sampietro, L., Forti Buratti, M. A.(2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, 38 (4),149-154

Francia M. y Rodríguez M.I. (2008). Trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno límite de personalidad: ¿Es posible una distinción clara entre ambos trastornos?. Departamento de Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo CEU de Madrid. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría (2008).

Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23 (7), 455-468. doi:10.1016/0021-9681(70)90054-8

Freeman, F.S. (1962). *Theory and practice of psychological testing*. Holt, Rinehart and Winston New York.

Freud, S. *Freud: Neurosis y psicosis* (1924) Frías, A., & Palma,C. (2014). Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology*. doi:10.1159/000363145

Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.023

G

- Garaigordobil, M. (1998). Evaluación Psicológica: Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro. Amarú.
- Garnet, K. E., Levy, K.N., Mattanah, J. J., Edell, W. S., & McGlashan, TH. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *The American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1380-1382.
- Girolamo, G. de, Reich, J. H., & Rubio Diez, A. M. (1996). Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: trastornos de la personalidad. Meditor.
- Glenn, C. R., Weinberg, A., & Klonsky, E.D. (2009). Relationship of the Borderline Symptom List to DSM-IV borderline personality disorder criteria assessed by semi-structured interview. *Psychopathology*, 42(6), 394-398.
- Gleser, G. C., Cronbach, L. J., Rajaratnam, N. (1965). Generalizability of scores influenced by multiple sources of variance. *Psychometrika*, 30 (4), 395-418. doi:10.1007/BF02289531
- Gomila, M. V. (2008). Psicodiagnóstico clínico infantil. Edicions Universitat Barcelona.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Ruan, W. J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69 (4), 533-545.
- Gunderson, J. (2013). Understanding the speed of change: Rejoinder for «Seeking clarity for future revisions of the personality disorders in DSM-5». *Personality Disorders*, 4 (4), 381. doi:10.1037/per000005
- Gunderson, J. G. (2009a). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American journal of psychiatry*, 166 (5), 530-539. doi: 10.1176/appi.ajp. 2009.08121825
- Gunderson, J.G. (2009 b). *Borderline Personality Disorder, Second Edition: A Clinical Guide*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G. (2013). Seeking clarity for future revisions of the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders*, 4 (4), 368-376. doi: 10.1037/per0000026
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Stout, R. L. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 822-826. doi:10.1176/appi.ajp.163.5.822
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 135 (7), 792-796.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *The American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1-10.

Gunderson, J. G., & Zanarini, M. C. (1987). Current overview of the borderline diagnosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 48 Suppl, 5-14.

Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., & Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-14394-002>

H

- Hernán, S., Iturra, P., Solari, A., Villarroel, J., Jerez, S., Vielma, W., Montes, C., Pumarino, L., Roa, N. (2007). Polimorfismos del transportador de serotonina y efecto de fluoxetina sobre la impulsividad y agresividad en el trastorno límite de personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Hamilton, M. (1960). A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23 (1), 56-62.
- Hawkins, A. A., Furr, R. M., Arnold, E.M., Law, M. K., Mneimne, M. & Fleson, W. (2014). The structure of borderline personality disorder symptoms: A multi-method multi-sample examination. *Personality Disorders*, 5 (4), 380-389. doi:10.1037/per0000086
- Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 23 (2), 248-276.
- Hoertel, N., Peyre, H., Wall, M. M., Limosin, F., & Blanco, C. (2014). Examining sex differences in DSM-IV borderline personality disorder symptom expression using Item Response Theory (IRT). *Journal of Psychiatric Research*. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.08.019
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6 (1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Hunsley, J., & Mash, E.J. (2008). *A guide to assessments that work*. Oxford University Press, USA.
- Huprich, S. K., Paggeot, A. V., & Samuel, D. B. (2014). Comparing the Personality Disorder Interview for DSM-IV (PDI-IV) and SCID-II Borderline Personality Disorder Scales: An Item-Response Theory Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 1-9. doi:10.1080/00223891.2014.946606

James, L. M., & Taylor, J. (2008). Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 47(Pt 4), 361-380. doi:10.1348/014466508X299691

Jomphe, J. (2013). [Dialectical behavior therapy: a review of studies on skills training groups and applications in psychiatric settings]. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 83-109.

Jiménez Barbero, J. A., Pérez García, M., Rivera Rocamora, C., Medina Garrido, L., Munuera García, V., Sánchez Muñoz, M. (2010). El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*. 20, 16.

Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, *134* (4), 782-793. doi:10.1542/peds.2013-3677

Kroll L. (1993). PTSD/Borderlines in therapy. New York, NY (US): Norton.

Kernberg OF. (1979). *Estados Fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós(ed).

Kernberg, M. D., Otto, & Michels, M. D., Robert. (2009). Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*(5), 505-508. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020263

Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, *111*(16), 280-286. doi:10.3238/arztebl.2014.0280

Krabbendam, A. A., Colins, O. F., Doreleijers, T. A. H., van der Molen, E., Beekman, A. T. F., & Vermeiren, R. R. J. M. (2014). Personality Disorders in Previously Detained Adolescent Females: A Prospective Study. *The American Journal of Orthopsychiatry*. doi:10.1037/ort0000032

Kretschmer. Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten Springer. Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*(10), 921-926.

Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post DSM-5.0 era. *Personality Disorders*, *4*(4), 355-362. doi:10.1037/per0000028

Kuhlken, K., Robertson, C., Benson, J., & Nelson-Gray, R. (2014). The interaction of borderline personality disorder symptoms and relationship satisfaction in predicting affect. *Personality Disorders*, *5*(1), 20-25. doi:10.1037/per0000013

L

- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, *377* (9759), 74-84. doi:10.1016/S0140-6736(10) 61422-5
- Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, *31*(3), 395-403, vi. doi:10.1016/j.psc.2008.03.003
- Lenzenweger, M. F. (2014). Factors Underlying the Psychological and Behavioral Characteristics of Office of Strategic Services Candidates: The Assessment of Men Data Revisited. *Journal of Personality Assessment*, 1- 11. doi:10.1080/00223891.2014.935980
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, *62* (6), 553-564. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019
- Levitt, A. J., Joffe, R. T., Ennis, J., Mac Donald, C., & Kutcher, S. P. (1990). The prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *51* (8), 335-339.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36* (12), 1752-1759. doi:10.1097/00004583-199712000- 00024
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, *364* (9432), 453-461. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Linehan, M. (1993) *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. (2005). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury *Psychological assessment*, *18* (3), 303.
- Livesley, W. J. (2001). *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Guilford Press.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2000). Toward an Empirically Based Classification of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *14* (2), 137-151. doi:10.1521/pedi.2000.14.2.137

Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*, 37(08), 1183–1192.

Loranger A W.(1990). The impact of DSM-III on diagnostic practice in a university hospital: A comparison of DSM- II and DSM-III in 10914 patients. *Archives of General Psychiatry*, 47 (7), 672-675. doi:10.1001/archpsyc.1990.018101900 72010

Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (3), 401-412.

Lago Blanco, E., Acuña Gelabert, M., Bermúdez de la Puente Andión, C., Vilavedra Vaamonde, A., Marín Sánchez, N., Ibarra Uría, Olga. (2008). Estrategias de afrontamiento del estrés en el trastorno límite de la personalidad *Psicología.com*. Revista electrónica de Psicología

Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New A S, Leweke F (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377:74-84.

Lenzenweger M F (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatry Clinic North Am*, 31:395

M

- Mababu, R. (2009). La influencia de Charles Darwin en el Estudio de las Diferencias Individuales, de Francis Galton. *Revista de historia de la psicología*, 30 (2), 215–222.
- Mateu, C., Benito, A., Pena Garijo, J., Ferrer, J., Barea, J., Haro, G., (2010) Trastornos de personalidad y adicción a opiáceos: un estudio descriptivo mediante SPECT en pacientes con patología dual. *Salud y Drogas*
- Meza Rodríguez, T. E., Morales V., Gregorio, J. (2008). Trastorno límite de personalidad: Constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Psicología.com*. Revista electrónica de Psicología
- Montalvan V, Graver R, Oquendo M.A, Baca-Garcia E, Morales M, Mann J. (2001): Spanish adaptation of the buss-durkee hostility inventory (BDHI). *Eur J Psychiat*, 15:101-112
- Maclean, J. C., & French, M. T. (2014). Personality disorders, alcohol use, and alcohol misuse. *Social Science & Medicine* (1982), 120 C, 286-300. doi:10.1016/j.socscimed.2014.09.029
- Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones. (1997). Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H., & Mc Cleary, L. (1999). The Objective Behavioral Index: a measure for assessing treatment response of patients with severe personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 187 (5), 290–295.
- Mata, P. (2009). Una alternativa genético-conductual a los trastornos de la personalidad: el modelo dimensional de Livesley. *Actas Esp Psiquiatria*, 37 (3), 174–183.
- Mc Dermut, W., Zimmerman, M., Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D.S. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*, 89–101.
- Mckeen, J., & Farrand, L. (1896). Physical and mental measurements of the students of Columbia University. *Psychological Review*, 3 (6), 618-648. doi: 10.1037/h0070786
- Melartin, T., Häkkinen, M., Koivisto, M., Suominen, K., & Isometsä, E. T. (2009). Screening of psychiatric outpatients for borderline personality disorder with the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) *Nordic Journal of Psychiatry*, 63 (6), 475-479. doi:10.3109/08039480903062968
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L.D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. *The American Psychologist*, 56(2), 128-165.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 969-981. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.004

Montalvo, J. F., & Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *11* (1). [article/view/4014](#)

MORENO, J. B., María, P. G. A., Antonio, R. C. J., Pilar, S. S., & Beatriz, R. L.(2012). *Psicología de la personalidad*.Editorial UNED.

M, P., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88* (3), 588-606. [doi:10.1037/0033-2909.88.3.588](#)

N

Nebot, T. K., Viñals, M. T., & i Santacana, M. F. (1998). Evaluación psicológica: modelos y técnicas.

Niméus, A., Alsén, M., & Träskman-Bendz, L. (2000). La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *Psychiatry*, *15*, 416–423.

Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self- Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development reliability, and validity in an adolescent sample.

Nunnally Jr., J. C. (1970). Introduction to psychological measurement (Vol. xv). New York, NY, US: McGraw-Hill.

Neyra K.E. (2012) Trastorno de personalidad borderline. Trabajo de investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad San Juan Bautista. Lima, Perú.

O

Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D.S. (2007). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. American Psychiatric Pub.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(4), 571-578.

Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*, *15* (3), 147-155.

Oquendo, M. A., Graver, R., Baca-Garcia, E., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *The European Journal of Psychiatry*, *15* (2), 101-112.

Organization, W. H. & others. (1992). CIE10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pauta para el diagnóstico. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, *8*(4), 443-454.

Ottawa, J. H. P. of P.U. of & Calgary, A.E.J.M.P. of P.U. of. (2008). *A Guide to Assessments That Work*. Oxford University Press.

OVERALL, J. E., & GORHAM, D. R. (1962). THE BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE. *Psychological Reports*, *10* (3), 799-812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799

Oquendo MA, Baca-Garcia E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann J. J (2001): Adaptation española de la Barrat impulsiveness scale (BIS 11). *Eur Psychiatry*, *15*:147-155.

Ovejero A. (1981). El autoritarismo: enfoque psicológico. *El basilisco* (Oviedo) N° 13,40.

P

- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 53 (6), 738-742.
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457
- Pawlik, K., & Kaminski, G. (1980). *Diagnosis del diagnóstico*. Herder.
- Pelechano V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*.
- Perez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puig-demont, D., & Alvarez, E. (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 35(4), 229-235.
- Perry, J. C., & Klerman, G. L. (1978). The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. *Archives of General Psychiatry*, 35(2), 141-150.
- Perugi, G., & Akiskal, H. S. (2002). The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 713-737.
- Pailhez, G., Palomo, N. (2007). Inserción laboral de personas con trastorno límite de personalidad (TLD). *Psiquiatría biológica: Publicación oficial de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*, 14(3), 92-97.
- Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Ser Y53:738-742*.
- Perez V, Barrachina J, Soler J, Pascual J.C, Campins M.J, Puigdemont D, Alvarez E. (2007): The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Esp Psiquiatr*, 35:229-235.
- Pérez, A., Ferrer, O., Genova, M., Di, A., Calvo N., Gancedo, Matalí, J., Valero, S., Torrubia, R., Casas, M., (2012). Entrevistas SCID-II y DIB-R: asociación del diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad con factores de riesgo de mal pronóstico. *Psicothema*.
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J.C., Campins, M.J., Puigdemont, D., Álvarez, E. (2007). Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio Españolas de Psiquiatría.

Pfohl B, Blum N, St. John D, Mc Cormick B, Allen J, Black DW (2009): reliability and validity of the borderline evaluation of severity over time: a new scale to measure severity and change in borderline personality disorder. *J Pers Disord*,23:281-293.

Portal Psicología On-line. La psicología de la personalidad como disciplina. <http://www.psicologia-online.com>.

Pervin, L.A., & John, O. P. (1999). *Handbook of Personality: Theory and Research*. Elsevier.

Pfohl, B., Blum, N., John, D. S., Mc Cormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(3), 281.

Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality*. American Psychiatric Pub.

Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., & Stangl, D. (1986). DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 27(1), 21-34.

Pichot, P., Aliño, J. L. I., Miyar, M. V., Association, A. P., & others. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson Barcelona.

Piñero, N. C., Vives, X. C., de León, F.G. P., & Beltri, R.T. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (1), 7–13.

Polaino-Lorente, A., & Cano, P. M. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Ediciones Rialp

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. (2001). American Psychiatric Pub.

Preuss, U. W., Koller, G., Barnow, S., Eikmeier, M., & Soyka, M. (2006). Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 30(5), 866-877 doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00073.x

Q

Quirk, S. E., El-Gabalawy, R., Brennan, S. L., Bolton, J. M., Sareen, J., Berk, M., Williams, L. J. (2014). Personality disorders and physical comorbidities in adults from the United States: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-014-0974-1

Quirós A. (2011). Trastorno de la personalidad borderline. “El paradigma de los trastornos de la personalidad”. *Anales de Psiquiatría Clínica y Farmacología*. Vol. 1 N^o 2.

R

Ramon, S., Castillo, H., & Morant, N. (2001). Experiencing personality disorder: a participative research. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47(4), 1-15.

Rebok, F., Teti, G. L., Fantini, A. P. Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S. M., Derito, M. N. C., & Daray, F. M. (2014). Types of Borderline Personality Disorder (BPD) in Patients Admitted for Suicide-Related Behavior. *The Psychiatric Quarterly*.doi:10.1007/s11126-014-9317-3

Rey, A. (1974). *Conocimiento del individuo por los tests*. Madrid: Guadarrama.

Rieber, R. W., & Robinson, D. (2001). *Wilhelm Wundt in History: The Making of a Scientific Psychology*. Springer Science & Business Media.

Rocio Fdez-ballesteros. (1997). *La evaluación psicológica en el año 2000*. TEA Ediciones.

Roger B. Davis, R., & Millon Theodore. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson.

Rolland, B., Valin, T., Langlois, C., Auffret, M.,Gautier ,S.,Deheul, S., Cottencin, O. (2014). Safety and drinking outcomes among patients with comorbid alcohol dependence and borderline personality disorder treated with high-dose baclofen: a comparative cohort study. *International Clinical Psychopharmacology*. doi:10.1097/YIC.0000000000000054

S

- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. [The Spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population.]. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.
- Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy, 1*, 45-70.
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Ediciones Morata.
- Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2003). Structured interviewing and DSM classification. En M. Hersen & S. M. Turner (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis (4th ed.)* (pp.72-103). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Silk, K. R. (2013). Caught in an un-conscious split: Commentary on «The ironic fate of the personality disorders in DSM-5». *Personality Disorders, 4*(4), 350-351. doi:10.1037/per0000047
- Silva, F. (1985). *Psicodiagnóstico: teoría y aplicación*.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *The Psychiatric Quarterly, 4*(4), 349-360.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M.T., McGlashan, T. H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Stout, R. L. (2005). THE COLLABORATIVE LONGITUDINALS. Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T.A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry, 51*(12), 951-963.
- Slade, T., & Watson, D. (2006). The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychological Medicine, 36*(11), 1593-1600. doi:10.1017/S0033291706008452
- Soler, J., Campins, M. J., Pérez, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, E., & Alvarez, E. (2001). [Olanzapine and cognitive-behavioural group therapy in borderline personality disorder]. *Actas Españolas De Psiquiatría, 29*(2), 85-90.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 353-358. doi:10.1016/j.brat.2009.01.013
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (1982). *Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Edicio

- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36(1), 17-24.
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 275–283.
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*.
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1939-02565-001>
- Sternberg, R. J. (1982). *Handbook of Human Intelligence*. CUP Archive.
- Stone, M. H. (1977). The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects, and prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31(3), 345-365.
- Stone, M.H. (2014). The Spectrum of Borderline Personality Disorder: A Neurophysiological View. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. doi:10.1007/7854_2014_308
- Strack, S., & Millon, T. (2013). Personalized psychotherapy: a treatment approach based on Theodore Millon's integrated model of clinical science. *Journal of Personality*, 81(6), 528-541. doi:10.1111/jopy.12013

T

- Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Baškaya, O., von Cube, R., Skaletz, C., Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42(4), 257-263. doi:10.1159/000224149
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P.K., & Sher, K. J. (2013). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*. doi:10.1521/pedi_2013_27_093
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750. doi:10.1521/pedi_2012_26_093
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R.L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412-426. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.412
- Tyrer, P. (1999). Borderline personality disorder: a motley diagnosis in need of reform. *Lancet*, 354 (9196), 2095-2096. doi:10.1016/S0140-6736(99)00401-8
- Toro, R., Nieto, T., Mayorga, N. y Montaña, L. (2013). Ansiedad clínica: Instrumentos de auto-reporte más usados en población adulta. *La Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 173.
- Trull T. J. y Phares E.J. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. International Thomson Editores S.A. México.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 242-259

V

Vergés, A., Jackson, K. M., Bucholz, K. K., Trull, T.J., Lane, S. P., & Sher, K. J. (2014). Personality disorders and the persistence of substance use disorders: A reanalysis of published NESARC findings. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(4), 809-820. doi:10.1037/abn0000011

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C. C., Dolan, C., Busschbach, J. J., van der Kroft, P. J., Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment, 20*(1), 23.

Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry, 58*(6), 597-603.

W

- Widiger, T. A. (2000). Personality Disorders in the 21st Century. *Journal of Personality Disorders, 14*(1), 3-16. doi:10.1521/pedi.2000.14.1.3
- Widiger, T. A. (2013). A postmortem and future look at the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders, 4*(4), 382-387. doi:10.1037/per0000030
- Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G., Thomas, G. V., & others. (1995). *Personality Disorder Interview-IV: A Semistructured Interview for the Assessment of Personality Disorders*. Psychological Assessment Resources Odessa, FL.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Evidence-based assessment of Personality disorders. *Psychological Assessment, 17*(3), 278-287. doi:10.1037/1040-3590.17.3.278
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry, 42*(10), 1015-1021.
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry, 157*(4), 528-541.
- Wolf, M., Limberger, M. F., Kleindienst, N., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Philipsen, A., Bohus, M. (2009). [Short version of the borderline symptom list (BSL-23): development and psychometric evaluation]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 59*(8), 321-324. doi:10.1055/s-0028-1104598
- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2014). Associations Between Changes in Normal Personality Traits and Borderline Personality Disorder Symptoms Over 16 Years. *Personality Disorders*. doi:10.1037/per0000092
- W, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., & Nevitt, R. (1950). *The authoritarian personality* (Vol. xxxiii). Oxford, England: Harpers.
- Willick M. S. (2001) *Psicoanálisis y esquizofrenia. Una historia con moraleja*. Journal of the American Psychoanalytic Association. Vol.49, N°.1 p. 27-56.

Z

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F.R. (2001). ZAN-BPD rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD). Belmont, MA: Harvard Medical School. http://www.jblearning.com/catalog/9780_763763114/

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (12), 1733-1739.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6 year follow-up and prediction of time to remission. *The American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108-2114. doi:10.1176/appi.ajp.161.11.2108

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Treatment Rates for Patients With Borderline Personality Disorder and Other Personality Disorders: A 16-Year Study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. doi:10.1176/appi.ps.201400055

Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R., Sickel, A. E., & Yong, L. (1996). The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders (DIPD-IV). *Belmont, MA: McLean Hospital*, 340.

Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B.

F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607-619. doi:10.1521/pedi.2011.25.5.607

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). ZAN-BPD Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous.



Índice
de tablas
y figuras

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Evolución del Constructo del Trastorno de Personalidad Limite.....	22
Tabla1. Criterios del DSM-IV-TR y DSM-V.....	29
Tabla 2 . Clasificación de Enfermedades mentales (CIE-10).....	30
Figura 2. Procedimientos de recogida de información en Evaluación	43
Figura 3. Características básicas de Clasificación.....	48
Figura 4. Criterios de calidad exigibles a los Instrumentos de Evaluación.....	56
Tabla 4. DSM-II.....	71
Tabla 5. DSM-V (Sección II).....	80
Gráfica 1. Distribución de porcentaje de sexo.....	105
Gráfica 2. Distribución del Estado Civil Gráfica	106
Gráfica 3. Distribución del nivel de Estudios.....	107
Gráfica 4. Distribución de la situación laboral.....	108
Gráfica 5. Tratamiento Farmacológico.....	109
Tabla 6. Matriz de componentes Varimax.....	110
Tabla 7. Matriz de Correlaciones.....	111
Tabla 8. Prueba de esfericidad de Bartell.....	112
Tabla 9. Método de extracción.....	113
Gráfico 6. Gráfico de Sedimentación.....	114
Tabla 10. Análisis de componentes principales	115
Tabla 11. Correlación entre BSL-23 y otras escalas... ..	116
Tabla 12. Matriz de Componentes. Método de extracción.....	117



Anexos

ANEXOS

Protocolo BSL-23 (Version Original/ Inglés)

Protocolo BSL-23 (Version en español)

Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Inventario de Ansiedad Estado-rasgo (STAI)

Impresión Clínica Global (ICG-TLP)

Publicación Artículo: Validation of the Spanish Version of the Borderline symptom List, short form (BSL-23)

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23)

Joaquim Soler^{1,2*}, Daniel Vega^{3,4}, Albert Feliu-Soler^{1,2}, Joan Trujols^{1,2}, Ángel Soto³, Matilde Elices¹, Cristina Ortiz¹, Víctor Pérez^{1,2}, Martin Bohus⁵ and Juan Carlos Pascual^{1,2}

Abstract

Background: The Borderline Symptom List-23 (BSL-23) is a reliable and valid self-report instrument for assessing Borderline Personality Disorder (BPD) severity. The psychometric properties of the original version have proven to be adequate. The aim of the present study was to validate the Spanish language version of the BSL-23.

Methods: The BSL-23 was administered to 240 subjects with BPD diagnosis. Factor structure, reliability, test-retest stability, convergent validity, and sensitivity to change were analyzed.

Results: The Spanish version of the BSL-23 replicates the one-factor structure of the original version. The scale has high reliability (Cronbach's alpha=.949), as well as good test-retest stability, which was checked in a subsample ($n=74$; $r=.734$; $p<.01$). The Spanish BSL-23 shows moderate to high correlations with depressive symptomatology, state and trait anxiety, hostility and impulsivity scores and BPD measures. The Spanish BSL-23 is able to discriminate among different levels of BPD severity and shows satisfactory sensitivity to change after treatment, which was verified by assessing change before and after 12 group sessions of Dialectical Behavioral Therapy in a subgroup of 31 subjects.

Conclusions: Similar to the original BSL-23, the Spanish BSL-23 is a reliable and valid instrument for assessing BPD severity and sensitivity to change.

Keywords: Borderline personality disorder, Borderline symptom list, Instrumental study, BPD severity

Background

Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe psychiatric condition affecting from 1 to 5.9% of the general population [1,2]. However, in clinical populations, BPD is prevalent in up to 25% of inpatients [3]. According to the DSM-IV criteria [4], BPD is characterized by a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, identity, impulsivity, and affect. BPD is associated with high rates of suicide [5], comorbid Axis I and II mental disorders [6-8], severe functional impairment [9], and high costs for psychiatric services [9,10]. BPD diagnosis is generally based on (1) generic Axis II diagnostic interviews that include all DSM-IV Axis II diagnoses such

as the SCID-II [11] or (2) BPD-specific structured interviews such as the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) [12,13], which improve the specificity and accuracy of the diagnosis.

Due to the wide range of BPD symptoms, studies of this disorder have used multiple symptomatology scales designed to evaluate Axis I disorders. The use of several different scales gives an indirect assessment of BPD symptoms. However, more recently, several BPD-specific scales based on DSM-IV criteria have been developed to increase accuracy of the diagnosis and decrease the time needed to perform the assessment. Clinician-administered scales include the BPD Severity Index IV (BPDSI-IV) [14], the Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) [15], and the Clinical Global Impression scale for BPD patients (CGI-BPD) [16]. Differences between these scales mainly involve administration time, time-frame considered, and the number of items used to assess each criterion. Despite the good

* Correspondence: jsolerri@santpau.cat

¹Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Avda Sant Antoni M^o Claret 167, Barcelona 08025, Spain

²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

psychometric properties of these clinician-administered instruments, they all have certain disadvantages, such as a long administration time or a need for clinical expertise to perform the assessments.

At the moment, only three self-reported scales are available to assess BPD severity. The Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST) [17], a 15-item instrument composed of 3 subscales to assess the thoughts, emotions, and behaviours typical of BPD subjects and to measure severity and changes in BPD. The second instrument is the Borderline Symptom List (BSL-95), created by Bohus et al. [18] based on DSM-IV criteria and the DIB-R, including the collaboration of clinical experts and patients. The BSL-95 contains 95 items to evaluate the subjective complaints common among BPD subjects. Each item is quantitatively assessed on a 5-point Likert scale that ranges from 0 (not at all) to 4 (very strong). The BSL-95 has strong psychometric properties, but its length makes it impractical in some settings. For this reason, the original version (BSL-95) was later reduced to create the Borderline Symptom List-23 (BSL-23) [19]. The BSL-23 includes those items from the original version that had shown the highest levels of sensitivity to change and that discriminate best between BPD and other disorders. In addition, because the new version contains only 23 items, the administration time is considerably shortened. The psychometric properties of the BSL-23 were assessed in 5 different BPD patient samples. A total of 659 subjects were evaluated and correlation between the BSL-95 and the BSL-23 was high. The principal component analysis suggested a structure of one dominant factor. Findings showed a high internal consistency, high test-retest reliability, and good sensitivity to change after Dialectical Behavioral Therapy (DBT) treatment. In short, the authors considered that the BSL-23 was a reliable and brief self-reported instrument for assessing BPD severity as well as sensitivity to change.

Several instruments have been created to assess BPD diagnosis and severity in the Spanish population [13,16]. However, no validated self-report measures are yet available to specifically assess BPD severity. For this reason, the aim of the present study was to validate the Spanish language version of the BSL-23 in a sample of subjects with BPD diagnosis. The psychometric properties of Spanish version of the BSL-23 and its sensitivity to change due to therapeutic intervention were tested.

Method

Participants

The total sample consisted of 240 subjects recruited from mental health settings in Spanish public institutions. Sample size was considered appropriate taking into account psychometric recommendations that suggest 5 to 10 individuals per item [20]. Inclusion criteria

consisted of BPD diagnosis according to DSM-IV criteria as assessed by a structured interview (DIB-R) [13] and age between 18 and 45 years. Exclusion criteria were as follows: comorbidity with bipolar disorder, schizophrenia, current major depressive disorder, substance dependence, and severe difficulties in reading comprehension. All participants had to be native Spanish speakers.

This study was approved by the Clinical Research Ethics Committee at the Hospital de la Santa Creu i Sant Pau and carried out in accordance with the Declaration of Helsinki. Participants were given a detailed description of the study and gave their written informed consent.

Instruments

Diagnosis interview

– Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R) [13]. The DIB-R is a structured interview for assessing BPD diagnosis criteria in four areas: impulsive behavior, cognitive area, affective area and interpersonal relationships. The assessment focuses on the prior two years and the scale ranges from 0 to 10, with a cut-off level set at 6 for a diagnosis of BPD [13].

Scales

- Borderline Symptom List – 23 (BSL-23) [19]. The BSL-23 is a self-rated scale that assesses BPD symptomatology. The original version is composed of a one-factor structure and has shown a high internal consistency as evidenced by a Cronbach's alpha of 0.93. It has also shown good reliability for BPD diagnosis as well as a satisfactory sensitivity to change. Administration of the BSL-23 takes an average of 3 to 4 minutes.
- Barrat Impulsivity Scale (BIS-11) [21]. The BIS-11 is a 30-item self-reported scale that contains 3 subscales: motor impulsivity, cognitive impulsivity, and lack of planning. The global impulsivity score ranges between 0 and 120.
- Beck Depression Inventory (BDI-II) [22]. This self-report instrument consists of 21 items to evaluate depressive symptomatology.
- State Trait Anxiety Inventory (STAI) [23]. STAI is a 40-item questionnaire with two subscales (20 items each), one to assess state anxiety (STAI-S) and the other to evaluate trait anxiety (STAI-T). Total scores range from 0 to 60, and there is no clinical cut-off in the Spanish version.
- Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) [24]. The BDHI is a self-reported true/false questionnaire with 75 items, 7 subscales (Assault, Indirect Hostility, Irritability, Negativism, Resentment, Suspicion, and Verbal Hostility) and a global hostility score.

- Clinical Global Impression for Borderlines (CGI-BPD) [16]. The CGI-BPD assesses the severity of BPD symptoms as well as sensitivity to therapeutic change. This clinician-administered scale measures the severity of nine items using a 7-point Likert scale. The items are based on DSM-IV diagnosis criteria for BPD. In our study, the CGI-BPD was only administered to a sub-sample of patients to assess sensitivity to change.

Procedure

Participants were enrolled in the study over a two-year period according to the predetermined inclusion and exclusion criteria. Subjects received information about the study aims and instructions on how to complete the tests. Participation in the study was voluntary and no financial retribution was given.

The BSL-23 was translated from English to Spanish by three native Spanish speakers with clinical expertise and in accordance with the author's supervision. An independent native English-speaking translator with expertise in translation of bio-medical texts translated this Spanish version back into English. The authors of the original BSL-23 version approved the final Spanish version.

To analyze the convergent validity of the Spanish BSL-23, the following scales were used: BIS-11, BDI, STAI-S, STAI-T, BDHI and CGI-BPD (this latter available only from 31 individuals). Correlation between BSL-23 and DIB-R was also performed in order to ascertain the convergence with a diagnostic instrument for BPD. To study test-retest reliability of the Spanish BSL-23, a sub-sample of 74 participants were asked to complete the instrument again after one week. To examine sensitivity to change following treatment, 31 individuals completed the BSL-23 before and after 3 months intervention based on DBT in a group format (1 session per week). The DBT group therapy consists of a skills training 2 hours per week. These skills are divided into four modules: Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Mindfulness. This sub-sample also completed the CGI-BPD before and after treatment.

In order to test if BSL-23 was able to differentiate among different levels of BPD severity, the following procedure was used. A stepwise backward linear regression analysis was performed including BDI for affective symptomatology, BIS-11 subscales for impulsivity, and BDHI subscales for hostility and aggression as independent variables to predict CGI-BPD scores as the dependent variable. BDI total score, BIS-11 non-planning impulsivity and all BDHI subscales except "Distrust" significantly predicted CGI-BPD scores ($R^2=.73$; $p=.03$). The unstandardized values from the regression model were then divided into quartiles, which served to finally classify participants in

four categories of BPD severity. This variable was introduced as between-group factor in a one-way ANOVA with BSL-23 scores as the dependent variable.

Data analysis

Data analysis was carried out using SPSS 18.0 statistical software for Windows. Descriptive statistics were used to describe the demographic and clinical characteristics of the sample. An exploratory factorial analysis (EFA) of principal components with a Varimax rotation was performed to examine the factorial structure of the scale. It was used Confirmatory Factor Analysis (CFA) to explore the goodness of fit of the original one-factor structure of the BSL. EQS software for Windows version 6.1 [25] was used to conduct the CFA. The maximum likelihood with robust correction method was used to adjust for distributional problems in the data set. Although a model with a non-significant chi-square estimate is generally considered a model with good fit, Hu and Bentler [26] recommended combinational rules to evaluate model fit. The following criteria were used to indicate the fit of the CFA models to the data: CFI (Comparative Fit Index) and GFI (Goodness of Fit Index) $>.90$ and RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) $<.08$. Values for CFI and GFI ranged from 0 to 1. These fit statistics and the chi-square were selected because previous research has demonstrated their performance and stability [26,27].

To test internal consistency, global Cronbach's alpha was estimated and the split-half method was also applied. In addition, Cronbach's alpha was estimated with each of the 23 items removed one at a time from the scale. Test-retest reliability and convergent validity were evaluated by correlation analysis. In order to assess the BSL-23 sensitivity to clinical change, we analyzed post-minus pre- treatment scores using a t-test comparison. Additionally, we compared this change value with CGI-BPD results through correlational analysis.

Results

Socio-demographic and clinical characteristics of the sample

As shown in Table 1, more than half of the sample were women (57.5%), with a mean age of 32.4 years old ($SD=8$). A slight majority were single (52.8%) and most had completed at least secondary schooling. Most subjects (80%) were not working or studying at the time of the study. BPD symptomatology was moderate to severe, and the mean DIB-R score was 7.4 ($SD=1.6$).

Factor structure

The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure yielded a value of .952 and Bartlett's Test of Sphericity was significant ($p<.001$). An initial exploratory component analysis with a Varimax rotation showed a three factor structure with

Table 1 Socio-demographic and clinical characteristics of the sample

	BPD (n=240)
Age (M, SD)	32.4 (8)
DIB- R (M, SD)	7.4 (1.6)
Gender – Woman (%)	57.5
Marital status (%)	
Single	52.8
Married	32.3
Divorced	14.5
Widow	.4
Education (%)	
No education	3.8
Primary school	34.6
Secondary education	44.2
University	15.4
Current activity (%)	
Employed	16.7
Student	3.3
unemployed	80%

Note. BPD=Borderline Personality Disorder; DIB-R=Diagnostic Interview for Borderlines Revised.

Eigen values greater than 1 (11.065, 1.407 and 1.120), accounting for 59.1% of total variance. The scree plot, however, suggested a unifactorial solution (Figure 1). A posterior EFA was performed by fixing one factor. The unifactorial solution explained 48.11% of total variance. Most of the items (22 out of 23) showed total factorial

loadings superior to .40, except for item 23. Table 2 shows the factorial loadings of each item.

The one-factor model in the CFA showed good fit indices $\chi^2_{sb} = 574.7904$ ($p < .001$), (CFI= .905, GFI=.767, SRMR=.053, RMSEA= .079 [.071-.087]). According to the fit indices, the one-factor model represents correctly the observed data.

Reliability

The Cronbach's alpha coefficient was .936 and the split-half method yielded a correlation of $r = .92$, indicating that the scale has a high overall internal consistency. In the item-by-item reliability analysis, Cronbach's alpha coefficient showed a slight improvement (from .936 to .949) in its value when item 23 was not included.

Analysis of test-retest stability within one week was performed in a subsample of 74 subjects, with satisfactory results ($r = .734$; $p < .01$).

Convergent validity

As shown in Table 3, positive moderate to high correlations were observed between the scores on the BSL-23 and depression symptoms measured by the BDI ($r = .787$), state-anxiety measured by the STAI-S ($r = .705$), trait-anxiety by means of STAI-T ($r = .746$), hostility measured by the BDHI ($r = .421$) and impulsivity measured by the BIS ($r = .376$). All correlations were highly significant at $p < .001$. Correlation analyses between BSL-23 and DIB-R and CGI-BPD showed that this latter was strongly associated with BSL-23, while DIB-R was moderately related (see Table 3).

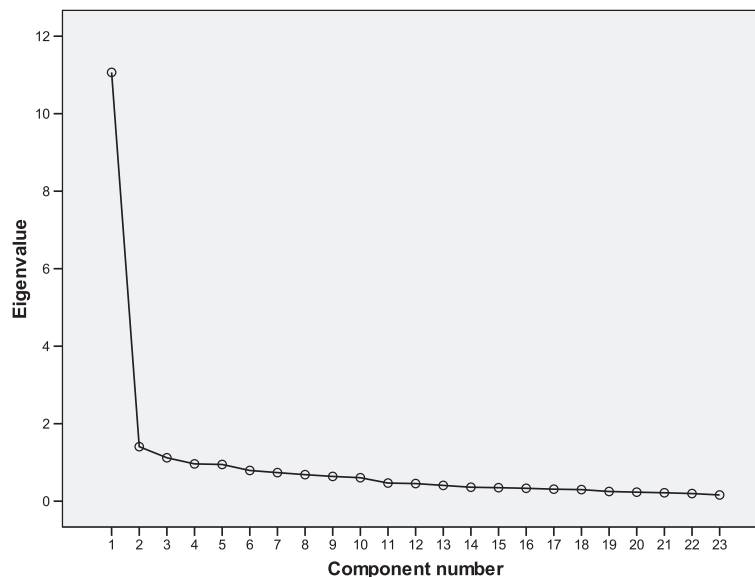


Figure 1 Scree plot of the BSL-23 Spanish version.

Table 2 Factor Structure of the BSL-23 Spanish version

BSL Items		Factor 1
BSL-1	Me resultaba difícil concentrarme	.702
BSL-2	Me sentí indefenso	.737
BSL-3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	.606
BSL-4	Sentí asco	.569
BSL-5	Pensé en hacerme daño	.767
BSL-6	Desconfié de los demás	.586
BSL-7	No creía que tuviera derecho a vivir	.775
BSL-8	Me sentía solo	.749
BSL-9	Sentí una tensión interna estresante	.800
BSL-10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	.655
BSL-11	Me odié a mí mismo	.825
BSL-12	Quise castigarme	.603
BSL-13	Sufí de vergüenza	.640
BSL-14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión	.831
BSL-15	Sufí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	.521
BSL-16	Las críticas tuvieron un efecto demoledor en mí	.711
BSL-17	Me sentí vulnerable	.752
BSL-18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	.782
BSL-19	Nada parecía tener sentido para mí	.839
BSL-20	Tuve miedo de perder el control	.797
BSL-21	Me di asco a mí mismo	.600
BSL-22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	.490
BSL-23	Sentí que no valía nada	.373

Sensitivity to change

To establish the scale's ability to detect improvement in BPD symptomatology, the delta scores (difference between the first and second administration scores) obtained in BSL-23 were correlated with the improvement observed in the CGI-BPD (measured before and after a 3-month DBT skills training treatment) in a sub sample of 31 patients with BPD. The mean pre- and post-treatment scores for the BSL-23 were, respectively, 2.21 ($SD=.96$), and 1.83 ($SD=.96$; $p=.01$). For the CGI-BPD, the mean pre- and post-treatment scores were 4.80 ($SD=1.04$) and 4.16 ($SD=.96$; $p=.002$), respectively. The mean change was obtained for both the BSL-23 and the CGI-BPD (including overall score plus all subscales) in order to compare pre- and post-treatment scores. The correlation between the mean change in BSL-23 and in the CGI-BPD global score was significant ($r=.79$). Other significant correlations were identified for the following

subscales: Abandonment ($r=.636$), Unstable Relationships ($r=.719$), Impulsivity ($r=.675$), Suicide ($r=.733$), Affective Instability ($r=.836$), Anger ($r=.810$) and Paranoid Ideation ($r=.503$). All reported correlations were significant at $p<.01$.

Discrimination among BPD severity levels

BSL-23 was able to discriminate among different levels of BPD severity [$F(3,179)=51.18$; $p<.001$]. Table 4 displays Bonferroni's posthoc analyses regarding BSL-23 scores among groups. As it can be observed BSL-23 differentiated all groups of severity.

Discussion

Although BPD is the most commonly studied personality disorder in clinical trials, only a very limited number of self-reported questionnaires are available to specifically assess BPD severity and sensitivity to change following therapeutic interventions. Moreover, none of the existing instruments had been adapted for Spanish speakers, until now. The original BSL-95 was shortened to the BSL-23 to reduce assessment time and to target sensitivity to change. In the current study, the Spanish BSL-23 has shown good psychometric properties similar to the original version.

The principal component analysis of the current instrument presents a unidimensional factor structure identical to the original version. The percentage of variance

Table 3 Correlations between Spanish version of BSL-23 scores and other scales

	BSL-23
Beck Depression Inventory (BDI)	.787**
State Trait Anxiety Inventory – S (STAI-S)	.705**
State Trait Anxiety Inventory – T (STAI-T)	.746**
Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) Total Score	.421**
BDHI – Físical Hostility	.200**
BDHI – Verbal Hostility	.244**
BDHI- Indirect Hostility	.373**
BDHI - Irritability	.396**
BDHI - Resentment	.412**
BDHI - Distrust	.333**
BDHI - Negativism	.180*
BDHI - Guilt	.301**
Barrat Impulsivness Scale (BIS) – Total Score	.376**
BIS – Attentional	.144*
BIS - Motor	.424**
BIS - Nonplanning	.276**
CGI-BPD	.889**
DIB-R	.407**

* $p<.05$, ** $p<.001$.

Table 4 BSL mean scores' distribution by BPD severity levels as measured by the categorical CGI-BPD unstandardized scores

	1st quartile (n=46)	2nd quartile (n=46)	3rd quartile (n=46)	4th quartile (n=45)	Bonferroni posthoc comparisons
BSL-23 scores	.55 [.61]	1.03 [.81]	1.78 [.81]	2.44 [.89]	(1st)<(2nd)*, (1st)< (3rd)***, (1st)< (4th)***, (2nd)<(3rd)***, (2nd)< (4th)***, (3rd)<(4th)**

*p<.05; **p<.01; ***p<.001.

Mean and SD (between brackets) are represented. The following quartile values represent each severity level according to predicted CGI-BPD scores: 1st quartile: 3.59, 2nd quartile: 4.27; 3rd quartile: 4.9; 4th quartile: 6.63. BPD: Borderline Personality Disorder,.

(48.11%) explained by this single factor is even better than the one obtained in the original validation study [18]. In our study, this unidimensional model was also confirmed by a CFA. The findings show a high internal consistency of the Spanish short version of BSL as indicated by the high Cronbach's alpha and Spearman-Brown coefficient. Although item 23 shows less psychometric robustness compared to the rest on factorial and reliability analyses, their psychometric indexes range from moderate to acceptable values. Moreover, the reliability of the Spanish BSL-23 is similar to that of the English versions (BSL-23 and BSL-95), both of which had a Cronbach's alpha of .97.

The one-week temporal reliability of the scale was high ($r=.73$) and comparable to the scores obtained in the original BSL-23 ($r=.82$) and BSL-95 ($r=.84$) studies [18,19].

Given the wide spectrum of symptoms for BPD, we expected to observe positive correlations between the Spanish version of BSL-23 and other self-reported scales designed to assess depression and anxiety symptoms, hostility, and impulsivity. BSL-23 scores showed a positive correlation with BDI, BDHI, BIS and STAI-S and STAI-T and this correlation ranged from low/moderate –BDHI and BSI ($r=.144$ to $r=.424$; including subscales)– to high: BDI and STAI subscales ($r=.705$ to $r=.787$). The original BSL-23 study showed a strong correlation between scores on affective symptomatology and BSL-23 [19]; in our study, we also found a high correlation between BSL-23 and BDI scores. This association between depressive symptomatology and BPD scales has also been reported in other self-reported BPD scales [17]. However, unlike the original study by Bohus et al. [19], we found high and significant correlations between anxiety symptoms and BSL-23. Although measures of hostility and impulsivity were not used to study convergent validity in previous BSL validations, we found moderate and positive correlations between Spanish BSL-23 and BDHI (hostility) and BIS (impulsivity) scores. The correlations seen in our study were similar to those previously described by Bohus et al. [18]. As expected, correlations

between BSL-23 and other specific BPD instruments i.e. DIB-R and CGI-BPD indicating good and excellent convergent validity, respectively. The slight discrepancy of convergent validity with regard these two instruments may be due to the fact that BSL-23 and CGI-BPD assess the same temporal frame (one week), while the DIB-R recalls information for the last two years. These results support the convergent validity of the Spanish version of the questionnaire and the capacity of the BSL-23 to differentiate different levels of severity is a strong attribute of the scale to be used either in clinical settings and research.

The instrument also showed a good capacity to detect changes produced by therapeutic BPD interventions. To assess sensitivity to changes, we carried out a 3-month DBT group therapy program whose effectiveness in BPD patients had been proven in a previous study [28]. This therapeutic intervention, based on self-regulatory skills acquisition, was nearly identical to the program used in the original BSL-23 [19]. In our study, BSL-23 scores were compared to the CGI-BPD [16], an instrument also developed to assess changes in BPD symptoms after treatment, and we found a strong positive correlation between both instruments. BSL-23 also correlate positively ($r\geq.50$) with improvements observed in the CGI-BPD subscales for Abandonment, Unstable Relationships, Impulsivity, Suicide, Affective Instability, Anger Paranoid Ideation.

Finally, a limitation of our study is the absence of a non-BPD clinical group comparison as had been done in the original English version with five different psychiatric samples [19].

Conclusions

To conclude, the Spanish BSL-23 is a reliable instrument for assessing and discriminating BPD severity and clinical outcomes after a psychotherapeutic intervention. Moreover, administration-time is brief and it is suitable for use in both research and clinical settings.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

JS conceived the study aims and design, and developed the study in discussions with JT, JP, AF, CO, ME, DV, AS and MB. JS performed the analysis and drafted the initial manuscript. All authors contributed to interpretation of results, revised and commented on the manuscript for important intellectual content. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgments

This study was supported by Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) and by a grant from Instituto de Salud Carlos III (PI10/00253).

Author details

¹Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Avda Sant Antoni M^a Claret 167, Barcelona 08025, Spain. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain. ³Servei de Psiquiatria i Salut Mental, Hospital de Igualada (Consorci Sanitari de l'Anoia), Igualada, Spain. ⁴Unitat de Psicologia Mèdica, Departament de Psiquiatria i Medicina Legal & Institut de Neurociències, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain. ⁵Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany.

Received: 29 October 2012 Accepted: 6 May 2013

Published: 14 May 2013

References

- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ: **Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions.** *J Clin Psychiatry* 2008, **69**:533–545.
- Lenzenweger MF: **Epidemiology of personality disorders.** *Psychiatr Clin North Am* 2008, **31**:395–403.
- Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F: **Borderline personality disorder.** *Lancet* 2011, **377**:74–84.
- American Psychiatric Association: *The diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* Washington D.C: American Psychiatric Association; 2000.
- Paris J: **Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder.** *Psychiatr Serv* 2002, **53**:738–742.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ: **The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure.** *Biol Psychiatry* 2002, **51**:936–950.
- Barrachina J, Pascual JC, Ferrer M, Soler J, Rufat MJ, Andiñón O, Tiana T, Martín-Blanco A, Casas M, Pérez V: **Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by gender, Age and clinical severity.** *Compr Psychiatry* 2011, **52**:725–730.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V: **Axis II comorbidity of borderline personality disorder.** *Compr Psychiatry* 1998, **39**:296–302.
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG: **Treatment utilization by patients with personality disorders.** *Am J Psychiatry* 2001, **158**:295–302.
- Zanarini MC, Jacoby RJ, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: **The 10-year course of social security disability income reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects.** *J Pers Disord* 2009, **23**:346–356.
- Gómez-Beneyto M, Villar M, Renovell M, Pérez F, Hernández M, Leal C, Cuquerella M, Slok C, Asencio A: **The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample.** *J Pers Disord* 1994, **8**:104–110.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL: **The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating borderline personality disorders from other axis II disorders.** *J Pers Disord* 1989, **3**:10–18.
- Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, Zanarini MC: **Pérez sola V: validation of a Spanish version of the diagnostic interview for borderlines revised (DIB-R).** *Actas Esp Psiquiatr* 2004, **32**:293–298.
- Giesen-Bloo JH, Wachters LM, Schouten E, Arntz A: **The borderline personality disorder severity index-IV: psychometric evaluation and dimensional structure.** *Pers Individ Dif* 2010, **49**:136–141.
- Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J: **Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology.** *J Pers Disord* 2003, **17**:233–242.
- Pérez V, Barrachina J, Soler J, Pascual JC, Campins MJ, Puigdemont D, Alvarez E: **The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes.** *Actas Esp Psiquiatr* 2007, **35**:229–235.
- Pfohl B, Blum N: **St. John D, McCormick B, Allen J, black DW: reliability and validity of the borderline evaluation of severity over time: a new scale to measure severity and change in borderline personality disorder.** *J Pers Disord* 2009, **23**:281–293.
- Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman A, Kühler T, Stieglitz RD: **Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL).** *Psychopathology* 2007, **40**:126–132.
- Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Steil R, Philipsen A, Wolf M: **The short version of the borderline symptom list (BSL-23): development and initial data on psychometric properties.** *Psychopathology* 2009, **42**:32–39.
- Nunnally JC: *Psychometric theory.* 1st edition. New York: McGraw-Hill; 1978.
- Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalván V, Mann JJ: **Adaptación española de la Barratt impulsiveness scale (BIS 11).** *Eur Psychiatry* 2001, **15**:147–155.
- Sanz J, Perdigón A, Vázquez C: **The spanish adaptation of Beck's depression inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population.** *Clinica y Salud* 2003, **14**:249–280.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R: *Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI).* Madrid, España: TEA Ediciones; 1982.
- Montalván V, Graver R, Oquendo MA, Baca-García E, Morales M, Mann J: **Spanish adaptation of the buss-durkee hostility inventory (BDHI).** *Eur J Psychiat* 2001, **15**:101–112.
- Bentler PM: *EQS structural equations program manual.* Encino, CA: Multivariate Software; 1995.
- Hu LT, Bentler PM: **Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives.** *Struct Equ Modeling* 1999, **6**:1–55.
- Bentler PM, Bonett DG: **Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures.** *Psychol Bull* 1980, **47**:541–570.
- Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, Gich I, Alvarez E, Pérez V: **Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial.** *Behav Res Ther* 2009, **47**:353–358.

doi:10.1186/1471-244X-13-139

Cite this article as: Soler et al.: Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry* 2013 **13**:139.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Code: _____

Date: _____

Please follow these instructions when answering the questionnaire: In the following table you will find a set of difficulties and problems which possibly describe you. Please work through the questionnaire and decide how much you suffered from each problem in the course of the last week. In case you have no feelings at all at the present moment, please answer according to how you *think you might have felt*. Please answer honestly. **All questions refer to the last week. If you felt different ways at different times in the week, give a rating for how things were for you on average.**

Please be sure to answer each question.

In the course of last week...		not at all	a little	rather	much	very strong
1	It was hard for me to concentrate	0	1	2	3	4
2	I felt helpless	0	1	2	3	4
3	I was absent-minded and unable to remember what I was actually doing	0	1	2	3	4
4	I felt disgust	0	1	2	3	4
5	I thought of hurting myself	0	1	2	3	4
6	I didn't trust other people	0	1	2	3	4
7	I didn't believe in my right to live	0	1	2	3	4
8	I was lonely	0	1	2	3	4
9	I experienced stressful inner tension	0	1	2	3	4
10	I had images that I was very much afraid of	0	1	2	3	4
11	I hated myself	0	1	2	3	4
12	I wanted to punish myself	0	1	2	3	4
13	I suffered from shame	0	1	2	3	4
14	My mood rapidly cycled in terms of anxiety, anger, and depression	0	1	2	3	4
15	I suffered from voices and noises from inside or outside my head	0	1	2	3	4
16	Criticism had a devastating effect on me	0	1	2	3	4
17	I felt vulnerable	0	1	2	3	4
18	The idea of death had a certain fascination for me	0	1	2	3	4
19	Everything seemed senseless to me	0	1	2	3	4
20	I was afraid of losing control	0	1	2	3	4
21	I felt disgusted by myself	0	1	2	3	4
22	I felt as if I was far away from myself	0	1	2	3	4
23	I felt worthless	0	1	2	3	4

Protocolo BSL-23

INICIALES PACIENTE:

--	--	--

NUMERO PACIENTE:

--	--	--

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Protocolo BSL-23

Iniciales paciente: ___ ___ ___

VISITA 1

SERVICIO PSIQUIATRIA HSCSP

Firma investigador: _____

Protocolo BSL-23

Iniciales paciente: ____ ____ ____

Fecha de visita 1: ____ ____ ____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Iniciales: ____ ____ ____

Nº paciente: ____ ____ ____

Fecha de nacimiento: ____ ____ ____ ____ ____ años

Sexo: Hombre Mujer

¿El paciente recibe tratamiento farmacológico?

 Sí No

Especificar (fármaco y dosis):

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Estado civil: Soltero/a
 Casado-a / pareja de hecho o convivencia con pareja estable
 Divorciado-a / separado-a
 Viudo-a

Estudios: Sin estudios
 Estudios primarios / EGB
 BUP-ESO / COU-BACHILLERATO / FP
 Estudios universitarios

Situación Laboral: Trabaja
 En paro
 De baja temporal
 Baja por larga enfermedad
 Jubilado/a
 Otros:

SERVICIO PSIQUIATRIA HSCSP

Firma investigador: _____

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Code: _____

Date: |__|_|. |__|_|. | 2 | 0 |__|_|

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad.

Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas.

Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.

Durante la última semana		Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoleedor en mí	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado **general** a lo largo de la última semana. 0 % significa **absolutamente hundido**, 100% significa **excelente**. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(absolutamente hundido) ←—————→ (excelente)										

BSL - Supplement: Items for Assessing Behavior

Durante la última semana		Nada	una vez	2- 3 veces	4-6 veces	Diariamente o más a menudo
1	Me hice daño cortándome, quemándome, estrangulándome, dándome golpes con la cabeza, etc.	0	1	2	3	4
2	Dije a otras personas que iba a matarme	0	1	2	3	4
3	Intenté suicidarme	0	1	2	3	4
4	Tuve atracones de comida	0	1	2	3	4
5	Me provoqué el vómito	0	1	2	3	4
6	Realicé deliberadamente conductas arriesgadas como conducir demasiado rápido o en dirección contraria, hacer equilibrios y juegos en lugares altos, en las vías de tren o con trenes en marcha, etc.	0	1	2	3	4
7	Me emborraché	0	1	2	3	4
8	Tomé drogas	0	1	2	3	4
9	Tomé medicación que no se me había recetado o si se me había prescrito, tomé más de la dosis recetada.	0	1	2	3	4
10	Tuve brotes de ira incontrolada o ataqué físicamente a otras personas	0	1	2	3	4
11	Tuve relaciones sexuales que no pude controlar, de las cuales más tarde me sentí avergonzado/a o enfadado/a.	0	1	2	3	4

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas.

**LE AGRADECEMOS MUCHO SU PARTICIPACIÓN!
POR FAVOR, DEVUELVA EL CUESTIONARIO A SU TERAPEUTA.**

9.5. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

	Verdadero	Falso
1. Raramente le pego a alguien, aun si la persona me pega a mí primero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A veces chismorreo sobre las personas que me caen mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A menos que me pidan que haga algo de buena manera, no lo hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me enfurezco con facilidad pero se me pasa rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Parece que nunca recibo lo que me merezco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sé que la gente tiende a hablar mal de mí a mis espaldas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando desapruero el comportamiento de mis amistades, se lo hago saber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las pocas veces que he hecho trampa, he sufrido un remordimiento insoportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De vez en cuando, no puedo resistir las ganas de hacer daño a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nunca me pongo tan furioso como para tirar cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A veces las personas me molestan con tan sólo estar a mi alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando alguien establece una regla que no me gusta, me dan ganas de romperla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás siempre parecen recibir todas las oportunidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tiendo a no confiar en la gente que es más amigable de lo que yo espero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A menudo encuentro que no estoy de acuerdo con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A veces tengo pensamientos malos que me hacen sentir avergonzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. No sé de ninguna razón para pegarle a una persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cuando estoy furioso, a veces pongo mala cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cuando alguien es mandón, hago lo opuesto de lo que me pide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me molesto mucho más a menudo de lo que la gente piensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. No conozco a nadie a quien odie plenamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hay cierto número de personas a quienes aparentemente les caigo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No puedo evitar discutir con personas que no están de acuerdo conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Las personas que no cumplen con su trabajo deben sentirse muy culpables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Si alguien me pega primero, le caigo encima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cuando estoy furioso/a, a veces doy portazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Siempre tengo paciencia con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ocasionalmente, cuando estoy furioso/a con alguien, dejo de hablarle por algún tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Cuando pienso en lo que me ha pasado, no puedo evitar sentir un leve resentimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hay cierto número de personas que parecen tener celos de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Insisto en que las personas respeten mis derechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me deprime pensar que no hice más por mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Quien me insulte a mí o a mi familia se está buscando una pelea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Nunca les gasto bromas a las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me revienta que alguien se burle de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Cuando la gente es mandona, tardo más en hacer las cosas para fastidiarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Casi todas las semanas veo a alguien que me cae mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. A veces me da la impresión de que los demás se ríen de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.5. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee
(Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

	<i>Verdadero</i>	<i>Falso</i>
39. Aun cuando me da coraje, no uso malas palabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Me preocupo por que se me perdonen mis pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Las personas que se la pasan fastidiando se están buscando un puñetazo en la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. A veces pongo mala cara cuando las cosas no salen a mi manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Si una persona me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso de ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. A veces me siento como la pólvora, a punto de explotar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Aunque no lo demuestro, a veces me consumen los celos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Mi frase favorita es «nunca confíes en los desconocidos»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Cuando la gente me grita, yo le grito también	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Hago muchas cosas que me dan remordimiento después	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de abofetear a alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Después de los diez años, no me volvió a dar una patalata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Cuando me pongo furioso/a digo cosas desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. A veces tengo una actitud de «atrévete a meterte conmigo»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Si la gente conociera mis sentimientos, me considerarían una persona poco llevadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Usualmente me pregunto cuál será el motivo oculto que tiene la persona que hace algo para ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. No podría poner a alguien en su sitio, aunque se lo mereciera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. El fracasar me da remordimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Me meto en peleas tan a menudo como los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Recuerdo haber estado tan furioso/a que cogí la primera cosa que encontré y la rompí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. A menudo hago amenazas sin intención de llevarlas a cabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. No puedo evitar ser algo maleducado/a con las personas que me caen mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Hay veces que siento que la vida ha sido injusta conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Antes yo pensaba que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora sé que no es así	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Generalmente disimulo la mala opinión que tengo de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Cuando hago algo que está mal, mi conciencia me castiga severamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Si tuviera que recurrir a la violencia física para defender mis derechos, lo haría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Si alguien no me trata bien, no deajo que eso me moleste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Cuando estoy discutiendo, tiendo a alzar la voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. A menudo siento que no he llevado una vida correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. He conocido a personas que me han llevado a tal extremo que nos hemos liado a golpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. No deajo que muchas cosas sin importancia me molesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Es raro que yo sienta que alguien me está tratando de enfurecer o insultar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Últimamente he estado de mal humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Prefiero dar mi brazo a torcer que discutir por algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. A veces demuestro mi enfado dando golpes en la mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.4. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	<i>Raramente o nunca (0)</i>	<i>Ocasionalmente (1)</i>	<i>A menudo (3)</i>	<i>Siempre o casi siempre (4)</i>
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Para cada pregunta, señale aquella frase con la que mejor se identifica su **estado de ánimo actual**.

1. A. No me siento triste.
B. Me siento triste.
C. Siempre me siento triste o afligido/a y no puedo evitarlo.
D. Me siento tan triste o afligido/a que no puedo soportarlo.
2. A. No me siento especialmente desanimado/a ante el futuro.
B. Me siento desanimado/a ante el futuro.
C. No hay nada que me haga ilusión.
D. Creo que las cosas no pueden mejorar y no tengo ninguna esperanza en el futuro.
3. A. No me siento fracasado/a.
B. Me siento más fracasado/a que la mayoría de la gente.
C. Cuando recuerdo mi pasado sólo veo fracasos.
D. Creo que soy un fracasado/a total como persona.
4. A. Me siento tan satisfecho/a como antes.
B. Ya no me gustan tanto las cosas como antes.
C. Ya no me satisfará nunca nada.
D. Estoy insatisfecho/a o aburrido/a de todo.
5. A. No me siento especialmente culpable.
B. A veces me siento culpable.
C. La mayor parte del tiempo me siento bastante culpable.
D. Continuamente me siento culpable.
6. A. No me siento maltratado/a.
B. Tengo la sensación que me pueden maltratar.
C. Creo que me maltratarán.
D. Tengo la sensación que me están maltratando.
7. A. No me siento decepcionado/a de mí mismo.
B. Estoy decepcionado/a de mí mismo/a.
C. Estoy asqueado/a de mí mismo/a.
D. Me odio.

8.
 - A. No creo que sea peor que otros/as
 - B. Soy crítico/a conmigo mismo por mis debilidades o errores.
 - C. Me culpo continuamente por mis equivocaciones.
 - D. Me culpo continuamente de todo lo que va mal.

9.
 - A. No tengo pensamientos de matarme.
 - B. Tengo pensamientos de matarme, pero no los haría realidad.
 - C. Me gustaría matarme.
 - D. Me mataría si tuviese la oportunidad.

10.
 - A. No lloro más de lo que es normal.
 - B. Lloro más que antes.
 - C. Ahora lloro siempre.
 - D. Antes acostumbraba a llorar, pero ahora ya no puedo aunque quiera.

11.
 - A. No estoy más irritado/a que antes.
 - B. Me preocupo o me irrito más fácilmente que antes.
 - C. Me siento irritado/a continuamente.
 - D. Ya no me irritan en absoluto las cosas que antes me irritaban.

12.
 - A. No he perdido el interés por la gente.
 - B. Estoy menos interesado/a por la gente que antes.
 - C. He perdido gran parte del interés por la gente.
 - D. He perdido todo el interés por otras personas.

13.
 - A. Tomo decisiones tan bien como siempre.
 - B. Retraso las decisiones más que antes.
 - C. Me cuesta tomar las decisiones más que antes.
 - D. Ya no puedo tomar ninguna decisión nunca más.

14.
 - A. No creo que tenga un aspecto peor que antes.
 - B. Me preocupa tener un aspecto envejecido o poco atractivo/a.
 - C. Creo que hay cambios permanentes en mi apariencia que me dan un aspecto poco atractivo/a.
 - D. Creo que parezco feo/a.

15.
 - A. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - B. Me supone un esfuerzo extra comenzar alguna cosa.
 - C. He de esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.
 - D. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16.
 - A. Puedo dormir tan bien como antes.
 - B. No duermo tan bien como antes.
 - C. Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta volver a dormir.
 - D. Me despierto diversas horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.

17. A. No me canso más que antes.
B. Me canso más fácilmente que antes.
C. Me canso de hacer casi cualquier cosa.
D. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada.
18. A. No tengo menos hambre que antes.
B. No tengo tanta hambre como antes.
C. Actualmente tengo mucha menos hambre.
D. Ya nunca tengo hambre.
19. A. No he perdido peso, o casi nada, últimamente.
B. He perdido más de 2,5 kg.
C. He perdido más de 5 kg.
D. He perdido más de 7 kg.
20. A. Mi salud me preocupa más que antes.
B. Estoy preocupado/a por molestias físicas, como dolores, o bien molestias gástricas, o bien estreñimiento.
C. Estoy muy preocupado/a por molestias físicas y me es difícil pensar en otras cosas.
D. Estoy tan preocupado/a por molestias físicas que no puedo pensar en nada más.
21. A. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
B. Estoy menos interesado/a por el sexo que antes.
C. Estoy bastante menos interesado por el sexo actualmente.
D. He perdido totalmente el interés por el sexo.

7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

IMPRESION CLINICA GLOBAL – TLP

Según su experiencia en este tipo de pacientes, ¿Cuál es el grado de enfermedad del paciente **en este momento**?

	Normal, no está enfermo	Mínimamente enfermo	Levemente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Gravemente enfermo	Muy gravemente enfermo
1. Abandono	1	2	3	4	5	6	7
2. R. Inestables	1	2	3	4	5	6	7
3. Identidad	1	2	3	4	5	6	7
4. Impulsividad	1	2	3	4	5	6	7
5. Suicidio	1	2	3	4	5	6	7
6. I. Afectiva	1	2	3	4	5	6	7
7. Vacío	1	2	3	4	5	6	7
8. Ira	1	2	3	4	5	6	7
9. I. Paranoide	1	2	3	4	5	6	7
TLP General	1	2	3	4	5	6	7

Protocolo BSL-23

Iniciales paciente: ____ ____ ____

Borderline Symptom List (Short version; BSL-23)

PUNTUACIÓN TOTAL:

Estado General (0-100%):

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA REVISADA PARA PACIENTES CON
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (DIB-R)**PUNTUACIÓN TOTAL:**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

PUNTUACIÓN TOTAL:

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO DE SPIELBERGER (STAI-E)

PUNTUACIÓN TOTAL:

SERVICIO PSIQUIATRIA HSCSP

Firma investigador: _____

Protocolo BSL-23

Iniciales paciente: ___ ___ ___

VISITA 2

SERVICIO PSIQUIATRIA HSCSP

Firma investigador: _____

Protocolo BSL-23

Iniciales paciente: ____ ____ ____

Fecha de visita 2: |_|_| |_|_| |_|_|

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Iniciales: |_|_|_|_|

Nº paciente: |_|_|_|_|

¿El paciente ha recibido tratamiento psicoterapéutico?

 Sí No

¿Ha habido cambios en el tratamiento farmacológico del paciente?

 Sí No

Especificar (fármaco y dosis):

SERVICIO PSIQUIATRIA HSCSP

Firma investigador: _____

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)

Code: _____

Date: |__|_|. |__|_|. | 2 | 0 |__|_|

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad.

Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas.

Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.

Durante la última semana		Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoleedor en mí	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

Ahora nos interesaría conocer además la calidad de su estado **general** a lo largo de la última semana. 0 % significa **absolutamente hundido**, 100% significa **excelente**. Por favor, señale el porcentaje que más se aproxime a su situación.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(absolutamente hundido) ←—————→ (excelente)										

BSL - Supplement: Items for Assessing Behavior

Durante la última semana		Nada	una vez	2- 3 veces	4-6 veces	Diariamente o más a menudo
1	Me hice daño cortándome, quemándome, estrangulándome, dándome golpes con la cabeza, etc.	0	1	2	3	4
2	Dije a otras personas que iba a matarme	0	1	2	3	4
3	Intenté suicidarme	0	1	2	3	4
4	Tuve atracones de comida	0	1	2	3	4
5	Me provoqué el vómito	0	1	2	3	4
6	Realicé deliberadamente conductas arriesgadas como conducir demasiado rápido o en dirección contraria, hacer equilibrios y juegos en lugares altos, en las vías de tren o con trenes en marcha, etc.	0	1	2	3	4
7	Me emborraché	0	1	2	3	4
8	Tomé drogas	0	1	2	3	4
9	Tomé medicación que no se me había recetado o si se me había prescrito, tomé más de la dosis recetada.	0	1	2	3	4
10	Tuve brotes de ira incontrolada o ataqué físicamente a otras personas	0	1	2	3	4
11	Tuve relaciones sexuales que no pude controlar, de las cuales más tarde me sentí avergonzado/a o enfadado/a.	0	1	2	3	4

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas.

**LE AGRADECEMOS MUCHO SU PARTICIPACIÓN!
POR FAVOR, DEVUELVA EL CUESTIONARIO A SU TERAPEUTA.**

Protocolo BSL-23

Iniciales paciente: ___ ___ ___

Borderline Symptom List (Short version; BSL-23)**PUNTUACIÓN TOTAL:**

--	--

Estado General (0-100%):

--	--

SERVICIO PSIQUIATRIA HSCSP

Firma investigador: _____

Now we would like to know in addition the quality of your **overall** personal state in the course of the last week. 0% means **absolutely down**, 100% means **excellent**. Please check the percentage which comes closest.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(very bad) ←————→ (excellent)										

BSL - Supplement: Items for Assessing Behavior

During the last week.....		Not at all	once	2-3 times	4-6 times	Daily or more often
1	I hurt myself by cutting, burning, strangling, headbanging etc.	0	1	2	3	4
2	I told other people that I was going to kill myself	0	1	2	3	4
3	I tried to commit suicide	0	1	2	3	4
4	I had episodes of binge eating	0	1	2	3	4
5	I induced vomiting	0	1	2	3	4
6	I displayed high-risk behavior by knowingly driving too fast, running around on the roofs of high buildings, balancing on bridges, etc.	0	1	2	3	4
7	I got drunk	0	1	2	3	4
8	I took drugs	0	1	2	3	4
9	I took medication that had not been prescribed or if had been prescribed, I took more than the prescribed dose	0	1	2	3	4
10	I had outbreaks of uncontrolled anger or physically attacked others	0	1	2	3	4
11	I had uncontrollable sexual encounters of which I was later ashamed or which made me angry.	0	1	2	3	4

Please double-check for missing answers

**WE THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR PARTICIPATION!
PLEASE RETURN THE QUESTIONNAIRE TO YOUR THERAPIST**