



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

# **MENTALIZACIÓN Y DIMENSIONES DE LA ORGANIZACIÓN LIMÍTROFE DE LA PERSONALIDAD**

## **TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

**GRISHA SUQUET UNKIND**

TUTOR TEÓRICO

DR. MANUEL ALEJANDRO MUÑOZ SUÁREZ

TUTOR METODOLÓGICO

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## **Dedicatoria**

A las pacientes, quienes activamente participaron en beneficio del avance del conocimiento.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mis tutores quienes me guiaron a través de este proyecto con su experiencia y conocimiento. Agradezco a la Dra. Rebeca Robles G. por su disposición, sus aportaciones y su entusiasmo y curiosidad en el proyecto. Agradezco al Dr. Alejandro Muñoz S. por su confianza y haber despertado en mí el interés por la psicopatología caracterológica, sus manifestaciones y las teorías detrás de ellas. Gracias al Dr. Iván Arango de M., al Maestro Edgar Miranda T. y al Dr. Andrés Rodríguez D. por su apoyo y ayuda.

## Abreviaturas

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DS: desviación standard

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

INPRFM: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

IPO: Inventory of Personality Organization (Inventario de Organización de la Personalidad)

MASC: Movie for the Assessment of Social Cognition (Película para la evaluación de cognición social)

NSSIs: Nonsuicidal self-injuries (autolesiones no suicidas)

OLP: Organización Limítrofe de la Personalidad

RMET: Reading the Mind in the Eyes Test (Test Leer la Mente en los Ojos)

ROs: Relaciones Objetales

SCID-II: Structured Clinical Interview for DMS-IV Axis II Personality Disorders (Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV)

STIPO: Structured Interview of Personality Organization (Entrevista Estructural de Organización de la Personalidad)

TBM: Terapia Basada en la Mentalización

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TNP: Trastorno de Narcisista de Personalidad

TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo

ToM: Theory of Mind (Teoría de la Mente)

TUS: Trastorno por uso de sustancias

VM: Valores Morales

## Índice

Dedicatoria .....	3
Agradecimientos.....	3
Abreviaturas .....	4
ANTECEDENTES.....	8
La personalidad y su organización .....	8
Tabla 1.0 Constructos principales de la organización de la personalidad .....	9
Identidad .....	10
Calidad de las Relaciones Objetales.....	11
Defensas Primitivas.....	11
Afrontamiento y rigidez .....	11
Agresión .....	12
Valores Morales.....	12
Prueba de realidad y distorsiones perceptuales.....	12
Inventario de Organización de la Personalidad .....	13
Trastorno límite de la personalidad.....	14
Epidemiología.....	14
Comorbilidad.....	14
Psicopatogénesis .....	15
Aspectos clínicos.....	16
Diagnóstico.....	20
Tratamiento.....	23
Mentalización .....	24
Definiciones.....	24
Antecedentes .....	25
Áreas.....	25
Funciones .....	26
Fases y características.....	26
Terapia basada en la mentalización.....	27
Mentalización y Teoría de la Mente .....	28
Mentalización y Personalidad.....	30
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	34
JUSTIFICACIÓN .....	34
OBJETIVOS .....	35

Objetivo general .....	35
Objetivos específicos .....	35
<b>HIPÓTESIS .....</b>	<b>36</b>
Hipótesis nula .....	36
Hipótesis general .....	36
Hipótesis específicas .....	36
<b>MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>37</b>
Tipo de estudio .....	37
Selección y tamaño de la muestra .....	37
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	38
Criterios de inclusión .....	38
Criterios de exclusión .....	38
Criterios de eliminación .....	38
Variables .....	39
Tabla 2.0 Variables .....	39
<b>ESCALAS .....</b>	<b>40</b>
Formato de concentrado de datos demográficos .....	40
Leer la Mente en los Ojos ( <i>Reading the Mind in the Eyes</i> ) .....	40
Imagen 2.0 Ejemplo RMET .....	41
Tabla 3.0 Valencia afectiva de los ítems .....	42
Inventario de organización de la personalidad (IPO) .....	43
Tabla 4.0 Escalas IPO .....	43
Escalas Primarias .....	44
Escalas Cualitativas .....	45
<b>PROCEDIMIENTO .....</b>	<b>46</b>
Imagen 2.0 Procedimiento .....	46
<b>ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>47</b>
<b>CONSIDERACIONES ETICAS .....</b>	<b>48</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
Tabla 5.0 Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra (n=102) .....	49
Tabla 6.0 Descripción de Relaciones Objetales de la muestra .....	50
Tabla 7.0 Descripción de las escalas primarias y cualitativas de la organización de la personalidad de la muestra y comparación con otras poblaciones .....	51

Tabla 8.0 Descripción y comparación de puntuaciones de mentalización en pacientes con TLP y población abierta.....	52
Tabla 9.0 Porcentaje de respuestas correctas por reactivo de RMET.....	53
Imagen 3.0 Distribución de aciertos .....	54
Tabla 10.0 Distribución de aciertos.....	54
<b>Relación entre mentalización y organización de la personalidad .....</b>	<b>55</b>
Tabla 11.0 Correlaciones de Pearson .....	55
<b>Relación con variables sociodemográficas.....</b>	<b>55</b>
Tabla 12.0 Diagnostico principal en Eje 1 e IPO.....	56
<b>DISCUSION .....</b>	<b>57</b>
Variables sociodemográficas y sus correlaciones.....	57
Habilidad para mentalizar y el funcionamiento en distintos dominios de personalidad.....	60
Mentalización y RMET.....	64
Valencia afectiva .....	66
IPO y Relaciones Objetales .....	67
Tabla 13.0. Comparación de Escalas Primarias.....	68
Tabla 14.0 Relaciones Objetales más frecuentes y ejemplos de ítems que las describen .....	69
Tabla 15.0 Calidad de Relaciones Objetales con ejemplos de ítems que las describen .....	70
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
Escalas .....	73
Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) .....	73
Inventario para la Organización de la Personalidad (IPO) .....	85
Carta de consentimiento informado para participantes .....	92
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>94</b>



## ANTECEDENTES

### La personalidad y su organización

El concepto de organización de personalidad, o en otros términos estructura de personalidad, se refiere a las formaciones intrapsíquicas que representan la base de la personalidad y determinan el funcionamiento de la persona al lidiar consigo misma y en sus relaciones interpersonales. El funcionamiento va a ser dado por las manifestaciones observables de una organización de personalidad subyacente.

La evaluación de la personalidad inició gracias al primer modelo estructural de Freud el cual distingue entre consciente, preconsciente e inconsciente (1). A partir de los trabajos de Anna Freud sobre los mecanismos de defensa, Hartmann describió las funciones del ego como resultado del desarrollo normal (2). Las estructuras, desde un punto de vista psicoanalítico, son configuraciones o modos de organización relativamente estables de los procesos mentales, como por ejemplo la organización del psiquismo en un aparato psíquico (Ello-Yo-Superyo). Dentro de estas estructuras hay a su vez sub-estructuras, como lo son las defensas, las relaciones objetales internalizadas, etc. Desde un punto de vista dinámico, dentro de estas estructuras existen conflictos. La organización estructural de la personalidad es entonces un ordenamiento interno, que tanto puede ser normal como patológico y se configura como un modo permanente y profundo de resolver las situaciones conflictivas a las cuales el psiquismo siempre está expuesto (3).

Otto Kernberg adjudicó el término “organización de personalidad” e inicialmente distinguió tres niveles distintos: neurótico, limítrofe y psicótico (4) (5). Kernberg argumenta que si bien las pulsiones tienen un origen genético (hereditario), se determinan por las experiencias que tiene el niño con los distintos objetos temprano (como por ejemplo lo madre) (6). Los individuos neuróticos se caracterizan por una identidad integrada, mecanismos de defensa maduros (por ejemplo, represión, racionalización, intelectualización) y una adecuada prueba de realidad. Sujetos de organización limítrofe (o *borderline*) demuestran difusión de la identidad y mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización, devaluación, negación, identificación proyectiva). Este nivel se define como una estructura intrapsíquica patológica, aunque estable. En el nivel psicótico, se suspende la prueba

de realidad. La suposición principal en el modelo de Kernberg es que el mundo interno de los individuos de un nivel limítrofe o psicótico no integran las imágenes internas de sí mismos o de los otros. Este déficit genera múltiples problemas en el funcionamiento de la personalidad respecto a la identidad, las relaciones interpersonales, el afrontamiento al estrés, la agresión y los valores morales. Kernberg teoriza un modelo que asigna distintos trastornos de personalidad a distintos niveles de organización (7). En este modelo trastornos como el de personalidad obsesivo-compulsiva o depresiva-masoquista se encuentran dentro del nivel neurótico, el trastorno histriónico, dependiente y narcisista en un nivel limítrofe alto y el *borderline*, paranoide, esquizoide y antisocial en un nivel limítrofe bajo.

En la siguiente tabla se describen los constructos principales de la organización de la personalidad (8):

***Tabla 1.0 Constructos principales de la organización de la personalidad***

<b>NIVEL ALTO O PATOLOGÍA DE CARÁCTER NEURÓTICA</b>	<b>NIVEL INFERIOR O PATOLOGIA DE CARÁCTER BORDERLINE</b>	<b>NIVEL DE ORGANIZACIÓN PSICÓTICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad integrada</li> <li>• Manifestaciones no específicas de fuerza yoica que incluyen tolerancia a la ansiedad, control de impulsos y sublimación, superyó integrado</li> <li>• Utilización de defensas de alto nivel</li> <li>• Conservación de la prueba de realidad</li> <li>• Superyó intransigente</li> <li>• Relaciones Objetales: dependencia excesiva de apoyo, amor y aceptación</li> <li>• Dificultades para expresar agresividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión de identidad</li> <li>• Utilización de defensas de nivel inferior</li> <li>• Alteración de la prueba de realidad</li> <li>• Relaciones Objetales patológicas: narcisistas (amor a si mismo patológico) o relaciones caóticas, indiferenciadas, dependientes</li> <li>• Superyó patológico (ausencia de venganza, culpa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión de identidad</li> <li>• Utilización de defensas de nivel inferior</li> <li>• Prueba de realidad comprometida</li> </ul>

Existen distintas formas de medir y valorar la personalidad, como por ejemplo la *International Personality Disorders Examination* (IPDE), la *Structures Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*, *Wallerstein's Scales of Psychological Capacities* (SPC), la *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (OPD) y también de autoreporte como la *Millon Clinical Mutiaxial Inventory* y la *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (9) (7). Incluso el DSM5 contiene anexada la escala *Levels of Personality Functioning Scale* (LPFS) (10). A pesar de las múltiples formas de clasificación, los trastornos de personalidad según el DSM siguen siendo descriptivos y ateóricos.

Kernberg fue el primero en describir una entrevista la cual tiene como propósito evaluar la organización de personalidad en una forma cualitativa y clínica: la Entrevista Estructural (5) (11). Con el objetivo de cuantificar las dimensiones de organización de personalidad, Clarkin, Kernberg y Foelsch crearon el Inventario de Organización de Personalidad (o IPO por sus siglas en inglés). Este cuestionario se describirá ampliamente más adelante.

Por el mismo equipo, se desarrolló un instrumento basado y utilizado por el entrevistador: la Entrevista Estructural para la Organización de Personalidad (o STIPO por sus siglas en inglés) (12) (13) (14). El STIPO, es una entrevista estructurada la cual contiene siete dominios que derivaron del trabajo conceptual de Kernberg (15):

### ***Identidad***

Para Kernberg la identidad se refiere a todas las maneras en las que el individuo se vive a sí mismo en relación a los otros. Una identidad normal se basa en la habilidad del individuo para realizar cambios flexibles a través de distintas auto-representaciones, resultando en una evaluación del *self* que es integrada y realista. Lo anterior genera una habilidad para tolerar cualidades positivas y negativas del *self* y correspondientemente una experiencia realista y estable de los demás. Por otra parte, una identidad patológica se caracteriza por experiencias relacionadas a uno mismo y a los otros inflexibles, inestables, pobremente integradas y polarizadas (blancos y negros), así como afecto negativo e inestabilidad y conflicto en el área social (16).

### ***Calidad de las Relaciones Objetales***

Se refiere a la calidad de las relaciones interpersonales del sujeto y a la naturaleza de la experiencia interna del *self* y la interacción con los otros. A nivel intrapsíquico la calidad de las relaciones objetales se describe en relación a la estabilidad, el grado de integración y la profundidad de la experiencia interna del *self* y la interacción con los otros en términos de capacidad para invertir en relaciones. Se mide al examinar la naturaleza y estabilidad de relaciones interpersonales e íntimas, así como la habilidad para combinar ternura y erotismo, la empatía y la capacidad de mantener un compromiso con los otros a través del tiempo.

### ***Defensas Primitivas***

Las defensas son estrategias psicológicas que ayudan a la regulación de emociones que están fuera de la consciencia e involucran la separación de los sectores positivos y negativos de la experiencia (referido comúnmente como escisión). Esta separación sucede a expensas de un sentido distorsionado, fragmentario, caricaturizado y frágil del individuo y de otros (17). Características del individuo de organización limítrofe son el *splitting* (o escisión), la idealización y la devaluación, la negación primitiva, la identificación proyectiva, la somatización y la fantasía. Las defensas son las reacciones más comunes que el sujeto utiliza para disminuir la ansiedad. El STIPO evalúa tanto defensas primitivas como avanzadas (o maduras). Las defensas maduras, como son la supresión, anticipación, las defensas neuróticas como son la represión, intelectualización, formación reactiva y desplazamiento, son predominantemente utilizadas en individuos dentro de un rango normal-neurótico. Individuos normales dependen primordialmente de defensas maduras, las cuales son flexibles y adaptativas. Individuos neuróticos utilizan principalmente defensas neuróticas, las cuales son rígidas, poco adaptativas y suelen generar estrés.

### ***Afrontamiento y rigidez***

El afrontamiento es la capacidad del individuo para ser flexible y responder de manera adaptativa a situaciones potencialmente estresantes. Una respuesta adaptativa disminuirá el estrés psicológico al responder apropiadamente y constructivamente a las circunstancias externas. La rigidez se refiere

a la tendencia crónica a responder de forma automática, estereotipada y poco adaptativa a situaciones estresantes.

### ***Agresión***

Es definida como la extensión en la cual la conducta externa del sujeto está dominada por agresión y/o por defensas contra la agresión. El STIPO la valora a través de la evaluación de conductas autodestructivas, sadismo, control omnipotente de otros y el odio. Se predice que la agresión predominante se asocia con defensas primitivas y pobre calidad de relaciones objetales.

### ***Valores Morales***

Se definen como la extensión en la que el individuo cuenta con valores internalizados estables los cuales afectan su experiencia interna y guían su conducta. La moralidad y los valores se evalúan al examinar la relación moral a la hora de tomar decisiones y la capacidad para sentir culpa.

### ***Prueba de realidad y distorsiones perceptuales***

Se refiere a la capacidad de diferenciar el sí mismo del otro (*self* de no-*self*), el mundo intrapsíquico contra estímulos externos así como ser empático con los criterios sociales de la realidad (18). Un déficit mayor en esta área se manifiesta con una desorganización psicótica de pensamiento y comportamiento.

Una patología de identidad importante y un uso extenso de defensas primitivas, en el contexto de una prueba de realidad intacta, es patognomónico de un trastorno de personalidad grave en el modelo de Kernberg, y se asocia a disfunción interpersonal significativa en la vida adulta.

La identidad, las defensas primitivas y la prueba de realidad son los dominios centrales del modelo de Kernberg para la organización de personalidad. El STIPO ha demostrado buena validez interevaluador (0.96 para identidad, 0.97 para defensas primitivas y 0.72 para prueba de realidad), así como adecuada validez interna (alfa de Cronbach de 0.86 para identidad, 0.85 para defensas primitivas y 0.69 para prueba de realidad). Horz demostró la validez de los constructos del STIPO generando un prototipo para la organización de la personalidad limítrofe la cual se relacionaba significativamente con mediciones clínicas correspondientes (19). El STIPO también ha demostrado

sensibilidad al cambio y también ha sido usado satisfactoriamente como una medición de severidad de psicopatología (especialmente para trastornos de personalidad). En general, el STIPO es la única entrevista estructurada para la evaluación del funcionamiento de la personalidad (20).

### ***Inventario de Organización de la Personalidad***

En 1988, y con el objetivo de diagnosticar la personalidad patológica desde un punto de vista estructural, se desarrolló por Clarkin, Foelsh y Kerberg una nueva técnica de evaluación: el Inventario de la Organización de la Personalidad (o IPO por sus siglas en inglés). Esta prueba nuevamente parte del nivel de comprensión de la personalidad derivada de la teoría psicoanalítica y se mantiene adherida a la teoría estructural de las Relaciones Objetales Internalizadas de Kernberg, que como se mencionó, propone las tres amplias organizaciones de personalidad: neurótica, límite y psicótica. Con esto se obtiene la posibilidad de obtener datos adicionales sobre el trastorno psíquico y se amplía el margen fenomenológico que supone la utilización de un diagnóstico de carácter descriptivo. Es decir, el diagnóstico estructural ofrece la posibilidad de planear una estrategia psicoterapéutica adecuada al trastorno. El IPO se configura como un instrumento técnico importante para el diagnóstico de los trastornos de personalidad. El objetivo inicial del IPO es la evaluación de la personalidad desde un punto de vista estructural, concretamente la evaluación de los patrones emocionales que subyacen a las conductas significativas del sujeto. La patología de la personalidad puede ser descrita y definida en tres niveles (8):

- 1) Comportamiento: conductas frecuentes, intensas e importantes en la vida del individuo
- 2) Rasgos: la tendencia del sujeto a emitir ciertas conductas en diferentes circunstancias
- 3) Estructural: los patrones motivacionales que guían las conductas importantes a nivel de comportamiento y rasgo.

El IPO pretende evaluar la personalidad en el tercer nivel, el estructural. El objetivo último es proporcionar información a los clínicos y terapeutas sobre aspectos básicos de la organización psíquica del individuo. La finalidad es que el terapeuta pueda adecuar y adaptar más sus intervenciones (8). Posteriormente, en este mismo texto, se describirá el IPO más a detalle.

## **Trastorno límite de la personalidad**

Gran parte de los participantes en este estudio tendrán, además de una organización limítrofe de la personalidad, trastorno límite de la personalidad (TLP), razón por la cual se considera importante incluir una descripción de las características clínicas de este trastorno.

### ***Epidemiología***

Se considera que el TLP está presente en aproximadamente 1-2% de la población. El TLP es común tanto en población clínica como en población general y otros estudios han identificado una prevalencia puntual de 1.4% y una prevalencia a lo largo de la vida de 5.9% (21) (22). Se ha encontrado una prevalencia del 6.4% en contextos clínicos urbanos de primer nivel, así como 9.3% de pacientes en la consulta externa y hasta 20% de pacientes hospitalizados (23) (24) (25). Se ha encontrado mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM), así como trastorno por consumo de etanol y otras sustancias en familiares de primer grado de individuos con TLP (26) .

Generalmente se ha considerado que el TLP mantiene una relación 2:1 entre hombres y mujeres, en poblaciones clínicas llega a ser hasta 3:1 (23). Sin embargo, hay estudios epidemiológicos poblacionales que no han identificado diferencias significativas en la prevalencia de TLP por género (22) (21) . Lo anterior sugiere que las mujeres suelen buscar y recibir mayor atención médica. En un estudio se encontró que hombres y mujeres tenían la misma proporción de trauma infantil y rangos similares de funcionamiento psicosocial (27). En cuanto a diferencias étnicas los resultados han sido poco consistentes, hay estudios que han encontrado tasas mayores de TLP en hispanos comparado con caucásicos y afroamericanos (28). Sin embargo, en otros estudios no ha habido diferencias significativas en etnias o razas (22).

### ***Comorbilidad***

En el TLP la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es alta, específicamente con trastornos afectivos, de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria (24) (29) (30) (31). Un estudio epidemiológico documentó que el 85% de individuos con TLP contaban con al menos un trastorno mental comórbido (22). En otro estudio el promedio del número de trastornos mentales comórbidos en TLP es de 3.4 (31).

Los individuos con TLP cumplen criterios para otros trastornos de personalidad de manera frecuente, sin embargo, la literatura no ha sido consistente en identificarlos. Tanto para mujeres como hombres las tasas de TDM en TLP han sido similares, sin embargo, no lo son para otras condiciones. Los siguientes son algunos ejemplos en donde el porcentaje de comorbilidad difiere entre mujeres y hombres respectivamente: trastornos de la conducta alimentaria (42% vs 18%), trastorno de estrés postraumático (51% vs 31%), abuso de sustancias (58% vs 85%), trastorno antisocial de la personalidad (10% vs 30%), trastorno narcisista de la personalidad (5% vs 22%) y trastorno esquizotípico de la personalidad (10% vs 25%).

### ***Psicopatogénesis***

La causa específica del TLP se desconoce. La mayoría de las hipótesis sugieren una combinación de factores genéticos, biológicos y psicosociales (32).

#### **· Consideraciones genéticas**

Existe evidencia de que existe heredabilidad y transmisión genética del TLP. Dos estudios han encontrado una concordancia de TLP mayor en gemelos monozigotos comparado con dizigotos (35% y 36% vs 7 y 19%) (33) (34). Otro estudio de gemelos encontró que la proporción de la varianza del TLP en una comunidad general fue mayor para factores ambientales que genéticos (58% vs 42% de la varianza) (35). Otros abordajes han intentado identificar la herencia de ciertos endofenotipos relacionados. Existe información que menciona que la predisposición a la desregulación afectiva combinada con un ambiente no validante puede conducir al TLP (36).

#### **· Consideraciones biológicas**

Existe evidencia que alteraciones en el funcionamiento de neuropéptidos favorece problemas interpersonales (37). Estudios de neuroimagen y neurotransmisión han reportado distintas anomalías como por ejemplo, una disfunción serotoninérgica y reducción bilateral de hipocampo, amígdala y otras regiones del lóbulo temporal (38) (39). Sin embargo, es difícil distinguir si dichos hallazgos representan causas etiológicas o son secuelas del mismo padecimiento. Se conocen distintos déficits neuropsicológicos en sujetos con TLP, principalmente asociados a disfunción frontal. Lo anterior pudiera corroborar el hecho que cierta sintomatología del TLP (por ejemplo,



labilidad afectiva y alteraciones en la identidad) pudiera estar relacionada con alteraciones en la conectividad en regiones frontales (40).

- **Consideraciones psicosociales**

El antecedente de trauma en la infancia es común en sujetos con TLP (41), sin embargo la relación entre el trauma y el desarrollo de TLP no es aun clara. Muchos individuos con TLP no cuentan con el antecedente de trauma y tampoco todas las personas con antecedente de trauma desarrollaran TLP. El tipo de trauma que a menudo está presente en la historia de individuos con TLP incluye el abuso sexual, abuso físico, el abuso verbal, negligencia y separación o pérdida parental temprana. Una revisión sistemática encontró altas tasas de abuso sexual en la infancia (16-71%) y abuso físico (10-73%) en sujetos con TLP (42). En esa misma revisión se observó una muestra clínica en la cual el 61% de individuos con TLP reportaron antecedente de trauma en la infancia y 59% de abuso físico (43). Un estudio prospectivo, longitudinal y basado en la comunidad encontró que abuso o negligencia en la infancia estaba significativamente asociado al desarrollo de TLP en la adultez temprana una vez controlado para educación y psicopatología parental (OR 7.7, 95% CI 1.8-33.5) (44). Algunos meta-análisis han encontrado solamente tamaños de efecto pequeños para la asociación de abuso sexual en la infancia y desarrollo de TLP, también siendo así para la relación entre abuso sexual en la infancia y conductas autolesivas (45) (46).

### ***Aspectos clínicos***

Se considera que la esencia del TLP es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto, la autoimagen y la impulsividad marcada. Las características del TLP se pueden organizar de la siguiente manera (47):

- Dificultad para relacionarse: relaciones con otros inestables, alteraciones en la identidad y sensación de vacío crónico.
- Desregulación afectiva: labilidad afectiva, irritabilidad e ira y esfuerzos para evitar el abandono.
- Desregulación conductual: impulsividad, suicidalidad y conductas autolesivas.

- Características interpersonales

Las relaciones de individuos con TLP suelen ser “tormentosas” y caóticas, especialmente con gente cercana (48). En momentos la amistad o la pareja romántica puede llegar a ser vista no solamente como alguien de confianza sino como un ideal, casi perfecto. Después, este mismo individuo puede repentinamente ser devaluado a alguien cruel, traidor e imperfecto (idealización/devaluación). Cuando la persona idealizada está presente y brinda apoyo el sujeto se siente fuerte y sólido. Sin embargo, si esta individuo se marcha (o no alcanza las expectativas del sujeto) por un tiempo determinado, el individuo siente que este apoyo se está yendo, inmediatamente se torna irritable, demandante, devaluador, deprimido, desesperanzado y suicida.

Los individuos con TLP tienden a ver al otro como todo bueno o todo malo, un fenómeno llamado “*splitting*” (49). Esto genera que el sujeto cambie repentinamente de puntos de vista, selectivamente recibiendo la información que encaja con su opinión actual. Lo anterior puede influenciar el tratamiento.

Es común que individuos con TLP interpreten palabras, caras o eventos neutros como algo “negativo”, lo que se ha explicado como una hiperreactividad amigdalina (50) (51). Debido a lo anterior, el sujeto es propenso a malinterpretar desacuerdos mínimos o eventos adversos como una señal de que la otra persona quiere terminar la relación. El individuo a menudo reacciona con enojo y amenazas de autolesionarse. Esta hipersensibilidad ante el rechazo real o percibido es lo que probablemente haga que individuos con TLP se sientan más cómodos y seguros con objetos transicionales (por ejemplo, mascotas, peluches) que con otras personas.

- Inestabilidad afectiva

A través del día los sujetos con TLP experimentan cambios marcados y repetitivos en el estado de ánimo, con fluctuaciones a menudo producidas por estresores externos. Puede haber irritabilidad, depresión, ansiedad y disforia intensa alternada de forma episódica con eutimia. Es probable que posterior a dichos episodios exista culpa, vergüenza e incluso ideas de minusvalía. Suelen quejarse de la sensación de vacío crónico, el aburrimiento y la falta de un sentido de identidad consistente (difusión de identidad) (26).

- Impulsividad

La impulsividad se puede expresar en distintas formas y áreas. Por ejemplo, individuos con TLP pueden cursar con abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, atracones, gastos excesivos, etc. Tanto las conductas autolesivas como las conductas sexuales de riesgo, generan cierta utilidad y significado para los sujetos, ayudando a liberar tensiones internas, y en el caso del sexo disminuir la sensación de rechazo y sentir aprecio. Los sujetos pueden incluso desear el peligro que dichas conductas generan, en ocasiones siendo difícil detenerse antes de repetirlo.

- Cognición

Comparados con controles, sujetos con TLP presentan menores resultados en distintos procesos neuropsicológicos (40) como la atención, flexibilidad cognitiva, aprendizaje y memoria, planeación, velocidad de procesamiento y habilidades viso-espaciales.

- Conducta

La conducta de sujetos con TLP es impredecible. Sus logros están rara vez al nivel de sus habilidades. La naturaleza dolorosa de sus vidas se refleja en sus conductas auto-destructivas repetitivas (26).

- Autolesiones no-suicidas

Las autolesiones no-suicidas (o NSSIs por sus siglas en inglés) suelen ser comunes en el TLP, como por ejemplo golpearse, quemarse o cortarse (52). Como su nombre lo indica, las NSSIs no cuentan con un componente suicida. Los sujetos suelen referir que dichas conductas “alivian” cierta “tensión interna”. Es importante evaluar las NSSIs en un contexto clínico, para descartar que efectivamente no cuenten con intencionalidad suicida. Comúnmente los individuos refieren que las NSSIs los previenen de realizar gestos o intentos suicidas.

- Suicidio

Las amenazas de suicidio, los gestos y los intentos son comunes en individuos con TLP (23). En estudios retrospectivos, entre el 8% y el 12% de los sujetos con TLP cometen suicidio (53) (54). En un estudio prospectivo longitudinal se encontró una tasa de suicidio del 4% en un periodo de 10 años (55). Resulta difícil predecir el suicidio en individuos con TLP, sin embargo, intentos (aunque

sean de baja letalidad) y amenazas previas pueden preceder el suicidio consumado (56). Existen múltiples factores de riesgo, sin embargo, ninguno ha demostrado ser consistente. Los sujetos deben ser valorados cuidadosamente en busca de suicidalidad, incluso si se trata de NSSIs. La depresión, los eventos adversos, pérdidas recientes y el mal uso de sustancias son factores de riesgo agudos. Los factores de riesgo crónicos incluyen la impulsividad, mal funcionamiento social y ánimo bajo. Es importante tomar en cuenta todas las amenazas de suicidio y NSSIs que el sujeto refiera.

- Inicio

Estudios epidemiológicos y clínicos sugieren que el inicio del TLP es en la adolescencia y en la adultez temprana (57) (58). El diagnóstico en adolescentes ha demostrado una estabilidad, confiabilidad y validez similar al diagnóstico en la adultez (59).

- Curso

Se solía creer que el TLP era un trastorno crónico y que tenía pocos cambios a lo largo de la vida. Sin embargo, múltiples estudios longitudinales prospectivos han demostrado que existe una remisión en un gran número de individuos; reportando que 35% remite a los 2 años de diagnóstico, 93% a los 10 y 99% a los 16 (60) (61) (62) (63) (64). Al menos 78% alcanzaban una remisión de al menos 8 años. Existen factores asociados a una remisión más rápida, como lo son: ser menor de 25 años, tener un buen funcionamiento laboral y académico, no contar con antecedentes de abuso sexual en la infancia, no tener antecedentes familiares de abuso de sustancias, ausencia de otro diagnóstico en el Eje II, neuroticismo bajo y alta agradabilidad. A diferencia de otros síntomas del TLP, el funcionamiento social mejora más lentamente (65) (66). Cambios en la *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF), aunque estadísticamente significativo, solamente aumentaron 4 puntos de 100 en 10 años de evolución (65). La proporción de individuos con una mejoría en el funcionamiento psicosocial incrementa de forma continua entre los 6 y 15 años (67) (68). También es común que existan recurrencias. En un estudio longitudinal, 34% de los individuos que remitieron cumplían nuevamente criterios para TLP (63). Otras conceptualizaciones sobre el curso del TLP lo contemplan como un híbrido entre rasgos de la personalidad estables y sintomatología expresada

intermitentemente (69), también sugieren que debería ser clasificado como un trastorno que pertenezca al antiguo Eje I (70).

- Otras consideraciones

Los individuos con TLP pueden llegar a tener episodios psicóticos breves (episodios micropsicóticos) los cuales son generalmente circunscritos, pasajeros y fugaces. Otto Kernberg describió la identificación proyectiva como un mecanismo de defensa común en individuos con TLP. En este mecanismo de defensa primitivo, los aspectos intolerables de uno mismo son proyectados hacia el otro (26).

### ***Diagnóstico***

- Criterios de diagnóstico DSM-5 (10)

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

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).

7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

En un grupo de 201 sujetos con TLP (71), los 9 criterios diagnósticos del DSM-5 se presentaron con la siguiente frecuencia: inestabilidad afectiva 95%, ira inapropiada 87%, impulsividad 81%, relaciones interpersonales inestables 79%, sensación crónica de vacío 71%, paranoia o disociación 68%, alteraciones en la identidad 61%, miedo al abandono 60% y suicidalidad o NSSIs 60%.

El TLP puede ser sobrediagnosticado al incluir de forma indiscriminada (y en ocasiones peyorativa) enojo, ser demandante, difícil, conductas auto-destructivas, irritabilidad, entre otros. En la mente de muchos clínicos los adjetivos descritos previamente son sinónimos de TLP (72). Otras condiciones pueden existir síntomas similares a los del TLP, como por ejemplo en el trastorno bipolar, uso de sustancias, dolor crónico, estresores laborales o familiares y estados paranoides crónicos.

El TLP también puede ser subdiagnosticado, el estigma que acompaña al diagnóstico hace que algunos clínicos sean renuentes a aplicar el diagnóstico, lo cual impacta directamente en la evolución y el tratamiento del sujeto (73) (74).

El diagnóstico de TLP puede llegar a ser difícil mientras existen otros trastornos mentales simultáneamente, como por ejemplo durante algún episodio afectivo. Sin embargo, un estudio comprobó que el diagnóstico de TLP durante un episodio depresivo era igual de válido que en pacientes sin depresión (75). Es recomendando tener una discusión abierta con el individuo sobre el diagnóstico y los posibles tratamientos (76).

En la adolescencia pueden existir síntomas compatibles con TLP, sin embargo, el diagnóstico se reserva a una vez que el sujeto alcance la adultez. Hay rasgos limítrofes que pueden aparecer desde la infancia, sin embargo, pueden ser propios de cierta etapa del desarrollo y pueden cambiar una vez que el individuo alcanza la adultez. Es difícil predecir quienes avanzaran a tener TLP una vez adultos, algunos estudios mencionan que adolescentes con mayores manifestaciones de trastornos

de personalidad tienen mayor riesgo de desarrollarlos en la adultez (77) (78). Los adolescentes con manifestaciones severas y persistentes de TLP se pueden beneficiar de un diagnóstico e intervención temprana.

#### · CIE-10

La CIE-10 ocupa el término “trastorno de la personalidad emocionalmente inestable tipo límite” para clasificar este tipo de individuos, ya que el “trastorno de la personalidad emocionalmente inestable se subdivide en “tipo impulsivo” y “tipo límite”. Los criterios son similares a los del DSM-5. (79). Se definen como lo siguiente:

#### Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

#### F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

#### F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos auto-agresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye:

Personalidad "*borderline*".

Trastorno "*borderline*" de la personalidad.

- **Herramientas Diagnosticas**

Existen herramientas administradas por el clínico a través de la entrevista, como es el SCID-II (*Structured Clinical Interview for DMS-IV Axis II Personality Disorders*) (80). Existen muchas otras clinimetrías validadas, por ejemplo la "*Self-report Borderline Symptom List*" (81). La confiabilidad inter-evaluador y la consistencia interna de las entrevistas semi-estructuradas suele ser buena a excelente cuando los entrevistadores tienen experiencia y buen entrenamiento (82).

### ***Tratamiento***

- **Psicoterapia**

La primera línea de tratamiento para el TLP es la psicoterapia (67) (83) (84). Existen muchos tipos de terapia que han sido desarrolladas y adaptadas para tratar a individuos con TLP (85). Por ejemplo: la terapia dialectico-conductual, terapia focalizada en la transferencia, terapia cognitivo-conductual, terapia basada en esquemas y terapia basada en la mentalización, entre otras. Las psicoterapias comparten algunos elementos en común, sin embargo, actúan en distintas áreas y con manejos y abordajes diferentes. Algunas se enfocan en mejorar habilidades conductuales (por ejemplo la t. dialéctica-conductual) (86) (87) (88), mientras que otras se enfocan más en las relaciones interpersonales y en las interacciones con otros (por ejemplo la t. focalizada en la transferencia y la terapia basada en la mentalización) (89) (90) (91).

Algunos factores que comparten en común incluyen: ofrecer una intervención activa, enfatizar las relaciones interpersonales funcionales en ese momento, enseñar o ayudar a mejorar la estabilidad afectiva, ayudar a disminuir la impulsividad enseñándole a los sujetos a observar sus emociones en lugar de actuar a través de ellas, ayudar a que los sujetos identifiquen mejor las emociones de otros para disminuir los problemas en sus relaciones y psicoeducar sobre el TLP (83).



## · Farmacoterapia

La farmacoterapia se considera como un tratamiento adjunto a la psicoterapia. Al disminuir la sintomatología se cree que la farmacoterapia puede facilitar el trabajo cognitivo, conductual y relacional de la psicoterapia (67) (92) (93) (94) (95). En la mayoría de los estudios, individuos con TLP se pueden encontrar bajo tratamiento con antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos, sin embargo, la FDA no ha aprobado ningún medicamento para el TLP. El efecto es parcial y no va dirigido a generar una remisión, sino a reducir la sintomatología (96) (92) (93) (94) (95). La terapia farmacológica se encuentra dirigida a síntomas específicos y puede tener como objetivo generar mayor estabilidad afectiva, disminuir la impulsividad y la agresión, mejorar síntomas cognitivos y perceptuales y beneficiar las relaciones interpersonales de los sujetos. En un estudio, hasta el 84% de los individuos habían recibido algún tratamiento farmacológico (97), sin embargo el apego, la efectividad y la respuesta clínica se desconocen.

## **Mentalización**

### *Definiciones*

La mentalización es un proceso psicológico mediante el cual percibimos e interpretamos el comportamiento humano, tanto propio como ajeno, como un elemento dependiente o relacionado con estados mentales subjetivos e intencionales, tales como los deseos, los pensamientos o sentimientos. La mentalización es una actividad mental imaginativa, predominantemente preconsciente (98).

Mentalizar es la capacidad para percibir e interpretar la conducta como estrechamente relacionada con estados mentales intencionales, y se basa en el supuesto de que nuestros estados mentales influyen en nuestra conducta (99).

La mentalización alude a una capacidad esencial para la regulación afectiva y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, así como para la transformación y el refinamiento de las emociones y los impulsos. Incluye una gran gama de operaciones cognitivas como la atención, la percepción, el reconocimiento, la descripción, la interpretación, la inferencia, la imaginación, la simulación, el recuerdo, la reflexión y la anticipación (100) (101).

### ***Antecedentes***

El concepto surgió a finales de 1960 por parte de Pierre Marty, de la escuela psicósomática de París. En la década de los noventa Simón Baron-Cohen, Chris Firth y otros autores, lo aplicaron al autismo y a la esquizofrenia. Simultáneamente P. Fonagy y J. Allen aplicaron el concepto a la psicopatología del desarrollo (100). Es en base a la teoría de apego de Bowlby que Fonagy desarrolló el modelo de mentalización (102) (103) (104).

En los últimos años la mentalización ha ganado importancia como base teórica, abordaje e incluso tratamiento para el TLP. Bateman y Fonagy consideran que la disfunción en la capacidad de mentalizar es un elemento clave en el TLP. Terapéuticamente se centra en intentar optimizar y favorecer el uso de dicha capacidad en un contexto de apego seguro (105) (106). Se han formulado hipótesis considerando que algunas de las características fundamentales del TLP, como son la desregulación afectiva, la impulsividad y la disfunción interpersonal, parten de una inestabilidad reflexiva y una capacidad regulatoria disminuida, produciendo un proceso de mentalización deficiente (107) (108).

### ***Áreas***

Es útil diferenciar las distintas áreas de la mentalización (100) (109):

1. **Aprehensión de la naturaleza de los estados mentales:** diferenciar los propios pensamientos de la realidad. Así el sujeto aprehende el carácter meramente representacional de sus pensamientos, viendo su opinión como un punto de vista, una perspectiva relativa, limitada y eventualmente equivocada.
2. **Comprensión de la mente ajena:** permite la comprensión del comportamiento ajeno en términos de estados mentales e implica la aptitud para aprehender los estados mentales que subyacen al comportamiento del otro de modo diferenciado, plausible, descentrado y no egocéntrico.
3. **Comprensión de la mente propia:** supone la capacidad para adoptar una postura reflexiva que implique una focalización de la atención de los contenidos y procesos de la propia mente, favoreciendo la reflexión sobre la misma. Su adecuado funcionamiento permite el registro,

identificación y diferenciación de los propios sentimientos, así como discernir sobre lo que les dio origen.

4. Regulación atencional, emocional y conductual: incluye regular las propias emociones y ser capaz de llevar a cabo una acción mentalizada.

### ***Funciones***

Destacan las siguientes (100):

1. Atribuir estados mentales a los otros (creencias, sentimientos y motivaciones) para poder entender más fácilmente su comportamiento
2. Al atribuir estados mentales a otros podemos “predecir” su comportamiento.
3. Con la mentalización es posible anticipar como pueda impactar una determinada actitud sobre los demás.
4. Una mentalización adecuada promueve el apego seguro, tanto en el niño como en el adulto.
5. Facilita la comunicación ya que para entender un dialogo fluido es necesario tener información sobre el estado mental del otro.
6. Una adecuada identificación de los deseos y sentimientos de uno mismo ayuda a regular y a tomar decisiones respecto a la expresión de dichos sentimientos. Esto favorece la autorregulación emocional (inhibirnos si es necesario, o expresar y eventualmente modificar emociones, etc.).
7. Permite diferenciar los pensamientos de la realidad y movernos en el espacio representacional conectando los pensamientos con los hechos, pero conociendo la diferencia.

### ***Fases y características***

Para Fonagy, durante los primeros 6 meses del bebe, las funciones de regulación corporal y afectiva las realiza el adulto que ejerce las funciones de cuidador, pero a partir del sexto mes de vida el niño irá desarrollando sus habilidades primitivas de mentalización, que irán evolucionando durante los siguientes años. Hasta los tres años de edad el individuo funciona en el modo de equivalencia

psíquica, es decir, el niño considera que sus ideas son replicas directas de la realidad, no representaciones de ella.

Podemos decir entonces que con un adecuado funcionamiento de la mentalización se discierne (explícitamente o implícitamente) la vigencia de un territorio cualitativamente diferenciado: el territorio de lo mental, en el que se afirma la realidad psíquica, en tanto diferente de la realidad material, aunque relacionada con la misma (110). Esta afirmación de la realidad psíquica implica la habilidad para considerar y tramitar los estados mentales en tanto a eventos subjetivos, lo cual incluye el procesamiento simbólico de la experiencia personal, mediante el cual ésta adquiere un carácter “como-sí” necesario para que sea tolerada y para que sea posible articularla cognitivamente (111).

Se ha observado que la habilidad para mentalizar se encuentra estrechamente relacionada con un apego seguro y su desarrollo dependerá de la calidad de la relación emocional entre la madre y el infante (112). Una característica fundamental para el desarrollo de una adecuada habilidad para mentalizar es el espejeo del estado interno del infante por parte del cuidador primario (113). La presencia de experiencias amenazantes puede generar interferencia con los estados mentales del cuidador a través de intentos defensivos. Otros resultados mencionan que la calidad del apego del infante con la madre se puede predecir por una buena habilidad para mentalizar por parte de la madre. La habilidad para mentalizar del infante también se puede inferir por el nivel de apego que tenga (114) (115).

### ***Terapia basada en la mentalización***

La terapia basada en la mentalización (o TBM) se trata de una terapia basada en la teoría psicodinámica, aunque también incorpora técnicas cognitivas. Es decir que, desde la perspectiva teórica, la TBM es una amalgama ecléctica e incorpora distintas escuelas: el psicoanálisis de Freud, a Bowlby con el apego, Beck con la terapia cognitiva, Carl Rogers con la terapia centrada en el cliente y Gerald Klerman con la terapia interpersonal (26). La TBM se basa en la teoría del apego y principios psicodinámicos y tiene un nivel de estructura alto y un objetivo de tratamiento claro el cual consiste en mejorar las habilidades de mentalización de los pacientes (116). Es fácil que individuos con TLP

viren a un estado de no-mentalización, es por eso que la TBM ofrece técnicas para identificar cuando dicho viraje ocurre, al realizar esto los sujetos mejoran su entendimiento sobre el estado mental propio y ajeno, ayudando a la regulación afectiva del individuo (117) (118). Al individuo se le enseña a observar su estado mental constantemente para generar perspectivas alternativas de la experiencia subjetiva que tiene de sí mismo y de otros. La TBM puede ser impartida de forma grupal e individual.

La TBM ha tenido buena respuesta en distintos ensayos clínicos aleatorizados al ser comparada con controles (89) (91) (119) (120). La TBM también se ha demostrado útil previniendo autolesiones (121). También se ha adaptado a adolescentes con TLP en un contexto intrahospitalario (122).

### ***Mentalización y Teoría de la Mente***

Es común ver que ambos términos se usen de forma intercambiable, sin embargo, no se refieren a lo mismo. A pesar de que ambos conceptos pueden referirse a aspectos similares. La evidencia de su diferencia no solo viene de las distintas conceptualizaciones teóricas sino de observaciones empíricas.

La Teoría de la Mente (o ToM por sus siglas en inglés) se refiere a la habilidad para predecir y comprender la conducta, conocimientos, intenciones y creencias de otras personas. Se refiere a una habilidad heterometacognitiva, ya que se hace referencia a un sistema cognitivo que logra conocer los contenidos de otro sistema cognitivo diferente de aquel con el que se llevó a cabo dicho conocimiento. El origen de la ToM se encuentra en los trabajos pioneros de Premack y Woodruff a finales de los años ochenta, cuando intentaron demostrar que los chimpancés podían comprender la mente humana. Sólo los humanos y unas pocas especies de grandes simios son capaces de llevar a cabo este tipo de metarepresentaciones en las que parecen incluirse aspectos diferenciados como los estados emocionales o los procesos cognitivos (123) (124) (125). Posteriormente Baron-Cohen y Leslie centraron sus investigaciones en humanos, específicamente en el autismo. Descubrieron que estos pacientes tienen graves deficiencias para teorizar acerca de la mente de los demás (126) (127) (128). Además del autismo, también se observan déficits de ToM en esquizofrenia (129) (130), condición que ha sido estudiada de forma amplia.

La ToM involucra dos procesos: la detección y el razonamiento de los estados mentales (131). Por otro lado la mentalización es una forma específica de cognición social basada en el funcionamiento de un proceso mental imaginativo el cual permite entender el comportamiento de los otros en términos de sus intenciones, necesidades, deseos o metas (132). Como ya se mencionó, la mentalización es un constructo multidimensional el cual incorpora dimensiones distintas: el modo (implícita y explícita), los sujetos (sí mismo y otros) y los aspectos (cognitivo y afectivo) (133).

Además de las distintas conceptualizaciones, diferentes estudios han confirmado distintas características clínicas entre la ToM y la mentalización. La evidencia actual nos orienta a pensar que la ToM no está relacionada al funcionamiento emocional. Sin embargo, estudios en mentalización han revelado deficiencias significativas en regulación afectiva (por ejemplo TLP), la madurez de los mecanismos de defensa y niveles de organización de personalidad (134) (135) (136).

La ToM implica un entendimiento de la influencia del deseo en la conducta de un individuo y la habilidad para tomar la perspectiva de la otra persona (cognitivamente y emocionalmente), sin embargo, al momento del razonamiento no se involucra la activación de un estado mental. En cambio, la mentalización es una habilidad mucho más avanzada, siendo más que el hecho de entender las emociones o la forma de sentirse de los otros. La mentalización va más allá de las causas de las emociones que ocurren en otras personas. En la mentalización se activa una representación emocional interna de lo que está sucediendo (137) (138). Por decirlo de alguna forma, y para resumir, la ToM se encarga del conocimiento “frío” (de cierta forma más cognitivo) de los estados mentales internos de los otros, mientras que la mentalización de procesos más “calientes” (o afectivos) (139).

Se ha demostrado que la mirada por sí misma es una característica fundamental para el procesamiento emocional y social (140) (141), lo cual dio pie al desarrollo de la prueba *Reading the Mind in the Eyes Test* (o RMET por sus siglas), la cual será abordada en otra parte de este documento.

### ***Mentalización y Personalidad***

En estudios recientes se ha observado que el constructo que conocemos como mentalización no es unitario sino multidimensional. Se considera que la mentalización tiene cuatro dimensiones: (a) automática vs controlada, (b) cognitiva vs afectiva, (c) enfocada en el interior vs enfocada en el exterior y (d) enfocada en uno mismo vs enfocada en el otro (142).

La relación entre la mentalización y la personalidad, en particular la organización (y el trastorno) limítrofe de la personalidad, ha sido sujeto de estudio en los últimos años, con evidencia de que existen deficiencias significativas en regulación afectiva, la madurez de los mecanismos de defensa y niveles de organización de personalidad (134) (135) (136).

Existe evidencia de que en el TLP hay discapacidad en algunas áreas de la mentalización, mas no en todas (142). En el caso particular del TLP se ha considerado que la mentalización vira rápidamente a una forma más automática y sesgada de mentalizar, la cual en gran parte es determinada por el afecto y orientada hacia los rasgos externos, generando deficiencias características de estos padecimientos como son la impulsividad, la desregulación emocional y las dificultades interpersonales. Observando que este grupo de pacientes se encuentran hipersensibles a rasgos externos de otros (como es la expresión facial, la postura y la mirada) se desarrollaron descripciones teóricas como la “empatía paradójica” y la “hiper o pseudo-mentalización” (143) (144).

Esta “paradoja” se puede comprender como un desbalance en las capacidades para mentalizar, generando una hipermentalización, la cual produce a su vez intentos exagerados para comprender los estados mentales del otro, basándose en sus características externas, las cuales por lo general mantienen poca o ninguna relación a sus estados mentales internos (134) (145). Algunos autores sugieren que la hipermentalización podría surgir de una inconsistencia en el comportamiento de las figuras de apego durante el desarrollo, generando un enfoque constante en los estados mentales de otros, así como una hipersensibilidad a las señales externas de dichos estados mentales (112). Existe evidencia que sugiere que el antecedente de trauma en la infancia se asocia a una combinación paradójica de hipervigilancia hacia los estados emocionales de otros y déficits francos en el

funcionamiento reflexivo (146). A su vez la inestabilidad reflexiva y una capacidad regulatoria disminuida traen como consecuencia un proceso de mentalización deficiente (107) (108).

El origen, la direccionalidad y la relación entre la OLP y la mentalización es incierto y no ha sido identificado consistentemente en las investigaciones más recientes en estas áreas.

En un estudio que utiliza la escala *Reading the Mind in the Eyes Test* (RMET) y resonancia magnética funcional se obtienen hallazgos neurofisiológicos correspondientes con la postura de que sujetos con TLP son hipervigilantes a estímulos sociales, produciendo una mejor atribución de los estados mentales de otros respecto a controles sanos, principalmente ante imágenes con valencia positiva y negativa, mas no neutral. Lo anterior sugiere que pacientes con TLP resultan ser más vigilantes a señales sociales externas (147).

En un estudio de Sharp y colaboradores (134) en donde se utilizó como parámetro de mentalización la prueba MASC (*Movie for the Assessment of Social Cognition*) junto con medidas de auto reporte de regulación emocional en adolescentes con TLP observó un proceso de mentalización excesivo (hipermentalización) aunque ineficaz, el cual era mediado principalmente a través de dificultades en la regulación emocional. Esta prueba es un ejemplo de la utilización de otros paradigmas que pudiesen resultar más ecológicos. El MASC es una prueba computarizada para la evaluación de habilidades de mentalización que se aproxima a las demandas de la vida cotidiana. Se les pide a los sujetos que miren una película de 15 minutos sobre cuatro personajes reunidos para una cena. Cada personaje experimentó situaciones diferentes en el curso de la película que provocan emociones y estados mentales como ira, cariño, agradecimiento, celos, miedo, ambición, vergüenza o disgusto. Las relaciones entre los personajes varían en la cantidad de intimidad (desde amigos a extraños) y por lo tanto representan diferentes sistemas de redes sociales donde se deben realizar inferencias de los estados mentales. Durante la administración de la tarea, la película se detiene en 45 puntos y se realizan preguntas refiriéndose a los estados mentales de los personajes (sentimientos, pensamientos e intenciones). Se proporcionan cuatro opciones de respuesta: (1) respuesta hipermentalizante, (2) respuesta submentalizante, (3) respuesta no mentalizante, y (4) respuesta precisa de mentalización. Se suman los puntos en donde un sujeto que eligió principalmente las



opciones de respuesta hipermentalizante tendría una alta puntuación de hipermentalización. El MASC es un instrumento confiable que ha demostrado ser sensible para detectar sutiles dificultades para leer la mente en adultos con coeficiente de inteligencia normal, adultos jóvenes y pacientes con trastorno bipolar y autismo.

En un estudio de Lowyck y colaboradores (107) se diseñó un paradigma de expresión facial dinámico llamado *morph* (ver *Imagen 1.0*) en donde las imágenes de las caras cambiaban en tiempo real. Se presentaba un rostro y los sujetos debían dar una respuesta sobre la emoción observada en dicha imagen inicial (emoción inicial) la cual evolucionaba gradualmente a través de una animación digital a otra cara con otro estado afectivo distinto, dando nuevamente una respuesta ante la imagen final observada (emoción completa). Para generar el cambio facial dinámico se utilizaron 6 imágenes de caras con las 6 emociones básicas (temor, tristeza, asco, felicidad, enojo y sorpresa) generando un grupo de 36 imágenes presentados de manera aleatoria. Los participantes oprimían un botón tan pronto creyeran reconocer la emoción presentada, documentando la confianza y precisión de sus respuestas. La imagen evolucionaba a la expresión completa y de nuevo debían responder cual era la emoción expresada junto con sus respectivos niveles de confianza y precisión. En comparación a controles sanos, no se encontraron diferencias en la precisión durante las respuestas iniciales, sin embargo, para la emoción final, los sujetos con TLP fueron menos precisos, aunque con mayor precisión al detectar la emoción de miedo comparado con los controles. Respecto al tiempo, los sujetos con TLP respondieron más lento. De las respuestas iniciales correctas, los controles detectaron más rápidamente la felicidad, el miedo y el enojo. No hubo diferencias significativas para respuestas iniciales incorrectas. Los sujetos con TLP se encontraban más confiados de sus respuestas incorrectas ante la emoción final. Este estudio sugiere que pacientes con TLP son igual de precisos que controles al detectar características externas de otros, sin embargo, podrían tener menos precisión y confianza en sus respuestas cuando dependen de procesos más reflexivos y controlados. El estudio sugiere que es probable que en el contexto de la vida diaria reaccionar de forma impulsiva ante emociones de otros sea más fácil que en una prueba, la cual es más controlada y requiere procesos más cognitivos, evitando que se evidencie un proceso de hipermentalización. Otra consideración es que es posible que los pacientes sean más impulsivos en situaciones de estrés

social, sin que esto se genere a través de una prueba. El hecho de que pacientes TLP hayan identificado mejor y más rápido el miedo es compatible con una mayor actividad amigdalina. También presentaron menos confianza al responder cuando la sorpresa era la emoción correcta, lo que podría relacionarse a una hipersensibilidad al miedo. Finalmente, y también muy llamativo, es que el reconocimiento de la tristeza fue más acertado en pacientes TLP.

**Imagen 1.0** Ejemplo de Morph<sup>1</sup>



En otro estudio similar utilizando *morphs*, realizado por Lynch y colaboradores (118), se encontró que pacientes con TLP identificaban el afecto en etapas más tempranas que controles, siendo también más sensibles a la valencia afectiva de los rostros, sin importar cual fuera. Estos hallazgos son nuevamente inconsistentes con la creencia de que pacientes con TLP presentan deficiencias en el procesamiento afectivo, apoyando cierta evidencia teórica que la desregulación emocional típica del TLP pudiera provenir de la tendencia a identificar estímulos afectivos más rápidamente incluso a bajas intensidades lo cual perjudica la regulación emocional.

Por otra parte, un estudio de Unoka y colaboradores que utiliza el paradigma de las “60 caras de Ekman” demostró que los pacientes con TLP eran menos precisos que participantes control en el reconocimiento de emociones, en particular, en la discriminación de emociones negativas, no siendo

---

<sup>1</sup> Ejemplo en donde un estímulo inicial neutral evoluciona a un estímulo negativo (enojo). Obtenido de “*Pictures of Facial Affect*” de Ekman y Friesen en Lynch TR, et al, Heightened Sensitivity to Facial Expressions of Emotion in BPD, *Emotion* 2006, Vol 6, No 4

así para el reconocimiento de expresiones faciales felices. Además, los pacientes sobre-atribuyeron disgusto y sorpresa y sub-atribuyeron miedo comparado con controles. Estos hallazgos sugieren la importancia de considerar cuidadosamente los patrones de error al momento de la discriminación afectiva, especialmente entre las emociones con valencia afectiva negativa cuando se evalúa el reconocimiento del afecto facial en TLP (148).

Existen algunos estudios (145) en donde se observa una distinción entre aspectos cognitivos y afectivos de la mentalización en pacientes con OLP en comparación con controles sanos. A nivel cognitivo no parece existir distinción entre grupos, sin embargo, existe una relación entre la organización de personalidad y el componente afectivo de la mentalización manifestado a través de una activación excesiva de representaciones mentales acompañadas de procesos defensivos primitivos, impulsividad y baja tolerancia a afectos negativos o indeseables. En otro estudio en donde se mide la habilidad para mentalizar basado en un esquema de procesamiento de información social en adolescentes se identificó que a mayor severidad de rasgos cluster B de personalidad mayor intensidad afectiva reportada y mayor probabilidad a elegir estrategias de afrontamiento ineficientes (por ejemplo, evitación y agresión). Los participantes que tenían mayores rasgos del cluster B tenían mayor probabilidad de elegir respuestas más agresivas, así como mayores reportes de recuerdos de situaciones sociales frustrantes. Sin embargo, no se encontró relación en aspectos más fundamentales de la mentalización.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué relación existe entre las dimensiones de la organización limítrofe de la personalidad con el proceso de mentalización?

## **JUSTIFICACIÓN**

Existen múltiples estudios relacionados a la mentalización, en el caso particular del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se ha observado en algunos estudios un mejor desempeño en pruebas de mentalización al ser comparados con controles. Los distintos paradigmas faciales que se han

utilizado para medir la capacidad de discriminar entre distintos estados mentales a través de expresiones faciales pretenden esclarecer las bases de las alteraciones interpersonales y otros rasgos de la organización limítrofe de personalidad (OLP). El concepto de hipermentalización se ha desarrollado como una posible causa de dichas alteraciones. Sin embargo, los estudios realizados en esta área no han sido concluyentes, arrojando resultados mixtos y controversiales. Las atribuciones interpersonales, las cogniciones, esquemas y los juicios son blancos específicos de intervenciones psicoterapéuticas para el TLP, sin embargo, la forma en la que interactúan con procesos de mentalización no es clara. Hasta este momento no se ha realizado ningún estudio que compare la habilidad para mentalizar (medido a través de RMET) y las distintas dimensiones de organización de personalidad en individuos con OLP.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo general***

Determinar si existe relación entre la habilidad para mentalizar y el funcionamiento en distintos dominios de personalidad en individuos con organización limítrofe de la personalidad.

### ***Objetivos específicos***

1. Comparar los resultados de la RMET en individuos de nuestro instituto con OLP contra otras poblaciones estudiadas.
2. Comparar las características demográficas y clínicas obtenidas con la habilidad para mentalizar a través de la RMET.
3. Comparar las características demográficas y clínicas obtenidas con el funcionamiento de personalidad a través de los dominios del IPO.
4. Establecer la correlación entre las diferentes dimensiones de la organización de la personalidad limítrofe del IPO con la habilidad para mentalizar a través de la RMET.
5. Establecer la correlación entre las diferentes dimensiones de la organización de la personalidad limítrofe del IPO con la habilidad para mentalizar emociones negativas (preocupado (2),

arrepentido, acusante, dubitativo, ensimismado, desafiante, hostil, cauteloso, desconfiado, nervioso, suspicaz) a través de la RMET.

6. Establecer la correlación entre las diferentes dimensiones de la organización de la personalidad limítrofe del IPO con la habilidad para mentalizar emociones positivas (alegre, soñador, pensativo, simpático, soñador (2), interesado, coqueto, confiado) a través de la RMET.
7. Establecer la correlación entre las diferentes dimensiones de la organización de la personalidad limítrofe del IPO con la habilidad para mentalizar emociones neutrales (deseoso, insistente, incomodo, desanimado, ensimismado, cauteloso, escéptico, expectante, contemplativo, resuelto, dubitativo, pensativo, interesado, reflexivo, serio, intranquilo) a través de la RMET.

## **HIPÓTESIS**

### ***Hipótesis nula***

No se encontrará relación entre el funcionamiento de distintas dimensiones de personalidad medida a través del Inventario de Organización de la Personalidad y la habilidad para mentalizar medido a través de la *Reading the Mind in the Eyes Test*.

### ***Hipótesis general***

Individuos con OLP que presenten mejor funcionamiento relacionado a las distintas dimensiones de organización de personalidad (medida a través del Inventario de Organización de la Personalidad) contarán con mejores habilidades para mentalizar (medido a través de la *Reading the Mind in the Eyes Test*).

### ***Hipótesis específicas***

H1. La habilidad para mentalizar en individuos con OLP de nuestro instituto será similar a la otras poblaciones clínicas y menor que la de otras poblaciones generales (no clínicas).

H2. Se observará influencia de las diferencias demográficas y clínicas (indicativas de problemas de relación interpersonal y de gravedad del trastorno) con la habilidad de mentalización y las dimensiones de OLP.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Este es un estudio no experimental, transversal, prospectivo, correlacional y homodémico.

### **Selección y tamaño de la muestra**

Se llevó a cabo un muestreo no aleatorio por conveniencia de 102 mujeres entre 18 y 60 años de edad que tuvieran diagnóstico de organización límite de la personalidad, quienes aceptaron participar de forma anónima y voluntaria en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado correspondiente. Generalmente se ha considerado que el TLP mantiene una relación 2:1 entre hombres y mujeres, y en poblaciones clínicas llega a ser hasta 3:1 (23), siendo mujeres las que con más frecuencia acuden a buscar atención (a diferencia de los hombres). Debido a lo anterior únicamente se incluyeron mujeres en el estudio.

Con este tamaño de muestra se obtuvo una variedad de perfiles de organización limítrofe de la personalidad que permiten explorar la relación de las diferentes dimensiones primarias y cualitativas con la habilidad de mentalización, tanto en general como por valencias afectivas (positiva, negativa y neutral). De acuerdo con los lineamientos de Cohen (149) para cálculo de tamaños de muestra de estudios correlacionales, se requerirían al menos 85 sujetos para obtener coeficientes de correlación de .30 (considerada por Cohen (1988) como moderada en estudios de ciencias de la conducta donde las verdaderas relaciones están muy atenuadas o empequeñecidas por todo tipo de ruidos, como son la baja fiabilidad de muchos instrumentos), a un nivel de confianza de  $\alpha = .05$ , y un poder estadístico del 80%. Se sumó un 20% adicional de sujetos tomando en cuenta el posible abandono del estudio, con lo que la muestra final fue de 102 pacientes.

## **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

### ***Criterios de inclusión***

- Usuarios de sexo femenino con edad comprendida entre los 18 y 60 años de edad.
- Usuarios de nuestra institución que cuenten con número de registro.
- Deberán aceptar voluntariamente su participación en el estudio y firmar la carta de consentimiento informado.

### ***Criterios de exclusión***

- Presentar alguna enfermedad médica o neurológica descontrolada o inestable (entiéndase como cualquier condición que requiera alguna intervención farmacológica o clínica inmediata).
- Usuaris con antecedente de algún trastorno del espectro de la esquizofrenia en los que se documenten síntomas psicóticos.
- Usuaris en los que se documente Coeficiente Intelectual límite a bajo.
- Usuaris que refieran impedimentos para la lectura, sea por problemas de agudeza visual, de alfabetización o de comprensión.

### ***Criterios de eliminación***

- Usuarios que no decidan firmar el consentimiento informado.
- Usuarios de sexo masculino.

## Variables

**Tabla 2.0 Variables**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OBTENCIÓN	MEDICIÓN
<b>DEMOGRAFICAS</b>			
<b>Edad</b>	Dimensional	Expediente clínico	Número de años
<b>Situación de pareja</b>	Dimensional	Interrogatorio	Con= 1 Sin=0
<b>Escolaridad usuario</b>	Dimensional	Expediente clínico	Número de años
<b>Escolaridad padres</b>	Dimensional	Interrogatorio	Número de años
<b>CLINICAS</b>			
<b>Hospitalizaciones</b>	Dimensional	Interrogatorio	0,1,2,3,4,5...
<b>Diagnóstico principal en Eje 1</b>	Categórica	Expediente clínico	Trastornos afectivos: 1 T. ansiosos: 2 T. de la conducta alimentaria: 3 T. por uso de sustancias: 4 T. Obsesivo-Compulsivo y del espectro: 5 T. relacionados con trauma: 6 T. Somáticos: 7 T. del Neurodesarrollo: 8
<b>Tratamiento ansiolítico</b>	Nominal	Expediente clínico	1= Si, 0=No
<b>Tratamiento antidepresivo</b>	Nominal	Expediente clínico	1= Si, 0=No
<b>Tratamiento antipsicótico</b>	Nominal	Expediente clínico	1= Si, 0=No
<b>Tratamiento estabilizador</b>	Nominal	Expediente clínico	1= Si, 0=No
<b>Comorbilidad médica</b>	Nominal	Expediente clínico	1= Si, 0=No
<b>RMET</b>	Dimensional	Realización de Clinimetría	1=correcto, 0=incorrecto
<b>IPO</b>	Dimensional	Expediente clínico	%



## ESCALAS

### Formato de concentrado de datos demográficos

#### CONCENTRADO DE DATOS DEMOGRAFICOS

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_

Situación de pareja: CON (1), SIN (0)

Escolaridad usuaria: \_\_\_\_\_ años

Escolaridad padres: Madre: \_\_\_\_\_ años, Padre: \_\_\_\_\_ años

Hospitalizaciones: \_\_\_\_\_ veces

Diagnóstico principal Eje1: TxAfectivo (1), TxAnsiedad (2), TCA (3), TUS (4), TOC (5), Asociados al Trauma (6), Somáticos (7), Neurodesarrollo (8)

Tratamiento ansiolítico: Si (1) No (2)

Tratamiento antidepresivo: Si (1) No (2)

Tratamiento antipsicótico: Si (1) No (2)

Tratamiento estabilizador: Si (1) No (2)

Comorbilidad médica: Si (1) No (2) Cual: \_\_\_\_\_

### **Leer la Mente en los Ojos (*Reading the Mind in the Eyes*)**

*Reading the Mind in the Eyes Test* (o RMET) se traduce literalmente a “Leer la Mente en los Ojos” y es una prueba o test que se utiliza para medir la habilidad para mentalizar en adultos. El test estudia la capacidad para comprender los sentimientos o pensamientos de los otros a través de lo que se observa en la mirada. El test original fue descrito en una investigación en pacientes con trastorno del espectro autista por Baron-Cohen, Joliffe, Mortimore y Robertson (149) y en el año 2001 fue revisada para crear la versión más reciente de la prueba (150). La primera versión contaba con 25 fotografías de miradas de hombres y mujeres en las cuales se expresaba un sentimiento o pensamiento y ofrecía solamente dos opciones de respuesta por cada ítem. La segunda versión, la actual, tiene 36 fotografías blanco y negro en donde cada una tiene 4 posibles respuestas y el sujeto deberá seleccionar la más adecuada. Se le pide al sujeto que lo realice lo más rápido posible, sin embargo, no se mide el tiempo que toma en cada respuesta.

Es una prueba rápida y fácil de hacer y se puede administrar como una prueba “lápiz y papel”. En población general control, la calificación promedio es de 26.2 (mujeres 26.4 y hombres 26.0) con una desviación estándar de 3.6 (mujeres 3.2, hombres 4.2). En general, un puntaje de 22-30 puntos es considerado normal. No existe correlación significativa entre la RMET y el coeficiente intelectual, lo cual sugiere que representa una inteligencia general no-social. Se incluye al final de la prueba un glosario que brinda los términos de los estados mentales mencionados en la prueba y se insiste a los sujetos que lo utilicen en caso de no entender un término (150) (151). A continuación, en la siguiente imagen se muestra un ejemplo de la RMET, la prueba se anexará al final de este documento.

***Imagen 2.0 Ejemplo RMET***

Celoso/a

Aterrado/a



Arrogante

Odioso/a

La RMET implica la capacidad para mentalizar debido a que el sujeto debe comprender las representaciones de estados mentales y relacionarlos con expresiones faciales (152). La RMET involucra la primera etapa de la atribución de estados mentales en donde se descifra el “lenguaje” de la mirada en una manera inconsciente, rápida y automática, sin una deducción subsecuente (la cual es considerada menos afectiva y más cognitiva) (147). La RMET ocupa estados mentales complejos e involucran una atribución, creencia o intención a una persona y ocupa el mismo número de imágenes masculinas y femeninas. A través de estudios psicométricos, dichos estados mentales se pueden dividir en positivos, negativos y neutros, como se observa en la *Tabla 3.0* (153):

**Tabla 3.0** Valencia afectiva de los ítems

Estado mental	Estado afectivo blanco (respuesta correcta)	Ítems
<b>Positivo</b>	Alegre, soñador, pensativo, simpático, soñador (2), interesado, coqueteador, confiado	1, 6, 16, 20, 21, 25, 30, 31
<b>Negativo</b>	Preocupado (2), arrepentido, acusante, dubitativo, ensimismado, desafiante, hostil, cauteloso, desconfiado, nervioso, suspicaz.	2, 5, 11, 14, 17, 22, 23, 26, 27, 34, 35, 36
<b>Neutral</b>	Deseoso, insistente, incomodo, desanimado, ensimismado, cauteloso, escéptico, expectante, contemplativo, resuelto, dubitativo, pensativo, interesado, reflexivo, serio, intranquilo.	3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 28, 29, 32, 33

El autor señala que para poder resolver el test se requiere que el sujeto (1) sepa el significado del vocabulario al que se hace referencia, (2) completar la expresión fácil que acompaña a la mirada en base a la expresión de los ojos e (3) identificar la emoción que genera esa expresión determinada. El autor también señala que el uso de fotografías estáticas resta validez ecológica a la prueba. También, al ser imágenes de actores, no se sabe si las expresiones representan una emoción que “sienten” o que “aparentan sentir” (149) (152).

El test se ha utilizado para el estudio de múltiples patologías. Por ejemplo, se ha comprobado que sujetos con trastornos del espectro autista fallan esta prueba sistemáticamente (150). En el trastorno de la personalidad antisocial o en psicopatía se ha utilizado para demostrar que, contrario a lo que se solía pensar, los sujetos presentan un desempeño normal en esta prueba (154). En la esquizofrenia se ha observado una correlación positiva entre un rendimiento bajo en la prueba y la severidad de los síntomas positivos (155). También se ha llegado a observar que sujetos con mayor puntaje presentan niveles más altos de oxitocina (156). Como se ha mencionado previamente, en individuos con TLP los hallazgos han sugerido un mayor desempeño en esta prueba, sin embargo, esto sigue siendo controversial y poco consistente (143) (107). Neuropsicológicamente el procesamiento de la RMET involucra a la corteza prefrontal medial, la orbitofrontal, la amígdala, el giro temporal superior y los polos temporales (157) (158).

Hasta la fecha de la realización de este proyecto, en la página de *Autism Research Centre* existen dos pruebas en español, una desarrollada por especialistas en España y la otra en Argentina, ambas con una carta de aval de S. Baron-Cohen. Ambas versiones están disponibles en la página del *Autism Research Centre* ([www.autismresearchcentre.com/arc\\_tests](http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests), fecha de acceso: 30 de septiembre 2016). En el caso de la versión argentina la traducción estuvo a cargo de Cecilia Serrano, quien pertenece al Departamento de Neurología y Neuropsicología del Hospital Zubizarreta, Buenos Aires, y se realizó con 55 controles adultos sanos (43 mujeres) con un promedio de edad de 40 años y un nivel educativo de 17 años en promedio. Como se mencionó previamente, los sujetos tendrán un glosario con la terminología en caso de que no se comprendan adecuadamente todos los términos.

Se anexan las imágenes completas de la RMET, así como las instrucciones, la hoja de respuestas, los resultados y el glosario.

### **Inventario de organización de la personalidad (IPO)**

Otto Kernberg fue el primero en describir una entrevista clínica, la Entrevista Estructural, la cual tenía como propósito evaluar la organización de personalidad en una forma cualitativa y clínica (5) (11). Con el objetivo de cuantificar las dimensiones de organización de personalidad, Clarkin, Kernberg y Foelsch crearon un cuestionario: el Inventario de Organización de Personalidad (o IPO por sus siglas en inglés). El IPO es un instrumento de autoreporte con 100 ítems, el cual valora las tres dimensiones más relevantes del modelo de Kernberg (escalas primarias) las cuales abarcan 57 ítems: defensas primitivas (ítems 1-16), difusión de identidad (ítems 17-37) y prueba de realidad (ítems 38-57). El resto de los ítems comprende dos dimensiones adicionales (escalas cualitativas): Agresión (ítems 58-75) y Valores Morales (ítems 76-83).

**Tabla 4.0** Escalas IPO

<b>Escalas Primarias</b>	<b>Ítems</b>
Defensas primitivas	1-16
Difusión de identidad	17-37
Prueba de realidad	38-57
<b>Escalas Cualitativas</b>	<b>Ítems</b>
Agresión	58-75
Valores morales	76-83

Lo anterior se describirá a profundidad a continuación (159) (3) (160) (161):

### ***Escalas Primarias***

- Defensas Primitivas
  - a) Mecanismos de escisión del Yo, los cuales implican una proyección primitiva incluyendo defensas como la idealización primitiva en la cual el objeto es llevado a la perfección sin tolerar fácilmente imperfecciones ya que el objeto se percibe como enteramente bueno. En su contraparte, la devaluación, el objeto se percibe como persecutorio y peligroso. Este mecanismo primitivo y arcaico consiste en que el sujeto expulse y deposite en el otro (persona o cosa) sentimientos, cualidades, deseos u “objetos” que no son reconocidos o que son rechazados por sí mismo.
  - b) Negación: entiéndase como una desestimación de los pensamientos y percepciones opuestas de sí mismo y los otros.
  - c) Omnipotencia: deriva de una identificación con el Yo-ideal (infatuado y grandioso) que se relaciona con representaciones desvalorizadas de los demás.
  - d) Escisión o disociación primitiva: los afectos, percepciones, recuerdos y fantasías de objetos o sucesos se disocian y escinden de tal manera que dos imagos (uno bueno y uno malo) se desarrollan desde una representación única. La escisión o disociación primitiva involucra la división del sí-mismo y de los objetos en “buenos o malos” generando alteraciones drásticas en el afecto y la cognición del sí-mismo y de los objetos.
  
- Difusión de Identidad
  - a) Falta de integración del Yo, la cual genera una comprensión y percepción errónea y contradictoria a cerca de los otros.
  - b) Sensación de vacío crónico demostrado como desinterés, aburrimiento, abulia y apatía.
  - c) Autoevaluación ausente e incorrecta.
  - d) Dificultad para la constitución de un vínculo empático con el otro (dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con los otros).

- Prueba de Realidad

Capacidad para diferenciar el Yo del no-Yo, estímulos internos de externos, la discriminación y evaluación del afecto, el comportamiento y el contenido del pensamiento propio y la habilidad para mantener empatía con el criterio social ordinario de realidad. La prueba de realidad se conserva en organizaciones neuróticas y limítrofes más no en la psicótica.

### ***Escalas Cualitativas***

- Agresión

Conducta real o fantasía dirigida hacia el otro para dañarlo, destruirlo, humillarlo, etc. Puede ser una acción motriz o simbólica. Actúa desde temprano en el sujeto y se imbrica con la sexualidad.

- Valores Morales

Es un constructo que corresponde al Superyo. Esa escala tiene por objetivo evaluar que tan integrado está el Superyo que va desde la internalización de figuras parentales protectoras hasta el opuesto extremo donde el Superyo tiene características primitivas, severas y persecutorias.

El IPO se puede aplicar tanto a población clínica como a no clínica, demostrando adecuada consistencia interna para ambas.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la prueba demuestra adecuada consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0.92 y 0.84 0.81 (0.87 para defensas primitivas, 0.92 para difusión de identidad y 0.84 para prueba de realidad), encontrando adecuada validez interna para las tres distintas dimensiones mencionadas. (8) (13).

Se encontró una correlación de defensas primitivas y difusión de identidad de 0.82, de defensas con prueba de realidad de 0.65 y de difusión de identidad con prueba de realidad de 0.62, todas con una  $p < .001$ . Al evaluar la 'no normalidad' se obtuvo un coeficiente de Mardia de 336.40 ( $z=32.04$ ). También se demostró que no existían diferencias significativas entre sexos para efectos de las escalas clínicas. Los resultados de la correlación de orden cero y el análisis de regresión (con correlaciones semiparciales) demostró que, como Kernberg hipotetiza, tanto las defensas primitivas, la difusión de identidad y la prueba de la realidad se encontraban directa y substancialmente

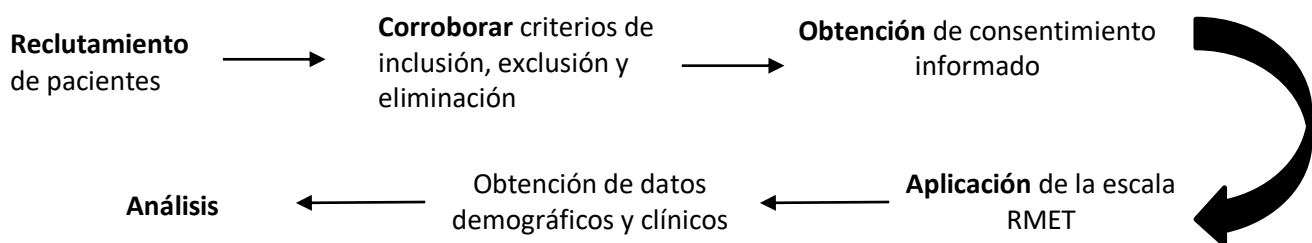
relacionadas con afecto negativo e irritabilidad. También se identificó una asociación inversa, modesta pero significativa, entre las tres áreas del IPO y afecto positivo. Desde una perspectiva teórica, el patrón de resultados del IPO es consistente con la patología de personalidad, específicamente la patología relacionada a la OLP. En el mismo estudio se repitió la prueba cuatro semanas después replicando los hallazgos mencionados previamente, demostrando nuevamente adecuada validez interna, estabilidad en el tiempo, alfas aceptables para las tres escalas y se mantuvieron las mismas correlaciones, demostrando nuevamente relación entre las tres escalas y afecto negativo e irritabilidad, generando a su vez adecuada fiabilidad test-retest (Difusión de la Identidad = 79, Defensas Primitivas = 82, Prueba de Realidad = 74).

También se demostró la validez de los constructos comparándolos con distintas escalas (por ejemplo, para esquizotípia, afecto, distraibilidad social, estado emocional, entre otras). El IPO brinda evidencia empírica de la presencia de afecto negativo, el cual es bien conocido por clínicos e investigadores. La IPO también demuestra la cercanía (y probable unión) entre la difusión de la identidad y las defensas primitivas, mientras que la prueba de realidad se encuentra separada en otro dominio distinto. Las cualidades psicométricas del IPO se han demostrado también en población no clínica por lo que su utilidad es amplia. El IPO se puede usar como una herramienta de auto-reporte. Se anexa este instrumento y la hoja de respuestas al final de este documento.

## PROCEDIMIENTO

El procedimiento de la investigación se describe de la siguiente manera:

### *Imagen 2.0 Procedimiento*



## **ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos serán vaciados y analizados en el paquete estadístico SPSS-X versión 21 para Windows PC. La descripción de las variables sociodemográficas dimensionales, de las puntuaciones totales y por valencias afectivas (positiva, negativa y neutral) de mentalización, así como los puntajes en las diferentes dimensiones de la organización limítrofe de la personalidad se llevará a cabo mediante medias, desviaciones estándar y rangos. Por su parte, las variables sociodemográficas y clínicas categóricas se describirán con base en frecuencias y porcentajes.

Para comparar los promedios de habilidades de mentalización entre los sujetos de este estudio y los resultados publicados en otras poblaciones se emplearán pruebas t-Student de muestras independientes.

Se utilizarán pruebas de correlación de Pearson para determinar la asociación entre las diferentes dimensiones de la organización de la personalidad limítrofe del IPO con la habilidad para mentalizar a través de la RMET, tanto en general, como por valencia afectiva (positiva, negativa y neutral).

Para comparar las puntuaciones de las diferentes dimensiones del IPO y los totales de RMET entre usuarios con/sin pareja, con/sin hospitalizaciones previas, con/sin diagnóstico psiquiátrico (Eje 1), con/sin trastorno por uso de sustancias, con/sin tratamiento antipsicótico, con/sin tratamiento antidepresivo, con/sin tratamiento ansiolítico, con/sin tratamiento con estabilizador del ánimo y con/sin comorbilidad médica se calcularán pruebas t-Student de muestras independientes; y ANOVA de una vía con los diferentes diagnósticos comórbidos del eje 1.

Finalmente, se calcularán correlaciones de Pearson entre la edad, la escolaridad de las pacientes y sus padres y el número de hospitalizaciones de la paciente con las escalas del IPO y del RMET.

En todos los casos el nivel alpha prefijado es de 95%.



## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El protocolo, consentimiento informado y materiales del estudio fueron sometidos para su evaluación por parte de los comités de ética e investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El presente trabajo es un estudio de riesgo mínimo al implicar la administración de evaluaciones que constituyen formas rutinarias de valorar a los participantes en la Institución donde se llevará a cabo. Además, los instrumentos serán aplicados por un residente de psiquiatría con experiencia en la contención y tratamiento de este tipo de participantes (en caso de ser necesario).

El consentimiento informado asegura a las participantes la confidencialidad de la información, la gratuidad del estudio, así como su derecho a no participar si no lo desean, sin que ello demerite de manera alguna su tratamiento institucional.

## RESULTADOS

**Tabla 5.0** Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra (n=102).

Variable	Medida descriptiva
<b>Datos demográficos</b>	
Edad (media $\pm$ DS, rango)	31.32 $\pm$ 9.77 (18-59)
Estado civil (%)	
· Con pareja	50
· Sin pareja	50
Nivel Socioeconómico (%)	
· 1	16.7
· 2	45.1
· 3	29.4
· 4	5.9
· 5	2.0
· 6	1.0
Hijos (%)	
· Con hijos	34.3
· Sin hijos	65.7
Escolaridad (media $\pm$ DS, rango)	
· Paciente	14.12 $\pm$ 3.20 (6-22)
· Madre	10.84 $\pm$ 4.43 (0-18)
· Padre	11.84 $\pm$ 4.96 (0-21)
Hospitalizaciones	
· Si (%)	50
· Media $\pm$ DS, rango	1.94 $\pm$ 1.40 (1-7)
<b>Datos clínicos</b>	
Diagnostico principal Eje1 (%)	
· T. Afectivos	59.8
· TCA	18.6
· T. relacionados con trauma	9.8
· TUS	3.9
· T. de Ansiedad	3.9
· TOC	1.0
· T. Somáticos	1.0
· Neurodesarrollo	1.0
Tratamiento (%)	
· Antidepresivo	92.2
· Ansiolítico	51.0
· Antipsicótico	50.0
· Estabilizador del animo	31.4
Comorbilidad Médica (%)	40.2

La muestra final estuvo comprendida por 102 mujeres con diagnóstico confirmado de Trastorno Límite de la Personalidad. En la *Tabla 5.0* se muestran sus características sociodemográficas y clínicas.

En la *Tabla 6.0* se presentan los resultados de la muestra en relación a los tipos de relaciones objetales (ROs).

**Tabla 6.0** Descripción de Relaciones Objetales de la muestra

Escala	Muestra INPRFM (n=102) Media de % $\pm$ DS (rango)
ROs Patológicas	64.22 $\pm$ 16.07 (22-100)
ROs Saludables	73.51 $\pm$ 5.70 (22-100)
ROs Antisociales	39.72 $\pm$ 16.81 (7-96)
ROs Depresivo-masoquistas	73.00 $\pm$ 15.01 (24-100)
ROs Histéricas	62.81 $\pm$ 22.64 (3-100)
ROs Infantiles	59.65 $\pm$ 18.13 (12-96)
ROs Narcisistas	45.00 $\pm$ 12.87 (7-69)
ROs Obsesivas	50.88 $\pm$ 19.98 (12-100)
ROs Paranoides	67.54 $\pm$ 19.72 (4-100)
ROs Esquizoides	70.61 $\pm$ 18.67 (20-100)

Por su parte, la *Tabla 7.0* presenta la descripción de las puntuaciones en las diferentes dimensiones de organización de la personalidad, siendo comparada con reportes encontrados de otras poblaciones: (1) población del INPRFM; (2) muestra de 162 mujeres, población estudiantil de pregrado de la Universidad de Cornell (sin contar con puntuación para Valores Morales y Agresión); (3) muestra no clínica holandesa de 181 personas (pasajeros del tren, miembros de un coro, psicólogos en entrenamiento; 69% mujeres, media de edad de 41.3 años  $\pm$  16.8, rango 18-80); (4) estudiantes adolescentes de 16-20 años en primer semestre de Psicología en la Cd. De Barranquilla, Colombia; y (5) pacientes de hospitalización y consulta externa de dos instituciones en Holanda referidos por psiquiatras y psicólogas para una evaluación exhaustiva de personalidad (68% mujeres, media de edad 34 años  $\pm$  11.6, rango 17-64).

**Tabla 7.0** Descripción de las escalas primarias y cualitativas de la organización de la personalidad de la muestra y comparación con otras poblaciones

Escala	Muestra INPRFM Media de % $\pm$ DS (rango)	Muestra no-clínica 1 Media de % $\pm$ DS (n=162) <sup>2</sup>	Muestra no-clínica 2 Media de % $\pm$ DS (n=181) <sup>3</sup>	Muestra no-clínica 3 Media de % $\pm$ DS (n=68) <sup>4</sup>	Muestra clínica Media de % $\pm$ DS (n=371) <sup>5</sup>
Defensas Primitivas	64.25 $\pm$ 19.82 (17-100)	36.10 $\pm$ 8.02	26.99 $\pm$ 7.63	42.92 $\pm$ 10.22	38.33 $\pm$ 12.61
Difusión de Identidad	66.31 $\pm$ 18.00 (16-100)	51.73 $\pm$ 11.18	38.47 $\pm$ 10.91	42.33 $\pm$ 12.18	54.21 $\pm$ 17.33
Prueba de Realidad <sup>6</sup>	46.15 $\pm$ 20.15 (13-91)	37.96 $\pm$ 9.30	29.43 $\pm$ 8.00	36.88 $\pm$ 11.28	38.43 $\pm$ 13.38
Valores Morales <sup>7</sup>	54.31 $\pm$ 15.97 (6-89)	-	21.30 $\pm$ 5.74	40.92 $\pm$ 10.60	24.65 $\pm$ 7.26
Agresión	49.53 $\pm$ 15.28 (22-92)	-	23.16 $\pm$ 4.00	27.66 $\pm$ 7.86	30.81 $\pm$ 9.69

La *Tabla 8.0* a continuación muestra las puntuaciones promedio del total y de los porcentajes en mentalización (así como subtotales por valencia afectiva) del RMET, y su comparación con muestras de otras poblaciones: dos poblaciones (casos y controles) de un estudio de EEUU, un estudio de población no clínica de Argentina en donde fue utilizada la misma versión del RMET que se usó en este estudio y tres poblaciones no clínicas de EEUU y Reino Unido (una de estudiantes de la U. de Cambridge y otra de usuarios de una biblioteca).

<sup>2</sup> Lenzenweger M, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA, **The Inventory of Personality Organization: Psychometric Properties, Factorial Composition, and Criterion Relations with Affect, Aggressive Dyscontrol, Psychosis Proneness, and Self-Domains in a Nonclinical Sample**, Psychological Assessment, 2001, Vol. 13, No. 4, 577-591

<sup>3</sup> H Berghuis, JH Kamphuis, G Boedijn, R Verheul, **Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL)**, Bulletin of the Menninger Clinic, 73[1], 44-60

<sup>4</sup> Reyes Ruiz L, Russo de Sanchez AR, **Descripción de la organización estructural de la personalidad de los adolescentes que cursaron primer semestre en un programa de psicología de la ciudad de Barranquilla**, Psychologia. Avances de la disciplina, Vol. 2. N.º 2.: 65-91, 2008

<sup>5</sup> H Berghuis, JH Kamphuis, G Boedijn, R Verheul, **Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL)**, Bulletin of the Menninger Clinic, 73[1], 44-60.

<sup>6</sup> A mayor porcentaje mayor afección en Prueba de Realidad

<sup>7</sup> A mayor porcentaje mayor afección en Valores Morales (“desvalorización”)

**Tabla 8.0** Descripción y comparación de puntuaciones de mentalización en pacientes con TLP y población abierta

	Media del total de respuestas correctas $\pm$ DS (rango)	Media de % de correctas $\pm$ DS (rango)	Media de % Valencia Positiva $\pm$ DS (rango)	Media de % Valencia Negativa $\pm$ DS (rango)	Media de % Valencia Neutral $\pm$ DS (rango)
Pacientes con TLP INPRFM (n=102)	24.22 $\pm$ 3.65 (15-31)	67.26 $\pm$ 10.15 (41-86)	66.78 $\pm$ 19.38 (12-100)	69.77 $\pm$ 14.87 (33-100)	65.62 $\pm$ 13.56 (31-93)
Pacientes con TLP EEUU (n=30) <sup>8</sup>	28.50 $\pm$ 3.3** t= 5.76, gl= 130	79.16	82.12 $\pm$ 1.31	76.66 $\pm$ 1.58	79.56 $\pm$ 1.95
Población no clínica EEUU (n=25) <sup>9</sup>	25.00 $\pm$ 3.63	69.44	73 $\pm$ 1.14	69.66 $\pm$ 2.00	67.5 $\pm$ 2.24
Población no clínica Argentina (n=210) <sup>10</sup>	23.36 $\pm$ 4.87	64.72	-	-	-
Población no clínica EEUU (n=484) <sup>11</sup>	27.20 $\pm$ 3.82** (16-36) t= 7.21, gl= 584	76 (44-100)	-	-	-
Población no clínica del Reino Unido 1 (n=122) <sup>12</sup>	26.2 $\pm$ 3.6** t= 4.07, gl= 222	72.79 (50-91)	-	-	-
Población no clínica del Reino Unido 2 (n=103) <sup>13</sup>	28.0 $\pm$ 3.5** t= 8.65, gl= 203	77.70 (52-94)	-	-	-

\*\* p  $\leq$  .001 en comparación estadística entre pacientes INPRFM y otras muestras. (t= t-Student; gl= grados de libertad)

<sup>8</sup> Obtenido de: EA Fertuck et al, **Enhanced Reading the Mind in the Eyes in BPD compared to Healthy Controls**, Psychological Medicine 2009. Media de edad fue de 29.8  $\pm$  8.5, 86% mujeres, 60% caucásicos, 14.9 años de educación promedio  $\pm$  2.4

<sup>9</sup> Controles del artículo previamente citado, media de edad 26.4  $\pm$  12, 60% mujeres, 36% caucásicos, 14.80 años de escolaridad  $\pm$  1.4

<sup>10</sup> Obtenido de un estudio que formó parte del Programa de Baremización de Test Diagnósticos en Argentina. 57.6% mujeres, 126 eran <65 años y 84 fueron >65 años. Referencia: Roman F, et al, **Baremos del Test de la Mirada en español en adultos normales de Buenos Aires**, Revista Neuropsicología Latinoamericana, Vol 4, No 3, 2012, 1-5

<sup>11</sup> Población no clínica de EEUU reclutada en línea, 484 participantes en total, 243 mujeres, 33.4 años de edad  $\pm$  11, 76% caucásicos, escolaridad variable. Referencia: Olderbak S, et al, **A psychometric analysis of the reading the mind in the eyes test: toward a brief form for research and applied settings**, Frontiers in Psychology, Octubre 2015, Volumen 6, artículo 1503

<sup>12</sup> La población descrita fue reclutada de salones de clases comunitarios de adultos en Exeter y usuarios de bibliotecas en Cambridge. Contaban con actividades laborales diversas y escolaridad variable. Edad: 46.5 años  $\pm$  16.9. Referencia: Baron-Cohen S, **The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism**, J. Child. Psychol. Psychiat. Vol 42, No 2

<sup>13</sup> Alumnos de pregrado de la U. de Cambridge. Edad: 20.8  $\pm$  0.8. Referencia: Baron-Cohen S, **The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism**, J. Child. Psychol. Psychiat. Vol 42, No 2

En la *Tabla 9.0* se observa una lista de los ítems de la RMET con la respuesta correcta sobresaltada y sus opciones distractoras, así como el porcentaje de respuestas correctas por cada reactivo. Se añaden los resultados de otras muestras.

**Tabla 9.0 Porcentaje de respuestas correctas por reactivo de RMET**

N	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	S <sup>14</sup>	% INPRFM (n=102)	% población no clínica Argentina <sup>15</sup>	% población abierta UK <sup>16</sup>	% estudiantes UK <sup>17</sup>
1	<b>alegre</b>	compasivo/a	irritado/a	aburrido/a	H	43.14	49.10	85.2	70.9
2	aterrorizado/a	<b>preocupado/a</b>	arrogante	molesto/a	H	85.29	83.63	78.7	85.4
3	chistoso/a	conmocionado/a	<b>deseoso/a</b>	convencido/a	M	70.59	87.27	86.1	83.5
4	chistoso/a	<b>insistente</b>	divertido/a	relajado/a	H	87.25	67.27	73.0	87.4
5	irritado/a	sarcástico/a	<b>preocupado/a</b>	simpático/a	H	53.92	65.45	77.0	82.5
6	aterrado/a	<b>soñador/a</b>	impaciente	alarmado/a	M	55.88	67.27	80.3	77.7
7	apenado/a	simpático/a	<b>incómodo/a</b>	desanimado/a	H	36.27	60.00	68.0	78.6
8	<b>desanimado/a</b>	aliviado/a	tímido/a	excitado/a	H	76.47	81.81	67.2	83.5
9	molesto/a	hostil	horrorizado/a	<b>ensimismado/a</b>	M	63.73	61.63	77.0	91.3
10	<b>cauteloso/a</b>	insistente	aburrido/a	aterrado/a	H	49.02	52.72	73.0	63.1
11	aterrorizado/a	divertido/a	<b>arrepentido/a</b>	adulador/a	H	61.76	74.54	68.0	80.6
12	indiferente	abochornado/a	<b>escéptico/a</b>	desanimado/a	H	77.45	78.18	87.0	83.5
13	resuelto/a	<b>expectante</b>	amenazante	tímido/a	H	64.71	76.36	69.7	76.7
14	irritado/a	desilusionado/a	deprimido/a	<b>acusante</b>	H	78.43	94.54	80.3	94.2
15	<b>contemplativo</b>	conmocionado/a	alentador/a	divertido/a	M	85.29	87.27	69.7	83.5
16	irritado/a	<b>pensativo/a</b>	alentador/a	comprensivo/a	H	82.35	81.81	77.0	82.5
17	<b>dubitativo</b>	cariñoso/a	alegre	aterrado/a	M	75.49	87.27	65.6	60.2
18	<b>resuelto/a</b>	divertido/a	aterrado/a	aburrido/a	M	77.45	96.36	58.2	79.6
19	arrogante	agradecido/a	sarcástico/a	<b>dubitativo/a</b>	M	25.49	47.27	69.7	58.3
20	dominante	<b>simpático/a</b>	culpable	horrorizado/a	H	68.63	83.63	88.5	87.4
21	abochornado/a	<b>soñador/a</b>	confundido/a	aterrado/a	M	69.61	81.80	73.8	81.6
22	<b>ensimismado/a</b>	agradecido/a	insistente	implorante	M	50.98	70.90	79.5	91.3
23	satisfecho/a	apenado/a	<b>desafiante</b>	curioso/a	H	87.25	72.72	77.9	84.5
24	<b>pensativo/a</b>	irritado/a	excitado/a	hostil	H	58.82	65.45	73.8	77.7
25	aterrado/a	incrédulo/a	desanimado/a	<b>interesado/a</b>	M	52.94	60.00	71.3	57.3
26	alarmado/a	tímido/a	<b>hostil</b>	ansioso/a	H	77.45	83.60	65.6	81.6
27	chistoso/a	<b>cauteloso/a</b>	arrogante	tranquilizador/a	M	59.80	65.45	65.6	63.1
28	<b>interesado/a</b>	chistoso/a	cariñoso/a	satisfecho/a	M	83.33	87.27	66.4	65.0
29	impaciente	aterrado/a	irritado/a	<b>reflexivo/va</b>	M	76.47	80.00	77.9	64.1
30	agradecido/a	<b>coqueteador/a</b>	hostil	desilusionado/a	M	85.29	76.36	91.0	89.3
31	avergonzado/a	<b>confiado/a</b>	chistoso/a	desanimado/a	M	76.47	45.45	51.6	52.4
32	<b>serio/a</b>	avergonzado/a	desconcertado/a	alarmado/a	H	60.78	78.20	50.0	72.8
33	abochornado/a	culpable	soñador/a	<b>intranquilo/a</b>	H	56.86	49.09	58.2	74.8
34	aterrado/a	desconcertado/a	<b>desconfiado/a</b>	aterrorizado/a	M	65.69	78.18	77.0	81.6
35	desconcertado/a	<b>nervioso</b>	insistente	contemplativo	M	59.80	74.54	65.6	82.5
36	avergonzado/a	nervioso	<b>suspica</b>	indeciso/a	H	81.37	89.09	76.2	87.4

<sup>14</sup>Sexo de la respuesta correcta; H=hombre, M=mujer

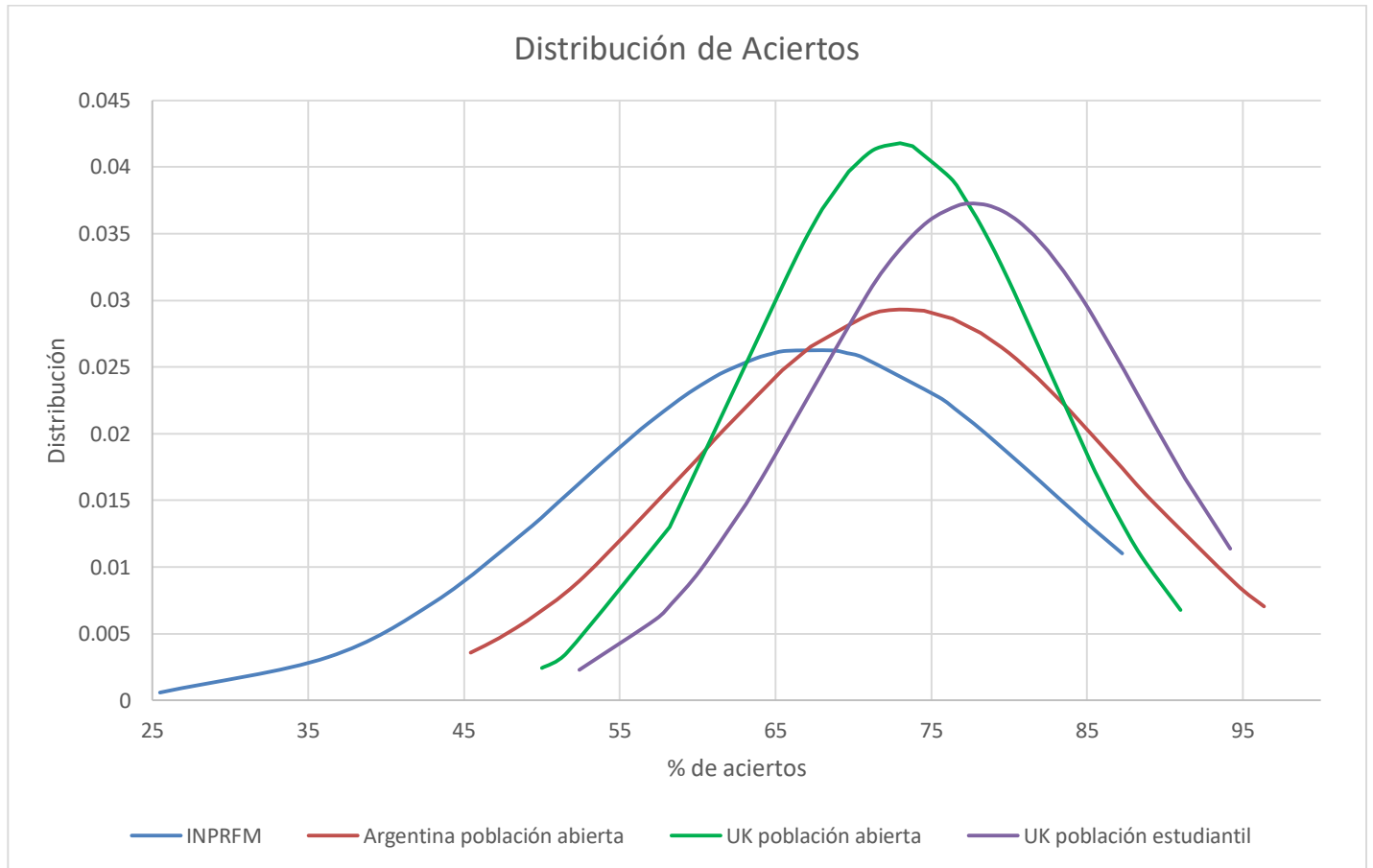
<sup>15</sup> Controles sanos, 43 mujeres y 12 hombres de Argentina, media de edad de 40 años (25-67) con escolaridad de 17 años en promedio. Obtenido de: Allegri R, Reading the Mind in the Eyes: Controls Data from normal cohort in Spanish adult population from Buenos Aires, Argentina, September 2006, Department of Neurology and Neuropsychology Hospital A Zubizarreta, Buenos Aires, Argentina.

<sup>16</sup> N=122, edad: 46.5 años  $\pm$  16.9. Referencia: Baron-Cohen S, **The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism**, J. Child. Psychol. Psychiat. Vol 42, No 2

<sup>17</sup> N=102, edad: 20.8  $\pm$  0.8. Referencia: misma que numero 14.

La Imagen 3.0 muestra una descripción grafica de la distribución de respuestas correctas por población estudiada (Tabla 9.0). En la Tabla 10.0 se describe la distinta distribución de aciertos.

**Imagen 3.0** Distribución de aciertos



**Tabla 10.0** Distribución de aciertos

	Ítems con mayor porcentaje de aciertos	Ítems con menor porcentaje de aciertos (<50%)
<b>INPRFM (n=102)</b>	23, 4, 30, 15, 2 Máximo: 87.25%	19, 7, 1, 10, 22 Mínimo: 25.49%
<b>Población no clínica Argentina (n=55)</b>	18, 14, 36, 28, 17 Máximo: 96.36%	31, 19, 33, 1 Mínimo: 45.45%
<b>Población abierta UK (n=122)</b>	30, 20, 12, 3, 1 Máximo: 91%	32 Mínimo 50.0%
<b>Estudiantes UK (n=103)</b>	14, 22, 9, 30, 36 Máximo: 94.2%	- Mínimo: 52.4%

## Relación entre mentalización y organización de la personalidad

En la *Tabla 11.0* se describen las Correlaciones de Pearson entre las dimensiones de la organización de la personalidad y mentalización total y por valencias.

**Tabla 11.0** Correlaciones de Pearson

Dimensión	Total de mentalización	Mentalización de afectos positivos	Mentalización de afectos negativos	Mentalización de afectos neutrales
Defensas Primitivas	-.32	-.011	-.099	-0.36
Difusión de Identidad	.016	.091	-.030	-.013
Prueba de Realidad	-.043	-.002	-.033	-.045
Valores Morales	.008	.031	-.053	.035
Agresión	-.17	.05	<b>-.19**</b>	-.17
ROs Patológicas	-.019	.031	-.011	-.044
ROs Saludables	.049	-.129	.084	.106
ROs Antisociales	-.17	.04	-.16	<b>-.19**</b>
ROs Depresivo-Masoq.	.097	.039	.083	.068
ROs Históricas	-.002	-.065	.044	.007
ROs Infantiles	-.009	.121	-.089	-.028
ROs Narcisistas	<b>-.18*</b>	-.01	-.16	-.16
ROs Obsesivas	.040	.094	.085	-.070
ROs Paranoides	-.061	.015	-.063	-.061
ROs Esquizoides	-.064	.146	-.131	-.104

\*\* p=.05 (estadísticamente significativa) \* p=.06 (tendencia)

ROs = Relaciones Objetales

## Relación con variables sociodemográficas

Las ROs Paranoides ( $t=2.80$ ,  $gl=98.06$ ,  $p=0.006$ ) fueron diferentes entre las personas con o sin pareja al momento del estudio, siendo superiores en aquellos sin pareja (sin pareja  $n=51$ ,  $72.84 \pm 17.69$ ; con pareja  $n=51$ ,  $62.24 \pm 20.38$ ).



La escala de Valores Morales, que a mayor puntaje indica mayor desmoralización, difirió entre las pacientes con y sin hijos ( $t=-2.03$ ,  $gl=80.18$ ,  $p=.045$ ) siendo mayor ante la ausencia de hijos (sin hijos  $n=67$ ,  $56.49 \pm 16.61$ ; con hijos  $n=35$ ,  $50.14 \pm 13.98$ ).

Las puntuaciones en diversas escalas fueron diferentes entre las pacientes que utilizaban antipsicóticos (AP;  $n=51$ ) en contraste con las que no los tenían prescritos, incluyendo la escala de Agresión ( $t=2.43$ ,  $gl=98.38$ ,  $p=.017$ ; con AP:  $53.13 \pm 15.87$ ; sin AP:  $45.93 \pm 13.93$ ), ROs patológicas ( $t=2.46$ ,  $gl=99.99$ ,  $p=.015$ ; ; con AP:  $68.05 \pm 15.66$ ; sin AP:  $60.39 \pm 15.70$ ), ROs histéricas ( $t=2.02$ ,  $gl=100$ ,  $p=.045$ ; ; con AP:  $67.29 \pm 22.28$ ; sin AP:  $58.34 \pm 22.31$ ), ROs infantiles ( $t=2.05$ ,  $gl=96.79$ ,  $p=.042$ ; ; con AP:  $63.28 \pm 16.14$ ; sin AP:  $56.01 \pm 19.40$ ) y ROs narcisistas ( $t=2.55$ ,  $gl=93.79$ ,  $p=.012$ ; con AP:  $48.17 \pm 14.05$ ; sin AP:  $41.84 \pm 10.80$ ).

Al comparar las medias de puntuaciones IPO y RMET entre las pacientes que presentaban algún diagnóstico comórbido en Eje 1 se encontró que las pacientes con Trastorno por uso de sustancias (TUS), en comparación con aquellas con trastornos afectivos, de ansiedad, de la conducta alimentaria (TCA), relacionados con trauma y somatomorfos, mostraron mayores puntuaciones en las subescalas IPO de Defensas Primitivas ( $F=2.54$ ,  $gl=8$ ,  $p=.015$ ), ROs Patológicas ( $F=2.209$ ,  $gl=8$ ,  $p=.034$ ) y Agresión ( $F=2.811$ ,  $gl=8$ ,  $p=.008$ ) (Tabla 12.0).

**Tabla 12.0** Diagnostico principal en Eje 1 e IPO

Diagnostico comórbido en Eje 1	n	Defensas Primitivas (Media $\pm$ DS)	ROs Patológicas (Media $\pm$ DS)	Agresión (Media $\pm$ DS)
TUS	4	$93 \pm 5.03$	$88.75 \pm 8.53$	$74.50 \pm 12.71$
T. Afectivos	61	$62.38 \pm 18.62$	$63.14 \pm 14.34$	$48.77 \pm 14.40$
T. Ansiedad	4	$48.00 \pm 16.33$	$50.25 \pm 16.50$	$40.00 \pm 15.64$
TCA	19	$61.05 \pm 17.88$	$64.79 \pm 17.71$	$46.99 \pm 14.02$
T. rel. con trauma	10	$70.00 \pm 23.79$	$63.70 \pm 17.98$	$45.70 \pm 14.15$
Somatomorfos	1	56	45	61

En los análisis de correlación entre las diferentes subescalas del IPO y del RMET y la escolaridad de las pacientes y sus padres, la edad de la paciente y el número de hospitalizaciones se encontró que (1) la escolaridad de la paciente se relacionó positivamente con la puntuación en RO obsesivas ( $r=.351$ ,  $p=.0001$ ,  $n=102$ ), (2) que la escolaridad de la madre se relacionó positivamente con la

puntuación de RO patológicas de la paciente ( $r=.219$ ,  $p=.029$ ,  $n=101$ ) y (3) que el número de hospitalizaciones se relacionó negativamente con la puntuación de RO saludables ( $r=-.195$ ,  $p=.049$ ,  $n=102$ ), y positivamente con la puntuación en RO obsesivas ( $r=.305$ ,  $p=.002$ ,  $n=102$ ). No existieron correlaciones asociadas a la edad o a los resultados en RMET.

## DISCUSION

### Variables sociodemográficas y sus correlaciones

Como se muestra en la Tabla 5.0, existen datos relevantes que describen a la población estudiada. Aproximadamente 50% de las usuarias tenían pareja, 65% de ellas tenían hijos y la media de edad fue de 31.3 años  $\pm$  9.77. Hasta un 40% de las participantes tenían alguna comorbilidad médica, siendo la mayoría de ellas patología metabólica y/o cardiovascular. Respecto a su escolaridad, en promedio las usuarias tenían 2-3 años más de estudios en relación a sus padres. La mitad de ellas había sido hospitalizada por algún motivo psiquiátrico en algún momento de su padecimiento ( $1.94 \pm 1.40$  veces). Respecto a los diagnósticos principales en Eje1, 60% se trataba de un Trastorno afectivo, 18% de TCA y 10% de Trastornos relacionados a trauma y estrés, lo cual es compatible con la literatura. Todas las pacientes contaban con diagnóstico comórbido en Eje1. Farmacológicamente, 92% se encontraba en tratamiento antidepresivo, 50% con algún tratamiento ansiolítico y 50% con antipsicótico. Ninguna paciente se encontraba sin tratamiento farmacológico.

En relación a estas variables, se encontró que de forma significativa existían mayores ROs paranoides en pacientes sin pareja al momento del estudio. Los cuatro ítems que describen ROs paranoides son: “es importante pensar cuidadosamente lo que quieres compartir con otros, porque puede ser usado en tu contra”, “es importante controlarse mucho porque la tendencia natural de los otros es aprovecharse de nuestras debilidades”, “tengo cuidado al relacionarme porque es peligroso ser demasiado confiado” y “la experiencia me ha enseñado que es más seguro observar lo que los demás podrían estar tramando que simplemente dejarse llevar por las apariencias”. Relaciones interpersonales con estas características hablan de un nivel de funcionamiento interpersonal y social bajo, en donde la sospecha, la suspicacia y el miedo a un acercamiento íntimo hacen complicada una

interacción social estable y saludable. Es probable que las usuarias que hayan tenido mayores puntajes en este tipo de relaciones sociales se encuentren en el espectro inferior de la organización de personalidad limítrofe en donde el funcionamiento a un nivel pre-psicótico perjudica considerablemente la vida interpersonal.

La escala de Valores Morales, la cual entre más alta se encuentre sugiere un peor funcionamiento, fue significativamente mayor en pacientes que no tenían hijos. Para Kernberg esta subescala habla sobre la extensión en la que el individuo cuenta con valores internalizados estables los cuales influyen en su experiencia interna y guían su conducta, haciendo referencia a un Superyo disfuncional en el aparato psíquico. La presencia de este tipo de características, de manera similar a la ausencia de pareja y las ROs paranoides, pudieran hacer que la falta de confianza por parte de la pareja, la ausencia de estabilidad interpersonal, así como las consideraciones culturales de moral repercutan en la elegibilidad para procrear.

Las puntuaciones a través de distintas escalas del IPO fueron diferentes entre las pacientes que utilizaban antipsicóticos, siendo significativas para la escala de Agresión, ROs patológicas, ROs histéricas, ROs infantiles y ROs narcisistas. Por lo general, en el tratamiento farmacológico de pacientes con TLP el uso de antipsicóticos es asociado al uso de antidepresivos en pacientes en quienes predomina la impulsividad y la agresividad auto y/o heterodirigida. En algunas ocasiones se utilizan como segunda o tercera línea de tratamiento y rara vez se indican previo al uso de antidepresivos. Es posible que este hallazgo se deba a que el uso de antipsicóticos es más común en pacientes con mayor gravedad en donde existen mayores niveles de agresión y peor funcionamiento interpersonal.

Los puntajes de las escalas del IPO para Defensas Primitivas, Agresión y ROs Patológicas fueron significativamente mayores en pacientes con TUS al compararse con otros diagnósticos en el Eje 1 (T. Afectivos, T. Ansiedad, TCA, Trastorno relacionados con trauma y somatomorfos) como se muestra en la Tabla 12.0. De acuerdo a la evidencia disponible, los TUS y el TLP son altamente coocurrentes, con estudios situándolo entre 14-72%. Aunque se considera que esta relación es mayor en hombres con TLP, estudios sugieren que es más común que mujeres con TLP presenten

TUS asociados a medicamentos controlados (por ejemplo, benzodiazepinas) (163). Se considera que pacientes con TLP y TUS cursan con mayor impulsividad, menor estabilidad clínica, mayor conducta suicida, mayor abandono de tratamiento y menores periodos de abstinencia (164). En nuestra muestra, únicamente cuatro pacientes contaban con diagnóstico principal de TUS en el Eje1, sin embargo, es probable que el uso patológico de sustancias (incluso las controladas) sea mucho mayor, sin ser considerado como el diagnóstico principal. Se deberá dirigir más atención a esta comorbilidad en estudios subsecuentes ya que aparenta ser una población con mayor gravedad, disfunción y riesgo.

En relación a la escolaridad, se identificó una correlación positiva entre escolaridad de la paciente y la puntuación en ROs obsesivas. Los ítems del IPO que evalúan las ROs obsesivas hacen referencia a mantenerse al nivel más alto posible, ser muy estricto y rígido, necesitar ser muy cuidadoso y detallista, el uso de normas estrictas y a ser rechazado por ser muy exigente. Es posible que a pesar de que estas características generen dificultades interpersonales francas sean rasgos favorables en torno al rendimiento escolar y a la ambición académica. La escolaridad de la madre se relacionó positivamente con la puntuación de ROs patológicas de la paciente. Es posible que detrás de esa correlación exista una asociación entre el tiempo y la calidad de la atención que la madre dedica a la crianza lo cual pudiera perjudicar las relaciones objetales de la cría. A pesar de que la escolaridad materna se ha asociado a múltiples beneficios (165) (166) (167), no se descarta la posibilidad de que de manera indirecta resulte perjudicial para la cría en términos diádicos, resultando en menor tiempo invertido en la crianza, interviniendo con el desarrollo exitoso de la personalidad y el vínculo con la madre.

El número de hospitalizaciones se relacionó negativamente con la puntuación de ROs saludables lo cual habla de un grupo de pacientes con mayor gravedad. El número de hospitalizaciones se relacionó positivamente con la puntuación de ROs obsesivas lo cual pudiese tratarse de una correlación espuria.

A diferencia de otras poblaciones, es llamativo que no haya existido asociación entre los puntajes del RMET y las variables sociodemográficas y clínicas. Esto sugiere que, al menos en nuestra

población, el diagnóstico principal en Eje 1 y el tratamiento farmacológico no interfieren con la habilidad para responder el instrumento. También hace referencia a que la edad, el nivel socioeconómico y la escolaridad no se asocian a un mejor o peor rendimiento en la prueba. Lo anterior no significa que las distintas variables sociodemográficas y clínicas que se consideraron en este estudio no interfieran con las habilidades de mentalización (como se discutirá más adelante), sino que no se encontraron diferencias en relación a las puntuaciones del instrumento.

### **Habilidad para mentalizar y el funcionamiento en distintos dominios de personalidad**

El objetivo general de esta investigación consistió en determinar si existe relación entre la habilidad para mentalizar y distintos dominios de personalidad en una población clínica con Organización Limítrofe de Personalidad de nuestra institución.

Uno de los hallazgos con significancia estadística, como se observa en la Tabla 11.0, consistió en una asociación entre mayores puntajes en la escala de agresión y peor mentalización de afectos negativos. Con fines operativos del IPO y STIPO la agresión es definida por Kernberg y colaboradores como una conducta real o en fantasía dirigida hacia el otro para dañarlo, destruirlo, humillarlo, etc. Se menciona que puede ser una acción motriz o simbólica y que actúa desde temprano en el sujeto y se imbrica con la sexualidad. Dentro del IPO es evaluada por 18 ítems distintos, con ejemplos como: “disfruto viendo sufrir a otras personas”, “he dañado a alguien seriamente de manera intencionada”, “disfruto causando daño físico a los demás”, “me gusta que otros me teman”, “he amenazado con suicidarme”, “el sufrimiento de otras personas me resulta excitante”, “cuando la gente no comprende o enreda las cosas me enfado y me vuelvo hostil”, “es un gran alivio ser capaz de herirme, cortarme o causarme dolor físico a mí mismo”, “si quieres mantener el control tienes que asegurarte de que la gente te teme”, entre otros (ver Anexo para más información). Dentro de los afectos blanco con valencia negativa destacan ejemplos como ‘acusante’, ‘desafiante’, ‘hostil’, ‘desconfiado’, ‘suspica’, entre otros (ver Tabla 3.0).

Si partimos de que la mentalización interviene en la transformación y el refinamiento de las emociones y los impulsos, así como la capacidad de regulación afectiva (adecuada identificación de

los deseos y sentimientos de uno mismo) (99-101), estos hallazgos pudieran sugerir que al existir dificultades en la identificación de afectos negativos en el otro la regulación de estos mismos afectos y conductas sean deficientes en el sujeto.

Existe otra posibilidad, en donde una mayor expresión de rasgos de agresividad genere que afectos con valencia negativa tiendan a ser normalizados, pobremente identificados y por consecuencia más difícilmente mentalizados. Esto pudiera asociarse a la creciente evidencia que existe entre los antecedentes de violencia y abuso en pacientes con TLP (41-46).

Otro hallazgo con significancia estadística (ver Tabla 11.0) consistió en la asociación entre la presencia de ROs de tipo antisocial y una menor mentalización de afectos neutrales. Dentro del IPO, la presencia de ROs antisociales es evaluada por 5 ítems, los cuales consisten en: "A veces tienes que fingir que quieres a alguien para conseguir lo que quieres de él/ella", "lo que la gente tiene está repartido tan injustamente que me siento justificado/a para tomar cosas que no son mías si lo puedo hacer sin peligro", "no hay nada que yo quiera que el dinero no pueda comprar", "lo que realmente cuenta en la vida no es lo que la gente siente hacia ti, sino lo que tú le puedes sacar", "todas las relaciones consisten en tratar de sacar de los otros más de lo que ellos saquen de ti". Es entonces evidente que dentro de las relaciones descritas como antisociales existe siempre una transacción utilitaria, una ganancia matizada por manipulación y explotación, un beneficio parasitario por parte del sujeto, quien desconsidera y descarta al otro. Es decir, el otro únicamente es bueno o útil por los beneficios que pueda aportarme. No es entonces inesperado que estos sujetos tengan, a cierto grado, una desensibilización mayor, en donde los estados afectivos del otro (así como sus intenciones, sus deseos, etc) son vulnerados y desconsiderados.

Por lo tanto, no es sorprendente que si nos situamos en ese escenario interpersonal existan alteraciones en la mentalización, por lo que una de las hipótesis es que en sujetos con estos patrones vinculares exista un incremento en el umbral de reconocimiento afectivo. Es por eso que la mentalización de afectos neutros sea correlacionada negativamente con las ROs antisociales. Es decir, que se requiere mayor 'estímulo', mayor carga afectiva, para que dichos estados emocionales sean apropiadamente reconocidos, generando que únicamente exista una respuesta ante estados

afectivos intensos o más marcados. Algunos de esos afectos neutrales son evaluados en la RMET con ítems como: deseoso, incomodo, desanimado, ensimismado, cauteloso, escéptico, expectante, contemplativo, dubitativo, pensativo, interesado, reflexivo y serio, por nombrar algunos. La formación de relaciones interpersonales saludables sería inimaginable si el reconocimiento afectivo de estados neutrales fuera deficiente.

Esto podría explicar parte de la disfunción interpersonal del paciente antisocial donde la atención a los derechos del otro, la responsabilidad y cumplimiento de normas sociales, la prudencia ante la salud del otro y la presencia de remordimiento son características que dependen de la integridad y el adecuado funcionamiento de las habilidades mentalización. Este hallazgo es consistente con evidencia relacionada a la deficiencia en empatía y reconocimiento emocional asociada a individuos con características de personalidad antisocial (162) (163) (164) (165).

Sin embargo, el fenómeno antisocial es complejo y heterogéneo y no es posible obtener conclusiones al respecto con la población estudiada. Pacientes con características antisociales a menudo cuentan con una organización de personalidad limítrofe y la comorbilidad entre TLP y Trastorno Antisocial de la Personalidad es alta (10-30%), por lo cual es esperado que hayan existido pacientes con estas características clínicas en nuestra muestra.

Un tercer hallazgo es la asociación entre ROs narcisistas y una menor mentalización total. Dentro del IPO, las ROs narcisistas son evaluadas por los 8 ítems descritos a continuación: “Disfruto de encuentros sexuales breves con aquellos/as que también los disfrutan sin estar indefinidamente a la expectativa de relaciones duraderas”, “Evito implicarme con la gente que está por debajo de mi porque podrían rebajarme a su nivel”, “Todas las relaciones amorosas exclusivas son aburridas a largo plazo”, “Los demás me odian porque no pueden tolerar que me sienta tan seguro de mí mismo”, “No me preocupa tanto la opinión de los demás como a la mayoría de la gente”, “Una vez que encuentre a una persona verdaderamente perfecta, seré capaz de comprometerme en una relación auténtica, pero no antes” y “Me resulta difícil sentir el dolor que otros dicen tener”.

La descripción de las interacciones y las ROs de tipo narcisistas son explicadas desde el marco teórico de las relaciones objetales como relaciones interpersonales caracterizadas por la presencia de un *self* grandioso patológico, vinculadas a un estrecho sentido de superioridad en donde las relaciones son percibidas como un mero intercambio de bienes, en donde existe descalificación, devaluación e indiferencia sistemática hacia otros, acompañado de tendencia al aburrimiento, distanciamiento emocional, arrogancia, superficialidad, búsqueda constante de novedad, autoestima exagerada y una sensación de ser especial o único (166).

Si bien el IPO no es una herramienta diagnóstica, las relaciones objetales nos permiten ver estilos relacionales entre un sujeto y un otro significativo, ofreciendo una perspectiva a la forma en la que el *self* se vincula con un otro. Es aquí en donde este hallazgo no solo es relevante sino congruente con formulaciones teóricas del narcisismo.

En sujetos con patología narcisista se genera un falso *self* con la intención de evitar sentimientos de humillación, vergüenza, inferioridad y sumisión. Las relaciones caracterizadas por desprecio y devaluación del otro defienden al individuo de una necesidad profunda de cariño y amor, y es que depender emocionalmente de alguien sería completamente intolerable para estos individuos resultando en una absoluta aniquilación. Entonces, aquel *self* grandioso y autosuficiente expresa desconsideración e incluso negación de los estados afectivos del otro (166).

La co-ocurrencia entre el Trastorno de Narcisista de Personalidad (TNP) y el TLP es alta (37%) y aunque es un fenómeno clínico heterogéneo con un espectro de presentación amplio, es común que el TNP se encuentre dentro de una organización limítrofe de la personalidad, lo cual hace probable que pacientes de nuestra muestra tengan rasgos pertenecientes a dicho espectro (167) (168). Si bien su etiología precisa es desconocida hay evidencia de la influencia de los distintos estilos parentales en su desarrollo (169). Psicodinámicamente, en las personalidades narcisistas se introyecta de forma omnipotente un objeto parcial (totalmente bueno) primitivo, y/o se proyecta su propio *self* "hacia adentro", negando cualquier diferencia o separación entre el *self* y el objeto. Esto permite negar cualquier necesidad de dependencia de un objeto externo (167). Esto conduce a la inhabilidad para reconocer las necesidades y emociones de otros. Existen estudios de imagen cerebral en donde se



ha correlacionado empatía reducida y alexitimia a pacientes narcisistas (170). También se han observado alteraciones estructurales en insula anterior derecha, insula anterior izquierda, corteza rostral y medial del cíngulo y área dorsal y medial de la corteza prefrontal en pacientes narcisistas al ser comparados con controles. Estos circuitos han sido implicados en la representación neuronal de la empatía (171) (172). A pesar de la información limitada, existe evidencia empírica que asocia al TNP con una empatía emocional deficiente y una empatía cognitiva disfuncional (174). Lo anterior, independientemente del marco teórico que se revise, es consistente con nuestros hallazgos.

### **Mentalización y RMET**

Como se muestra en la *Tabla 8.0* el promedio de respuestas correctas en la RMET en nuestra población clínica fue de  $24.22 \pm 3.65$  (rango= 15-31 de un total de 36 ítems). Al comparar estos datos con otras poblaciones no clínicas (n= 484, 122 y 103) llama la atención que los puntajes son significativamente menores ( $27.20 \pm 3.82$ ,  $26.2 \pm 3.6$  y  $28.0 \pm 3.5$  respectivamente). Al comparar nuestros resultados con la única otra población clínica con la cual se cuenta con información completa (143) también se identifica un desempeño significativamente menor. Esta información contrasta con propuestas teóricas relacionadas a una hipermentalización en pacientes con patología limítrofe. Sin embargo, nuestro estudio ofrece evidencia suficiente que sugiere que no existe una mayor habilidad para mentalizar al comparar esta población utilizando la RMET.

En relación a los distintos ítems del RMET llama la atención que (como se observa en la *Tabla 9.0* y *10.0*, así como en la *Imagen 3.0*) al comparar con otras poblaciones el puntaje máximo por reactivo fue de 87.25% (ítems 23 y 4), mientras que en las otras poblaciones se obtuvieron puntajes máximos por reactivo de 91%, 94.2% y 96.36 %. Al comparar los resultados con la población argentina, en donde se aplicó la misma traducción del instrumento, llama la atención que para los primeros 3 ítems mejor respondidos en nuestra población (ítem 23 con 87.25%, ítem 4 con 87.25% e ítem 30 con 85.29%) se obtuvieron respuestas correctas en un 72.72%, 67.27% y 76.36%, respectivamente. Por lo contrario, los dos reactivos en donde la población argentina presentó porcentaje de respuestas correctas más alto (ítem 18 con 96.36% e ítem 14 con 94.54%) nuestra población obtuvo tan solo 77.45% y 78.43%, respectivamente. El afecto blanco (es decir, la respuesta correcta) de

dichos ítems fue *acusante* y *resuelto*, palabras que podrían no ser utilizadas de forma cotidiana por nuestra población.

En relación a las respuestas incorrectas, es también de llamar la atención que al analizar ítems que menos de la mitad de las participantes respondieron correctamente (es decir en donde se obtuvieron <50% de respuestas correctas), nuevamente fue nuestra población la que tuvo el desempeño más bajo, con cinco reactivos por debajo del 50%, comparado con cuatro para población argentina, uno para población abierta del Reino Unido y cero para población estudiantil del Reino Unido, siendo el mínimo de 25.49% (ítem 19) comparado con 45.45%, 50% y 52.4%, respectivamente. Se observa en común, que tanto para población mexicana y argentina, el ítem 19 (*dubitativo*) y 1 (*alegre*) obtuvieron en ambas poblaciones puntajes bajos (25.49 vs 47.27% y 43.14 vs 49.10%, respectivamente). Esto podría tener que ver con que el término 'dubitativo' no es usado con frecuencia y a que posiblemente haya existido cierta confusión en el primer ítem, al iniciar la prueba. Sin embargo, es llamativo que para el ítem 7 (*incómodo*) la población mexicana obtuvo un 36.27% de respuestas correctas contra 60% en población argentina. De forma contraria, para el ítem 31 (*confiado*) la población argentina tuvo 45.45% de respuestas correctas (su calificación más baja por ítem) mientras que la población mexicana tuvo 76.47%. Es tentativo atribuir dichas diferencias en variaciones de vocabulario entre las dos poblaciones. Es también probable que existan diferencias entre el significado o connotación que se atribuya a dichas palabras en función al afecto que se observa en la imagen. Tampoco se puede descartar que existan diferencias intrínsecas a las habilidades para mentalizar o percibir estados afectivos entre ambas poblaciones.

Durante la aplicación de pruebas que pretenden evaluar la mentalización, los participantes hacen alusión a una situación social hipotética, no real, en donde es poco probable que se activen estados afectivos o sistemas de apego a través de los cuales se generaría normalmente un proceso de mentalización. Además, la obtención de la información de contenido social es dentro de un entorno estructurado y controlado en donde es fácil enfocar la atención y tener mayor manejo emocional, sin estar desencadenando una reacción proveniente de un contexto o interacción social. Es decir que la prueba, la cual es realizada en un entorno seguro, sin la intensidad o dinamismo de una

activación afectiva real, parece involucrar y aludir a procesos de mentalización mucho más cognitivos, menos automáticos, lo cuales son más lentos y conscientes.

Es factible que esos mismos factores entren en juego al momento de responder la RMET y que únicamente en situaciones sociales reales, afectivamente intensas se afecte o minimice el proceso de mentalización. Es decir, podríamos decir que la prueba no genera los estados afectivos intensos y abrumadores que usualmente pudiéramos encontrar en las interacciones sociales donde precisamente este tipo de pacientes presenta dificultades.

Respecto a la RMET, se considera que evalúa un proceso particular de la mentalización, y a pesar de que hace alusión a estados afectivos e intenciones de otros se eliminan aspectos fundamentales de este proceso, como son otros aspectos multidimensionales y dinámicos de la mentalización. A pesar de que la mirada por sí misma es considerada una característica fundamental para el procesamiento emocional y social, simular o reproducir el reconocimiento afectivo e interacciones interpersonales complejas puede ser una tarea difícil. Y efectivamente es posible que se haga uso de una gran gama de operaciones cognitivas como la atención, la percepción, el reconocimiento, la descripción, la interpretación, la inferencia, la imaginación, la simulación, el recuerdo, la reflexión y la anticipación, sin embargo, sin lograr activar una representación emocional interna de lo que está sucediendo, dejando de lado el componente afectivo y vincular, el cual juega un papel fundamental en este tipo de patología (100) (101).

Baron-Cohen, autor de la RMET, admite que el uso de fotografías estáticas resta validez ecológica a la prueba, lo cual resulta evidente. También, al ser imágenes de actores, no se sabe si las expresiones representan una emoción que “sienten” o que “aparentan sentir”, lo cual nos distancia aún más de una experiencia afectiva y social real (149) (152).

### **Valencia afectiva**

En relación a los resultados obtenidos al clasificar los reactivos por valencia afectiva como se observa en la *Tabla 8.0*, al ser comparados con poblaciones estudiadas por Fertuck y colaboradores, se puede notar que nuestra población se comporta de una manera similar a la población no clínica,

presentando puntajes menores en comparación con pacientes TLP de EEUU. Es oportuno resaltar la aparente dificultad para la detección de afectos negativos en donde se obtiene 66.78% de respuestas correctas, mientras que en el estudio de Fertuck se registran 82.12% y 73% en poblaciones clínicas y no clínicas respectivamente. No se encontraron más estudios en donde se reportarán porcentajes de respuestas correctas por valencia afectiva.

## **IPO y Relaciones Objetales**

Llama la atención que en relación a otras poblaciones se obtuvieron puntajes considerablemente mayores a través de las 5 subescalas del IPO. Como se observa en la Tabla 7.0, incluso al ser comparadas con una población clínica de 371 pacientes, nuestra muestra obtuvo puntajes mayores en todas las subescalas. Lo anterior hace referencia a la población que normalmente es atendida en nuestra institución, la cual al ser de tercer nivel atiende casos de mayor gravedad. También, la Clínica de TLP (de donde se reclutaron las participantes) cuenta con criterios de exclusión e inclusión estrictos, por lo que se asume que las pacientes que reciben tratamiento regular en ese servicio tengan un trastorno de personalidad más grave. Dicho sesgo se extiende a otros hallazgos también.

El IPO cuenta con tres escalas primarias: Difusión de identidad, Defensas Primitivas y Prueba de Realidad. En un estudio realizado para la validación del IPO, se compara la versión de 1996 con el PDQ-4 (*Personality Diagnostic Questionnaire-4*), un instrumento autoaplicable de tamizaje para Trastornos de Personalidad según el DSM-IV. La población a quienes se les aplicaron los instrumentos se dividió en base a los resultados del PDQ-4 en tres niveles: Superior, Medio e Inferior, basado en los niveles de organización de personalidad propuestos por Kernberg (8). En la Tabla 13.0 se muestran los resultados comparados con nuestra población en donde se observa que a través de las escalas primarias las pacientes estudiadas se comportan de forma similar a pacientes que pertenecen a niveles de organización inferior. Lo anterior pudiese hacer alusión al sesgo de selección previamente mencionado.

La Teoría de las Relaciones Objetales (ROs) de Kernberg deriva de la teoría psicoanalítica y enfatiza las relaciones interpersonales, especialmente entre la madre y el niño. El "Objeto" hace referencia a una persona importante que es el objeto u objetivo de los sentimientos o intenciones de otra

persona. "Relaciones" se refiere a las relaciones interpersonales, haciendo referencia a relaciones pasadas que afectan a una persona en el presente.

Los teóricos de las relaciones de objeto están interesados en imágenes internas del Yo y del Otro y cómo se manifiestan en situaciones interpersonales. El IPO brinda información sobre 8 subtipos de ROs. Los ítems de estas 8 escalas han sido utilizados para evaluar las áreas de fortaleza o debilidad relativas a la organización de la personalidad. Además, brinda 2 escalas en relación a la calidad de ROs: saludables y patológicas. En la Tabla 6.0 se observa la media del porcentaje, la desviación estándar y el rango de respuesta de estos ítems en pacientes de nuestra muestra. Los tipos de ROs más frecuentes fueron Depresivo-Masoquistas ( $73.00 \pm 15.01$ ), Esquizoides ( $70.61 \pm 18.67$ ) y Paranoides ( $67.54 \pm 19.72$ ). En la Tabla 14.0 se muestran algunos de los ítems utilizados para la medición de dichos tipos de ROs.

**Tabla 13.0.** Comparación de Escalas Primarias

	<b>INPRFM (n=102)</b> <b>Media <math>\pm</math> DS (rango)</b>	<b>Muestra clínica de pacientes hospitalizados (n=130)</b> <b>Media <math>\pm</math> DS (rango) <sup>18</sup></b>
<b>Difusión de Identidad</b>	66.31 $\pm$ 18.00 (16-100)	Superior: 45.04 $\pm$ 13.95 (20-67)
		Medio: 60.22 $\pm$ 13.04 (30-80)
		Inferior: 68.42 $\pm$ 14.64 (39-93)
<b>Defensas Primitivas</b>	64.25 $\pm$ 19.82 (17-100)	Superior: 42.65 $\pm$ 11.90 (21-63)
		Medio: 54.45 $\pm$ 12.25 (34-90)
		Inferior: 64.37 $\pm$ 14.47 (30-95)
<b>Prueba de Realidad</b>	46.15 $\pm$ 20.15 (13-91)	Superior: 32.65 $\pm$ 9.06 (20-57)
		Medio: 43.46 $\pm$ 10.76 (26-74)
		Inferior: 52.71 $\pm$ 14.77 (28-97)

<sup>18</sup> Pacientes hospitalizados por patología de Eje1 y Eje2. Media de edad 30.73 (15-63), 101 mujeres, 82 blanco/caucásico, 60% solteros, nivel educativo variable. Esta muestra utilizó el IPO1996. Obtenido de Clarkin, Foelsch y Kernberg, Manual del Inventario de Organización de Personalidad IPO200, versión castellana de Ávila-Espada y M. Montero, Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad de Salamanca, España, 2000.

**Tabla 14.0 Relaciones Objetales más frecuentes y ejemplos de ítems que las describen**

<b>Dep-Masoq (73.00 + 15.01)</b>	<b>Esquizoides (70.61 + 18.67)</b>	<b>Paranoides (67.54 + 19.72)</b>
Reacciono demasiado fuertemente a las críticas de los demás.	Puedo parecer distante, pero soy consciente de los sentimientos de los demás.	Es importante pensar cuidadosamente lo que quieres compartir con otros, porque puede ser usado en tu contra.
Cuando la gente me ataca injustamente, más que enfadarme, me deprimó.	Todas las relaciones consisten en tratar de sacar de los otros más de lo que ellos saquen de ti.	Es importante controlarse mucho porque la tendencia natural de los otros es aprovecharse de nuestras debilidades.
Cuando tengo una relación íntima tardo mucho en darme cuenta en que me están utilizando y acabo de perdedor.	Me resulta muy difícil decir a la gente lo que siento mientras estamos juntos, pero cuando estoy solo/a puedo pensar en muchas cosas que me hubiera gustado decirles.	La experiencia me ha enseñado que es más seguro observar lo que los demás podrían estar tramando que simplemente dejarse llevar por las apariencias.
Estoy dispuesto/a a comprometerme totalmente en una relación amorosa pero decepcionantemente pocas personas son capaces de responder con un compromiso total. Termino preocupándome por alguien más de lo que ellos parecen preocuparse por mí y no sé por qué.	Tengo una gran sensibilidad sobre lo que le pasa a otras personas, pero me encuentro separado de ellos como si hubiera un grueso muro de cristal entre nosotros.	Tengo cuidado al relacionarme porque es peligroso ser demasiado confiado.
En general tengo mala suerte en mis relaciones amorosas.	A pesar de mi deseo de hacer amistades la gente tiende a rechazarme porque soy muy exigente.	

Es de llamar la atención que a pesar de que los tipos de ROs hacen referencia a modelos de interacciones interpersonales y propuestas vinculares hacia un otro, coinciden, en parte, con los trastornos de personalidad más comórbidos descritos en pacientes con TLP. En un estudio en donde se evaluaron a 484 pacientes con TLP se encontró que 73% contaban con un trastorno de personalidad comórbido, el más común fue con Trastorno Paranoide de Personalidad 25.8% y en segundo lugar Trastorno Depresivo de Personalidad con 24.8% (169).

En relación a la calidad de ROs, encontramos que  $73.51 \pm 5.70$  presentaban ROs saludables, mientras que  $64.22 \pm 16.07$  contaba con ROs patológicas. En la Tabla 15.0 se muestran algunos ítems de ejemplo de dichas escalas.

**Tabla 15.0** *Calidad de Relaciones Objetales con ejemplos de ítems que las describen*

<b>ROs Saludables (<math>73.51 \pm 5.70</math>)</b>	<b>ROs Patológicas (<math>64.22 \pm 16.07</math>)</b>
Una relación amorosa o una amistad profunda me hace apreciar la vida de una manera que sería imposible sin tenerlas.	El ser yo sexualmente atractivo/a para otras personas me hace sentirme bien, pero me gustaría que no esperaran de mí que me sienta atraído/a o excitado/a por ellos.
Comentar un problema serio a un amigo íntimo ayuda mucho, incluso aunque él o ella no puedan ayudarme directamente a resolverlo.	Me resulta muy difícil decir a la gente lo que siento mientras estamos juntos, pero cuando estoy solo/a puedo pensar en muchas cosas que me hubiera gustado decirles.
Sentir el amor y el aprecio de la gente que es importante para mí me ayuda en la vida diaria incluso cuando estamos separados.	Es importante pensar cuidadosamente lo que quieres compartir con otros, porque puede ser usado en tu contra.
Es más importante para mí tener el amor y la estima de unos pocos amigos íntimos que el aplauso de mucha gente que realmente no me conoce.	A veces tienes que fingir que quieres a alguien para conseguir lo que quieres de él/ella.
Para mí, una de las experiencias más emocionantes es encontrar a una persona que comparta mis valores, intereses o las cosas que aprecio.	Otras personas se molestan conmigo porque me ven como inconsistente o contradictorio en mi relación con ellos.
Me resultan dolorosas las separaciones largas de aquellos que me importan.	Disfruto de encuentros sexuales breves con aquellos/as que también los disfrutan sin estar indefinidamente a la expectativa de relaciones duraderas.
Una obra de arte, un buen libro, la buena música, una buena película me llenan de alegría y me compensan de los lados oscuros de la vida.	Llego a ser muy estricto y rígido con los demás y me arriesgo a perder su amistad.

Llama la atención la alta prevalencia de ROs patológicas, propias de una población clínica de tercer nivel, la cual se caracterizaría por una mayor problemática social y mayor disfunción interpersonal.

Es importante aclarar que el IPO es un instrumento que está diseñado para interpretarse de forma individual en relación a la presentación clínica de cada caso (8). Es decir, proporciona una perspectiva dimensional al funcionamiento de personalidad del individuo. Por lo cual los resultados en relación a estos puntajes deben tomarse con reserva.

## CONCLUSION

Existieron distintos hallazgos significativos asociados a la habilidad para mentalizar y la organización de personalidad. Dentro de ellos destacan que (1) a mayor agresividad existe menor mentalización de afectos con valencia afectiva negativa, esto pudiera sugerir que al existir dificultades en la identificación de afectos negativos en el otro la regulación de estos mismos afectos y conductas sean deficientes en el sujeto. Otra propuesta es la tendencia a normalizar afectos y conducta agresiva dada la historia de negligencia y trauma que a menudo acompaña a estas pacientes. También se observó que (2) a mayores ROs Antisociales existe menor mentalización de afectos neutrales, sugiriendo que en sujetos con estos patrones vinculares existe un incremento en el umbral de reconocimiento afectivo, es decir, que se requiere mayor 'estímulo', mayor carga afectiva, para que dichos estados emocionales sean apropiadamente reconocidos, generando que únicamente exista una respuesta ante estados afectivos intensos o más marcados. Esto es compatible con evidencia que sugiere alteraciones empáticas en personas con características antisociales. El tercer (3) hallazgo consistió en la presencia de mayores ROs Narcisistas y menor mentalización total, en donde la presencia de un *self* grandioso y autosuficiente expresa desconsideración e incluso negación de los estados afectivos del otro, esto permite negar cualquier dependencia afectiva hacia un objeto externo. Los hallazgos anteriores tienen congruencia teórica con la evidencia disponible actualmente.

A través de hallazgos indirectos se identifica que se trata de una población con trastorno de personalidad grave y organización de personalidad de funcionamiento bajo, característica de un muestreo clínico en una institución de tercer nivel. Algunos de estos ejemplos son la alta comorbilidad médica y psiquiátrica, el alto uso de antipsicóticos, la desvalorización moral y la alta prevalencia de relaciones objetales patológicas. Se identificó que la población TLP con TUS cursaba



con mayor gravedad y disfunción, por lo que se deberá dirigir mayor atención a esta población particularmente vulnerable. También se encontró que las ROs más prevalentes en nuestra población son consistentes con las comorbilidades de personalidad más comunes en el TLP.

Las pacientes evaluadas en este estudio presentaron una habilidad de mentalización significativamente menor en comparación a otras poblaciones clínicas y no clínicas lo que contrasta significativamente con la existencia de un fenómeno de hipermentalización, al menos a través de este instrumento. Tampoco existieron correlaciones con ninguna variable sociodemográfica y clínica en relación a los puntajes del RMET. Lo anterior sugiere que el instrumento hace dudosa la evocación real de estados afectivos, lo cual hace cuestionable el fenómeno que se pretende medir. Es probable que el instrumento haga referencia a un proceso de mentalización más controlado y cognitivo, en donde no se explora el mundo afectivo, que es en donde a menudo existe disfunción en este tipo de patología. Tampoco se descartan diferencias atribuidas a la traducción y vocabulario utilizado en el instrumento, lo cual amerita mayor estudio y adaptación del mismo. En ese sentido será necesario considerar el desarrollo de nuevos paradigmas para medir y evaluar mentalización, los cuales cuentan con mayor consistencia y validez ecológica.

El presente estudio aporta a la creciente evidencia que apunta a la existencia de alteraciones en los procesos de mentalización en pacientes con organización limítrofe, sin embargo, la relación entre estos fenómenos pudiera ser más compleja de lo que se creía. Se deberá dirigir mayor investigación a la dinámica vincular y a la disfunción interpersonal que existe en esta patología lo cual genera un costo alto a la salud mental de esta población clínica.

## ANEXOS

### Escalas

#### *Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)*

##### · Instrucciones

Por cada par de ojos, elija y encierre en un círculo la palabra que mejor describa lo que la persona de la foto piensa o siente. Le puede parecer que más de una palabra es aplicable, pero por favor elija sólo una palabra, aquélla que usted considere más apropiada. Antes de hacer su elección, asegúrese de haber leído las 4 palabras. Deberá tratar de realizar esta tarea lo más rápido posible, aunque no se le tomará el tiempo. Si realmente no sabe el significado de una palabra puede buscarla en la tabla de definiciones.

### Lectura de la Mirada (adultos)

#### Práctica

Celoso/a

Aterrado/a



Arrogante

Odioso/a

### Parte I

Alegre

Compasivo / a



Irritado/a

Aburrido/a

Aterrorizado/a

Preocupado/a



Arrogante

Molesto/a

2

Chistoso/a

Conmocionado/a



Deseoso/a

Convencido/a

3

Chistoso/a

Insistente



Divertido/a

Relajado/a

4

Irritado/a

Sarcástico



Preocupado/a

Simpático/a

5

Aterrado/a

Soñador/ra



Impaciente

Alarmado/a

6

Apenado/a

Simpático/a



Incómodo/a

Desanimado/a

7

Desanimado/a

Aliviado/a



Tímido/a

Excitado/a

8

Molesto/a

Hostil



Horrorizado/a

Ensimismado/a

9

Cauteloso/a

Insistente



Aburrido/a

Aterrado/a

10

Aterrorizado/a

Divertido/a



Arrepentido/a

Adulador/a

11

Indiferente

Abochornado/a



Escéptico/a

Desanimado/a

12

Resuelto/a

Expectante



Amenazante

Tímido/a

13

Irritado/a

Desilusionado/a



Deprimido/a

Acusante

14

Irritado/a

Pensativo/a



Alentador/ra

Comprensivo/a

16

## Parte II

Contemplativo/a

Conmocionado/a



Alentador/a

Divertido/a

15

Dubitativo/a

Cariñoso/a



Alegre

Aterrado

17

Resuelto/a

Divertido/a



Aterrado/a

Aburrido/a

18

Arrogante

Agradecido/a



Sarcástico/a

Dubitativo/a

19

Abochornado/a

Soñador/a



Confundido/a

Aterrado/a

21

Satisfecho/a

Apenado/a



Desafiante

Curioso/a

23

Dominante

Simpático/a



Culpable

Horrorizado/a

20

Ensimismado/a

Agradecido/a



Insistente

Implorante

22

Pensativo/a

Irritado/a



Excitado/a

Hostil

24

Aterrado/a

Incrédulo/a



Desanimado/a

Interesado/a

25

Chistoso/a

Cauteloso/a



Arrogante

Tranquilizador/a

27

Impaciente

Aterrado/a



Irritado/a

Reflexivo/a

29

Alarmado/a

Tímido/a



Hostil

Ansioso/a

26

Interesado/a

Chistoso/a



Cariñoso/a

Satisfecho/a

28

Agradecido/a

Coqueteador/a



Hostil

Desilusionado/a

30

Avergonzado/a

Confiado/a



Chistoso/a

Desanimado/a

31

Abochornado/a

Culpable



Soñador/a

Intranquilo/a

33

Desconcertado/a

Nervioso/a



Insistente

Contemplativo/a

35

Serio/a

Avergonzado/a



Desconcertado/a

Alarmado/a

32

Aterrado/a

Desconcertado/a



Desconfiado/a

Aterrorizado/a

34

Avergonzado/a

Nervioso/a



Suspicaz

Indeciso/a

36



## Glosario

ABOCHORNADO/A	avergonzado/a Jenny se sintió muy <b>abochornada</b> por olvidar el nombre de un colega.
ACUSANTE	echar la culpa El policía estaba <b>acusando</b> al hombre de robar una billetera
ADULADOR/A	descarado, insolente, burlón, pícaro Connie fue acusada de <b>adular</b> cuando le guiñó el ojo a un extraño en la fiesta
ADUSTO/A	Severo/a, estricto/a, firme El maestro se veía muy <b>adusto</b> cuando regañó a la clase
AGRADECIDO/A	agradecido/a Nelly estaba muy <b>agradecida</b> por la amabilidad demostrada por el extraño
ALARMADO/A	temeroso/a, preocupado/a, lleno/a de ansiedad Claire se <b>alarmó</b> al pensar que la seguían cuando se dirigía a su casa
ALEGRE	Contento, satisfecho/a Luego de una linda caminata y una buena comida, David se sentía muy <b>contento</b>
ALEGRE	muy animado/a y divertido/a Neil se sentía <b>alegre</b> en su fiesta de cumpleaños
ALENTADOR/A	esperanzado/a, motivador/a, contenedor/a Todos los padres <b>alentaban</b> a sus hijos el día de deportes en la escuela
ALIVIADO/A	libre de preocupación o ansiedad En el restaurante, Ray se sintió <b>aliviado</b> al descubrir que no había olvidado su billetera
ALTERADO	agitado/a, preocupado/a, incómodo/a El hombre estaba muy <b>alterado</b> cuando su madre falleció
AMENAZADOR/A	que amenaza, intimida El borracho corpulento actuaba de manera muy <b>amenazadora</b>
ANSIOSO/A	preocupado, tenso, inquieto La estudiante estaba <b>ansiosa</b> antes de dar sus finales
APENADO/A	lamentarse El mozo se mostró apenado por haber derramado la sopa sobre el cliente.
ARREPENTIDO/A	apenado/a Lee siempre se <b>arrepintió</b> de no haber viajado nunca cuando era más joven
ARROGANTEE	engreído, presumido, tiene una gran opinión de sí mismo El hombre <b>arrogante</b> pensó que sabía más de política de nadie en la sala
ATERRADO/A	Horrorizado/a, estupefacto/a, alarmado/a Jane se <b>aterró</b> al descubrir que habían entrado ladrones a su casa
ATERRADO/A	angustiado/a, sensación de terror o ansiedad Al despertarse y encontrar la casa en llamas, toda la familia se <b>aterró</b>
ATERRORIZADO/A	alarmado/a, temeroso/a El niño se <b>aterrorizó</b> cuando pensó que había visto un fantasma
AVERGONZADO/A	sentirse abrumado/a por la vergüenza o la culpa El niño se sintió <b>avergonzado</b> cuando su madre lo descubrió robando dinero de su cartera.
CARIÑOSO/A	que demuestra cariño por alguien La mayoría de las madres son <b>cariñosas</b> con sus hijos dándoles muchos besos y abrazos
CAUTELOSO/A	Cuidadoso/a, precavido/a Sarah era algo <b>cautelosa</b> cuando hablaba con alguien extraño
CELOSO/A	envidioso/a Tony estaba <b>celoso</b> de todos los chicos más altos y más buenos mozos de su clase.
CHISTOSO/A	ser gracioso/a, bromista

	Gary siempre estaba <b>bromeando</b> con sus amigos
COMPASIVO/A	que brinda consuelo, que da compasión La enfermera <b>consolaba</b> al soldado herido.
COMPENSIVO/A	amable, compasivo/a La enfermera se mostró <b>compensiva</b> cuando le transmitió al paciente las malas noticias
CONFIADO/A	seguro/a de sí mismo/a, cree en sí mismo/a El tenista <b>confiaba</b> mucho en ganar su partido
CONFUNDIDO/A	Desconcertado/a, perplejo/a Lizzie estaba tan <b>confundida</b> por las instrucciones que le dieron que se perdió
CONMOCIONADO/A	confundido/a, nervioso/a y alterado/a Sarah se sintió un poco <b>conmocionada</b> al darse cuenta lo atrasada que estaba para la reunión y que había olvidado un documento importante
CONTEMPLATIVO/A	reflexivo/a, pensativo/a, caviloso/a John se veía <b>contemplativo</b> en la víspera de cumplir sus 60 años
CONVENCIDO/A	certero/a, absolutamente positivo/a Richard estaba <b>convencido</b> de que había tomado la decisión correcta
CULPABLE	lamentarse por hacer algo mal Charlie se sentía <b>culpable</b> por tener una aventura
CURIOSO/A	inquisitivo/a, preguntador/a, entrometido/a Louise tenía <b>curiosidad</b> por el paquete de forma rara
DECIDIDO/A	tomar una decisión El hombre estaba <b>decidiendo</b> a quién votar en las elecciones.
DEPRIMIDO/A	Abatido/a George se <b>deprimió</b> al no recibir ninguna tarjeta de cumpleaños
DESAFIANTE	insolente, atrevido, no le importa lo que piensen los demás El manifestante permanecía <b>desafiante</b> aun después de ser enviado a prisión
DESANIMADO/A	pesimista, desconsolado/a, sin esperanza Gary estaba <b>desanimado</b> al no conseguir el empleo que deseaba
DESANIMADO/A	apesadumbrado, abatido, deprimido Adam estaba <b>alicaído</b> por no aprobar sus exámenes
DESCONCERTADO/A	totalmente confundido/a, perplejo/a, aturdido/a El niño estaba <b>desconcertado</b> cuando visitó la gran ciudad por primera vez
DESCONCERTADO/A	perplejo/a, apabullado/a, confundido/a Después de hacer las palabras cruzadas durante una hora, June seguía <b>desconcertada</b> por una pista
DESCONFIADO/A	suspicious, dubitativo, cauteloso La anciana <b>desconfiaba</b> del extraño en su puerta.
DESEOSO/A	pasión, apetito, anhelo Kate tenía un fuerte <b>deseo</b> por el chocolate
DESILUSIONADO/A	disgustado/a, descontento/a Los fans del Manchester United estaban <b>desilusionados</b> por no ganar el campeonato
DIVERTIDO/A	algo hace gracia Me <b>divertí</b> con un chiste gracioso que alguien me contó
DOMINANTE	confiado/a, dominante, seguro/a de sí mismo/a La mujer <b>dominante</b> exigió que el negocio le hiciera un reembolso.
DOMINANTE	autoritario/a, mandón/a El sargento mayor parecía <b>dominante</b> cuando inspeccionaba a los nuevos reclutas
DUBITATIVO	indeciso/a, inseguro/a, cauteloso/a Andrew <b>dudó</b> un poco cuando entró a la sala llena de extraños

DUBITATIVO/A	dudoso/a, con sospecha, no cree en realidad Mary <b>dudaba</b> de que su hijo le estuviera diciendo la verdad.
DUDOSO/A	dubitativo/a, con sospecha Peter estaba <b>dudoso</b> cuando le ofrecieron un televisor extremadamente barato en un bar
ENSIMISMADO/A	absorto/a, enfrascado/a en los propios pensamientos La preocupación por su madre hacía que Debbie estuviera <b>ensimismada</b> en el trabajo
ENTRETENIDO/A	absorto/a y divertido/a o contento/a por algo Me <b>entretuve</b> mucho con el mago
ENTUSIASTA	tener ganas En la mañana de Navidad, los niños tenían <b>entusiasmo</b> por abrir sus regalos
ENTUSIASTA	muy ansioso/a, con ganas Susan se estaba muy <b>entusiasmada</b> acerca de su nuevo plan de salud
ESCÉPTICO/A	Dubitativo/a, suspicaz, receloso/a Patrick parecía <b>escéptico</b> cuando alguien le leía el horóscopo
ESPERANZADO/A	optimista Larry tenía <b>esperanzas</b> de que el correo le trajera buenas noticias
EXPECTANTE	esperanzado/a Al comienzo del partido de fútbol, los fans estaban a la <b>expectativa</b> de un gol rápido
FASCINADO/A	cautivado/a, realmente interesado/a En la playa, los niños estaban <b>fascinados</b> con las criaturas de la piscina de roca
HONESTO/A	con una intención seria Harry era muy <b>honesto</b> acerca de sus creencias religiosas
HORRORIZADO/A	aterrado/a, espantado/a El hombre se <b>horrorizó</b> al enterarse de que su nueva esposa ya estaba casada
HOSTIL	antipático/a Los dos vecinos se trataban con <b>hostilidad</b> debido a una discusión por música fuerte
IMPACIENTE	Inquieto/a, con deseo de que pase algo rápido Jane se <b>impacientaba</b> cada vez más mientras esperaba a su amiga que ya llevaba 20 minutos de demora
IMPLORANTE	rogar, suplicar Nicola se veía <b>implorante</b> cuando trataba de convencer a su padre de que le prestara el auto
INCÓMODO/A	inquieto/a, aprensivo/a, atribulado/a Karen se sintió un poco <b>incómoda</b> por aceptar que la trajera en auto el hombre que había conocido recién ese día
INCRÉDULO/A	que no cree Simon no <b>creyó</b> que él se había ganado la lotería
INDECISO	Inseguro/a, vacilante, incapaz de decidirse Tammy era tan <b>indecisa</b> que ni siquiera podía decidir qué almorzar
INDIFERENTE	desinteresado/a, insensible, no le importa A Ferry le resultaba totalmente <b>indiferente</b> si iban al cine o al bar
INSISTENTE	demandante, persistente, perseverante Después de una salida de trabajo, Frank <b>insistió</b> en pagar toda la cuenta
INSULTANTE	grosero/a, ofensivo/a La hinchada <b>insultó</b> al árbitro cuando cobró un penal.
INTERESADO/A	preguntador/a, curioso/a Después de ver Jurassic Park, Hugo se <b>interesó</b> mucho por los dinosaurios
INTRANQUILO/A	preocupado/a, turbado/a El doctor se <b>intranquilizó</b> cuando su paciente empeoró.
INTRIGADO/A	muy curioso/a, muy interesado/a

	Una llamada telefónica misteriosa <b>intrigó</b> a Zoe.
IRRITADO/A	exasperado/a, molesto/a Frances estaba <b>irritada</b> por todo el correo basura que recibía.
MOLESTO/A	irritado, contrariado Jack se <b>molestó</b> al descubrir que había perdido el último colectivo para volver a su casa
NERVIOSO/A	aprensivo/a, tenso/a, preocupado/a Justo antes de su entrevista laboral, Alice se sintió muy <b>nerviosa</b>
ODIOSO	demostrar mucho desagrado Las dos hermanas se <b>odiaban</b> y siempre peleaban
OFENDIDO/A	insultado/a, herido/a, sentirse dolido/a Cuando alguien hizo una broma acerca de su peso, Martha se sintió <b>ofendida</b>
PENSATIVO/A	pensar en algo un poco preocupado/a Susie se veía <b>pensativa</b> cuando se dirigía a encontrarse con los padres de su novio por primera vez.
PENSATIVO/A	pensar sobre algo Phil se mostró <b>pensativo</b> cuando se sentó a esperar a la novia con la que estaba por cortar
PERPLEJO/A	apabullado/a, desconcertado/a, confundido/a Frank estaba <b>perplejo</b> por la desaparición de los gnomos de su jardín
PREOCUPADO	Ansioso/a, impaciente, atribulado/a Cuando su gato se perdió, la niña estaba muy <b>preocupada</b>
REFLEXIVO/A	contemplativo/a, pensativo/a George se mostraba <b>reflexivo</b> cuando pensaba en qué había hecho de su vida
RELAJADO/A	sereno/a, calmo/a, sin preocupaciones En vacaciones, Pam se sintió feliz y <b>relajada</b>
RESENTIDO/A	amargo/a, hostil El empresario tuvo mucho <b>resentimiento</b> hacia su joven colega que había sido promovido por encima de él
RESUELTO/A	decisión ya tomada Jane se veía muy <b>resuelta</b> al entrar al centro electoral
SARCÁSTICO/A	cínico/a, burlón/a, desdeñoso/a El humorista hizo un comentario <b>sarcástico</b> cuando alguien ingresó tarde al teatro
SATISFECHO/A	contento/a, realizado/a Steve se sintió muy <b>satisfecho</b> después de haber conseguido justo el departamento que él quería
SERIO/A	solemne, formal El gerente del banco se veía <b>serio</b> cuando le rechazó a Nigel un sobregiro
SIMPÁTICO/A	sociable, amigable La <b>simpática</b> niña indicó a los turistas cómo llegar al centro de la ciudad
SOÑADOR/A	hacerse ilusiones Emma <b>soñaba</b> con ser una estrella de cine
SUSPICAZ	que no cree, sospecha, duda Después de Sam había perdido su billetera por segunda vez en el trabajo, comenzó a <b>sospechar</b> de uno de sus colegas
TEMEROSO/A	aterrorizado/a, preocupado/a En las oscuras calles, las mujeres sintieron <b>temor</b> .
TRANQUILIZADOR/A	contenedor/a, alentador/a, que inspira confianza Andy trataba de parecer <b>tranquilizador</b> cuando le decía a su esposa que su vestido nuevo no le quedaba bien
TURBADO/A	confundido/a, desconcertado/a, atónito/a Los detectives estaban completamente <b>turbados</b> por el crimen

## Hoja de Registro

Número de registro:

Fecha:

P	celoso/a	aterrado/a	arrogante	odioso/a
1	alegre	compasivo/a	irritado/a	aburrido/a
2	aterrorizado/a	preocupado/a	arrogante	molesto/a
3	chistoso/a	conmocionado/a	deseoso/a	convencido/a
4	chistoso/a	insistente	divertido/a	relajado/a
5	irritado/a	sarcástico/a	preocupado/a	simpático/a
6	aterrado/a	soñador/a	impaciente	alarmado/a
7	apenado/a	simpático/a	incómodo/a	desanimado/a
8	desanimado/a	aliviado/a	tímido/a	excitado/a
9	molesto/a	hostil	horrorizado/a	ensimismado/a
10	cauteloso/a	insistente	aburrido/a	aterrado/a
11	aterrorizado/a	divertido/a	arrepentido/a	adulador/a
12	indiferente	abochornado/a	escéptico/a	desanimado/a
13	resuelto/a	expectante	amenazante	tímido/a
14	irritado/a	desilusionado/a	deprimido/a	acusante/a
15	contemplativo/a	conmocionado/a	alentador/a	divertido/a
16	irritado/a	pensativo/a	alentador/a	comprensivo/a
17	dubitativo/a	cariñoso/a	alegre	aterrado/a
18	resuelto/a	divertido/a	aterrado/a	aburrido/a
19	arrogante	agradecido/a	sarcástico/a	dubitativo/a
20	dominante	simpático/a	culpable	horrorizado/a
21	abochornado/a	soñador/a	confundido/a	aterrado/a
22	ensimismado/a	agradecido/a	insistente	implorante
23	satisfecho/a	apenado/a	desafiante	curioso/a
24	pensativo/a	irritado/a	excitado/a	hostil
25	aterrado/a	incrédulo/a	desanimado/a	interesado/a
26	alarmado/a	tímido/a	hostil	ansioso/a
27	chistoso/a	cauteloso/a	arrogante	tranquilizador/a
28	interesado/a	chistoso/a	cariñoso/a	satisfecho/a
29	impaciente	aterrado/a	irritado/a	reflexivo/va
30	agradecido/a	coqueteador/a	hostil	desilusionado/a
31	avergonzado/a	confiado/a	chistoso/a	desanimado/a
32	serio/a	avergonzado/a	desconcertado/a	alarmado/a
33	abochornado/a	culpable	soñador/a	intranquilo/a
34	aterrado/a	desconcertado/a	desconfiado/a	aterrorizado/a
35	desconcertado/a	nervioso/a	insistente	contemplativo/a
36	avergonzado/a	nervioso/a	suspicaz	indeciso/a

**Inventario para la Organización de la Personalidad (IPO)**

· Escala

**IPO****INVENTARIO DE ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD**J.F. Clarkin, P.A. Foelsch y O. F. Kernberg*Adaptación española (2000) de*A. Ávila-Espada, G. Cabello y M. Montero**2000****INSTRUCCIONES**

Las siguientes páginas contienen frases que la gente usa para describirse a sí mismos. Intente ser tan sincero como pueda al calificar las frases que describan exactamente sus sentimientos y actitudes.

Lea cada frase y decida cómo se aplica a usted en sus actitudes, sentimientos, pensamientos y relaciones diarias. Después anote el número que más se ajuste a lo que le sucede en la hoja de respuestas. Si la frase no tiene nada que ver con usted responda con el nº1 que significa que “nunca”. Si la frase se ajusta totalmente a usted, responda con el nº5 que significa “siempre”. Si su respuesta no es “siempre” (nº5) o “nunca” (nº1), use los números 2, 3 y 4 para indicar la frecuencia o intensidad relativa que la frase le represente. En algunas frases se tocan dos temas, tenga en cuenta ambos para dar su respuesta.

No hay tiempo límite para rellenar el cuestionario, pero es mejor trabajar lo más rápidamente que pueda. Sería mejor poner la primera respuesta que le venga a la mente. Por favor conteste a todas las preguntas.

1	2	3	4	5
Nunca verdadero	Raramente verdadero	Algunas veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre verdadero

- Una relación amorosa o una amistad profunda me hace apreciar la vida de una manera que sería imposible sin tenerlas.
- Comentar un problema serio a un amigo íntimo ayuda mucho, incluso aunque él o ella no puedan ayudarme directamente a resolverlo.
- Sentir el amor y el aprecio de la gente que es importante para mí me ayuda en la vida diaria incluso cuando estamos separados.
- Es más importante para mí tener el amor y la estima de unos pocos amigos íntimos que el

aplauzo de mucha gente que realmente no me conoce.

5. Para mí, una de las experiencias más emocionantes es encontrar a una persona que comparta mis valores, intereses o las cosas que aprecio.
6. Me resultan dolorosas las separaciones largas de aquellos que me importan.
7. Tengo una gran sensibilidad sobre lo que le pasa a otras personas, pero me encuentro separado de ellos como si hubiera un grueso muro de cristal entre nosotros.
8. Me siento como un farsante o impostor, como si los otros me vieran de un modo bastante distinto de cómo soy.
9. Me han dicho que disfruto viendo sufrir a otras personas.
10. Siento que mis gustos y opiniones no son realmente los míos, sino que los he tomado prestados de otras personas.
11. He perdido buenos amigos porque cuando estábamos en desacuerdo en cuanto al modo de resolver un problema no podía soportarlo y ellos terminaban la relación.
12. He dañado a alguien seriamente de manera intencionada.
13. No estoy seguro/a de que, si la voz que he oído, o algo que he visto, es real o me lo imagino.
14. Creo que he visto cosas, que cuando las miro con más atención, resultan ser otracosa.
15. El ser yo sexualmente atractivo/a para otras personas me hace sentirme bien, pero me gustaría que no esperaran de mí que me sienta atraído/a o excitado/a por ellos.
16. Me resulta muy difícil decir a la gente lo que siento mientras estamos juntos, pero cuando estoy solo/a puedo pensar en muchas cosas que me hubiera gustado decirles.
17. He dañado seriamente a alguien, pero fue en defensa propia.
18. Me es difícil confiar en las personas porque a menudo se vuelven contra mi o me traicionan.
19. Puedo oír o ver cosas que nadie más puede oír o ver.
20. Me han dicho que trato de controlar a otros intentando hacerles sentir culpables.
21. Oigo cosas que otras personas dicen que no existen.
22. He oído y visto cosas cuando no hay razón aparente para ello.
23. Es importante pensar cuidadosamente lo que quieres compartir con otros, porque puede ser usado en tu contra.
24. Me relaciono con gente que realmente no me gusta porque me resulta difícil decir que no.
25. Disfruto causando daño físico a los demás.
26. Una obra de arte, un buen libro, la buena música, una buena película me llenan de alegría y me compensan de los lados oscuros de la vida.
27. Me sorprendo haciendo cosas que en otras ocasiones consideraría poco prudentes, como teniendo relaciones sexuales promiscuas, mintiendo, bebiendo, teniendo rabietas o infringiendo la ley en asuntos pequeños.
28. Descuido mi salud física.
29. A veces tienes que fingir que quieres a alguien para conseguir lo que quieres de él/ella.
30. La gente dice que me comporto de manera contradictoria.
31. No puedo decir si ciertas sensaciones físicas que tengo son reales o me las estoy imaginando.
32. Sólo puedes obtener lo que quieres dañándote a ti mismo/a o amenazando a otros con hacerte daño.
33. Cuando me ven como vencedor, me siento muy contento, y cuando me ven como a un fracasado, me siento destrozado.
34. Temo que la gente que llega a ser importante para mi cambien sus sentimientos hacia mí de repente.
35. Comprendo y se cosas que nadie más es capaz de comprender o saber.
36. Me comporto de manera que a otros les parece impredecible o errática.
37. Me gusta que otros meteman.
38. Otras personas se molestan conmigo porque me ven como inconsistente o contradictorio en mi relación

con ellos.

39. No puedo evitar rascarme, pellizcarme o hacer otras cosas que los demás consideran dolorosas, pero que relajan la tensión.
40. Después de comprometerme con la gente me sorprende al descubrir lo que realmente son.
41. Ya que todo el mundo finge estar preocupado por los demás y por los valores morales, tú tienes que seguirles la corriente.
42. He visto cosas que no existen en realidad.
43. Disfruto de encuentros sexuales breves con aquellos/as que también los disfrutan sin estar indefinidamente a la expectativa de relaciones duraderas.
44. Me encuentro haciendo cosas que me parecen aceptables mientras las estoy haciendo, pero más tarde no puedo creer que las hiciera.
45. Me controlo bien cuando todo está en orden y en su sitio, pero cuando la gente no comprende o enreda las cosas me enfado y me vuelvo hostil.
46. Disfruto haciendo sufrir a otras personas.
47. No puedo decir si simplemente quiero que algo sea verdad o si realmente lo es.
48. Es un gran alivio ser capaz de herirme, cortarme o causarme dolor físico a mí mismo.
49. Disfruto de actividades que otros consideran peligrosas.
50. Afortunadamente estoy liberado de muchos de los sentimientos de culpabilidad que molestan a otros y restringen sus vidas.
51. Si quieres mantener el control tienes que asegurarte de que la gente te teme.
52. El sufrimiento de otras personas me resulta excitante.
53. Llego a ser muy estricto y rígido con los demás y me arriesgo a perder su amistad.
54. Uno no puede juzgar los sentimientos reales de los demás por su conducta superficial porque lo que ves puede estar manipulado.
55. Reacciono demasiado fuertemente a las críticas de los demás.
56. He amenazado con suicidarme.
57. Soy una persona amistosa pero pierdo la paciencia, me pongo hostil y más tarde lo lamento.
58. Todo el mundo robaría si no tuviera miedo de que lo pillasen.
59. Lo que la gente tiene está repartido tan injustamente que me siento justificado/a para tomar cosas que no son mías si lo puedo hacer sin peligro.
60. Es difícil para mí estar solo/a.
61. Hay momentos en los que mi comportamiento se adecua a lo que me han enseñado que es moral y otros en los que me he comportado de una manera inmoral o amoral.
62. La gente pretende sentirse culpable cuando en realidad sólo tiene miedo de que le pillen.
63. Puesto que todo el mundo intenta aprovecharse, es mejor buscar mi propio beneficio que ser un ingenuo.
64. Cuando estoy seguro/a de que quiero mucho a una persona es cuando mi relación sexual es más satisfactoria y gratificante.
65. Puedo llegar muy lejos con un poco de ayuda de mis amigos.
66. Es importante controlarse mucho porque la tendencia natural de los otros es aprovecharse de nuestras debilidades.
67. Cuando la gente me ataca injustamente, más que enfadarme, me deprimó.
68. En general tengo mala suerte en mis relaciones amorosas.
69. Cuando tengo una relación íntima tardo mucho en darme cuenta en que me están utilizando y acabo de perderlo.
70. Estoy dispuesto/a a comprometerme totalmente en una relación amorosa pero decepcionantemente pocas personas son capaces de responder con un compromiso total.
71. Terminó preocupándome por alguien más de lo que ellos parecen preocuparse por mí y no sé por qué.
72. Me preocupo por no parecer demasiado absorbente de manera que termino por aislarme de lo que



podrían ser unas experiencias satisfactorias con los demás.

73. Me sorprendo cuando la gente piensa bien de mi porque soy muy crítico conmigo mismo.
74. Siempre me preocupo mucho de no ser demasiado exigente con la gente.
75. Tengo cuidado al relacionarme porque es peligroso ser demasiado confiado.
76. Evito implicarme con la gente que está por debajo de mi porque podrían rebajarme a su nivel.
77. No les gusto a los demás porque intento mantenerme al nivel más alto posible.
78. Necesito ser muy cuidadoso y detallista al explicarme con los demás, y eso a veces repercute en la comunicación.
79. Es muy decepcionante que tanta gente se acerque a mi sólo por el sexo.
80. Con el tiempo, la gente reacciona negativamente ante mí por mis normas estrictas.
81. No hay nada que yo quiera que el dinero no pueda comprar.
82. Me gustaría parecer atractivo/a pero me irrita lo fácilmente que eso se toma como insinuación sexual.
83. Todas las relaciones amorosas exclusivas son aburridas a largo plazo.
84. La gente me toma por distante e inaccesible y sin embargo deseo estar cerca de ellos. 85- A pesar de mi deseo de hacer amistades la gente tiende a rechazarme porque soy muy
85. exigente.
86. A veces odio totalmente a una persona y otras veces la adoro, la amo profundamente.
87. Los demás me odian porque no pueden tolerar que me sienta tan seguro de mí mismo.
88. Llego a confundirme tanto en mis relaciones con los demás que tengo dificultades en descubrir cómo es su verdadera personalidad.
89. Tengo tendencia a implicarme demasiado con los demás y terminan por sentirme como un estorbo.
90. Soy tan abierto con mis sentimientos que corro el riesgo de que los demás me vean infantil.
91. No me preocupa tanto la opinión de los demás como a la mayoría de la gente.
92. La experiencia me ha enseñado que es más seguro observar lo que los demás podrían estar tramando que simplemente dejarse llevar por las apariencias.
93. Lo que realmente cuenta en la vida no es lo que la gente siente hacia ti, sino lo que tú le puedes sacar.
94. Cuando intimo con la gente, tengo dificultad en evitar grandes peleas.
95. Tengo mucha sensibilidad para ver qué les pasa a otras personas, pero me resulta difícil hacerles saber hasta qué punto les comprendo.
96. Puedo parecer distante, pero soy consciente de los sentimientos de los demás.
97. Todas las relaciones consisten en tratar de sacar de los otros más de lo que ellos saquen de ti.
98. Desearía ser más extrovertido en vez de terminar sintiéndome aislado en las reuniones, incluso con los amigos íntimos.
99. Una vez que encuentre a una persona verdaderamente perfecta, seré capaz de comprometerme en una relación auténtica, pero no antes.
100. Me resulta difícil sentir el dolor que otros dicen tener.

---

Ha terminado. Muchas Gracias por su colaboración

.

.

.

**IPO**

**INVENTARIO DE ORGANIZACIÓN  
DE LA PERSONALIDAD**

2000

HOJA DE RESPUESTAS (10/00)

Sujeto:

Sexo: M

H

Edad: \_\_\_

1	2	3	4	5
Nunca verdadero	Raramente verdadero	Algunas veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre verdadero

- |          |          |          |           |
|----------|----------|----------|-----------|
| 1 _____  | 27 _____ | 53 _____ | 79 _____  |
| 2 _____  | 28 _____ | 54 _____ | 80 _____  |
| 3 _____  | 29 _____ | 55 _____ | 81 _____  |
| 4 _____  | 30 _____ | 56 _____ | 82 _____  |
| 5 _____  | 31 _____ | 57 _____ | 83 _____  |
| 6 _____  | 32 _____ | 58 _____ | 84 _____  |
| 7 _____  | 33 _____ | 59 _____ | 85 _____  |
| 8 _____  | 34 _____ | 60 _____ | 86 _____  |
| 9 _____  | 35 _____ | 61 _____ | 87 _____  |
| 10 _____ | 36 _____ | 62 _____ | 88 _____  |
| 11 _____ | 37 _____ | 63 _____ | 89 _____  |
| 12 _____ | 38 _____ | 64 _____ | 90 _____  |
| 13 _____ | 39 _____ | 65 _____ | 91 _____  |
| 14 _____ | 40 _____ | 66 _____ | 92 _____  |
| 15 _____ | 41 _____ | 67 _____ | 93 _____  |
| 16 _____ | 42 _____ | 68 _____ | 94 _____  |
| 17 _____ | 43 _____ | 69 _____ | 95 _____  |
| 18 _____ | 44 _____ | 70 _____ | 96 _____  |
| 19 _____ | 45 _____ | 71 _____ | 97 _____  |
| 20 _____ | 46 _____ | 72 _____ | 98 _____  |
| 21 _____ | 47 _____ | 73 _____ | 99 _____  |
| 22 _____ | 48 _____ | 74 _____ | 100 _____ |
| 23 _____ | 49 _____ | 75 _____ |           |
| 24 _____ | 50 _____ | 76 _____ |           |
| 25 _____ | 51 _____ | 77 _____ |           |
| 26 _____ | 52 _____ | 78 _____ |           |

**IPO 2000**
**INVENTARIO DE ORGANIZACIÓN  
DE LA PERSONALIDAD  
CLAVE Y HOJA DE CORRECCIÓN MANUAL.**

**Instrucciones de corrección:** Cada escala está indicada abajo con su nombre y el número total de items que la integran (“N= #”). El número que precede al espacio en blanco es el número de item. Anota la puntuación de la respuesta para cada item en los espacios en blanco. Cuando todas las respuestas de los items estén puestas en la hoja de puntuación, suma las respuestas, coloca la suma en el espacio en blanco que sigue al signo igual (“=”). Divide la suma total por el número que sigue a la línea diagonal (“/”). El número utilizado para dividir la suma es el número total de items de la escala multiplicado por cinco (máxima puntuación de item posible). Este número se multiplica después por cien (“100”) para obtener la puntuación en porcentaje. Estas son las escalas:

DEFENSAS PRIMITIVAS N = 5

$$18 \quad 27 \quad 30 \quad 36 \quad 44 \quad = ( \quad / 25 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

DIFUSION DE LA IDENTIDAD N = 6

$$10 \quad 24 \quad 33 \quad 34 \quad 40 \quad 60 \quad = ( \quad / 30 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

PRUEBA DE REALIDAD N = 9

$$13 \quad 14 \quad 19 \quad 21 \quad 22 \quad 31 \quad 35 \quad 42 \quad 47 \quad = ( \quad / 45 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

### Escalas cualitativas

RELACIONES OBJETALES PATOLÓGICAS N=8

$$15 \quad 16 \quad 23 \quad 29 \quad 38 \quad 43 \quad 53 \quad 55 \quad = ( \quad / 40 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

VALORES MORALES N=11

$$8 \quad 27 \quad 41 \quad 44 \quad 50 \quad 54 \quad 58 \quad 59 \quad 61 \quad 62 \quad 63 \quad = ( \quad / 55 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

AGRESION N=18

$$9 \quad 11 \quad 12 \quad 17 \quad 20 \quad 25 \quad 28 \quad 32 \quad 37 \quad 39 \quad 45 \quad 46 \quad 48 \quad 49 \quad 51 \quad 52 \quad 56 \quad 57 \quad = ( \quad / 90 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

RELACIONES OBJETALES SALUDABLES N=9

$$1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 26 \quad 64 \quad 65 \quad = ( \quad / 45 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

### Escalas del Tipo de Relaciones Objetales

ORA - ANTISOCIAL N = 5

$$29 \quad 59 \quad 81 \quad 93 \quad 97 \quad = ( \quad / 25 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

ORD -DEPRESIVO-MASOQUISTA N = 9

$$55 \quad 67 \quad 68 \quad 69 \quad 70 \quad 71 \quad 72 \quad 73 \quad 74 \quad = ( \quad / 45 ) * 100 = \boxed{\quad} \%$$

ORH - HISTERICO N = 3

$$15 \text{ \_\_\_ } 79 \text{ \_\_\_ } 82 \text{ \_\_\_ } = ( \text{ \_\_\_\_\_\_ } / 15 ) * 100 = \boxed{\text{ \_\_\_\_\_\_ }} \%$$

ORI - INFANTIL N = 6

$$38 \text{ \_\_\_ } 86 \text{ \_\_\_ } 88 \text{ \_\_\_ } 89 \text{ \_\_\_ } 90 \text{ \_\_\_ } 94 \text{ \_\_\_ } = ( \text{ \_\_\_\_\_\_ } / 30 ) * 100 = \boxed{\text{ \_\_\_\_\_\_ }} \%$$

ORN - NARCISISTA N = 7

$$43 \text{ \_\_\_ } 76 \text{ \_\_\_ } 83 \text{ \_\_\_ } 87 \text{ \_\_\_ } 91 \text{ \_\_\_ } 99 \text{ \_\_\_ } 100 \text{ \_\_\_ } = ( \text{ \_\_\_\_\_\_ } / 35 ) * 100 = \boxed{\text{ \_\_\_\_\_\_ }} \%$$

ORO - OBSESIVO N = 5

$$53 \text{ \_\_\_ } 77 \text{ \_\_\_ } 78 \text{ \_\_\_ } 80 \text{ \_\_\_ } 85 \text{ \_\_\_ } = ( \text{ \_\_\_\_\_\_ } / 25 ) * 100 = \boxed{\text{ \_\_\_\_\_\_ }} \%$$

ORP - PARANOIDE N = 4

$$23 \text{ \_\_\_ } 66 \text{ \_\_\_ } 75 \text{ \_\_\_ } 92 \text{ \_\_\_ } = ( \text{ \_\_\_\_\_\_ } / 20 ) * 100 = \boxed{\text{ \_\_\_\_\_\_ }} \%$$

ORS - ESQUIZOIDE N = 6

$$7 \text{ \_\_\_ } 16 \text{ \_\_\_ } 84 \text{ \_\_\_ } 95 \text{ \_\_\_ } 96 \text{ \_\_\_ } 98 \text{ \_\_\_ } = ( \text{ \_\_\_\_\_\_ } / 30 ) * 100 = \boxed{\text{ \_\_\_\_\_\_ }} \%$$

## Carta de consentimiento informado para participantes



### Carta de consentimiento informado para pacientes.

Nombre del estudio: Mentalización y dimensiones de la organización limítrofe de la personalidad

Código para el estudio: \_\_\_\_\_

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Para participar se solicita su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

#### Objetivo del estudio:

El objetivo es conocer si existe relación entre la organización de personalidad y la habilidad para detectar emociones a través de la prueba “Leer la Mente en los Ojos”. Esto ayudara a determinar qué áreas de la personalidad pudieran estar involucradas en el reconocimiento de las emociones de los otros, también llamado mentalización, específicamente en pacientes con una organización de personalidad de tipo limítrofe.

Se llevará a cabo por medio de entrevistas de aproximadamente treinta minutos a una hora con los pacientes que acepten participar en el estudio de manera voluntaria y anónima.

#### Procedimiento del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por uno clínico del Instituto durante aproximadamente treinta minutos a una hora. Se le harán preguntas sobre su historia personal y familiar, las cuales no serán diferentes a las que se hacen a los pacientes que son entrevistados para saber qué es lo que padecen y como poder ayudarles. Se le preguntaran sobre datos clínicos y demográficos y se les aplicara la prueba “Leer la Mente en los Ojos” en la cual observará distintos rostros y deberá responder la emoción que se encuentra expresada.

#### Pasos a seguir:

- a) Para participar se solicita su cooperación voluntaria, pero si usted no desea participar no tiene que hacerlo; si decide no participar esto no afectara de ninguna manera su atención usual en el Instituto.
- b) La entrevista no tendrá ningún costo.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse del mismo en cualquier momento en que usted lo decida.

#### Ventajas y Beneficios:

- a) Usted de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes a comprender mejor cómo influyen las distintas características de la organización de la personalidad en la lectura de emociones a través de la mirada. Contribuirá a la información que se tiene actualmente respecto a la lectura facial de emociones y a los trastornos de personalidad.

- b) Se le proporcionará gratuitamente un tríptico con información y ejemplos de ejercicios que pueden ser útiles para el manejo de emociones negativas.

**Riesgos:**

- a) Existe la posibilidad de que durante es estudio usted sienta cierta incomodidad emocional. Si esto ocurre puede informarlo inmediatamente al investigador, quien en un clínico preparado para ayudarle y canalizarle al servicio que usted requiera.

**Confidencialidad:**

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el investigador principal del estudio, el Dr. Grisha Suquet Unkind, residente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” al teléfono 41605275, o con el Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suarez, subdirector de hospitalización de la misma institución al teléfono 41605275, la cual está ubicada en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.**

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

---

Nombre del participante	Firma del participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

---

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

---

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

---

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

## REFERENCIAS

1. S, Freud. *Die Traumdeutung. Gesammelte Werke Bd. II/III*. Frankfurt am Main : Fischer Taschenbuchverlag, 1900.
2. H, Hartmann. *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York : International Universities Press, 1958.
3. *Descripción de la organización estructural de la personalidad de los adolescentes que cursaron primer semestre en un programa de psicología de la ciudad de Barranquilla*. Reytez-Ruiz L, Rusoo AR. 2, s.l. : *Psychologia: avances de la disciplina*, 2009, Vol. 2.
4. OF, Kernberg. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York : Jason Aronson, 1975.
5. —. *Severe personality disorders*. New Haven : Yale University Press, 1984.
6. R, Florenzano. *Breve historia del psicoanálisis*. Santiago : Editorial Universitaria, 1999.
7. OPD-2, OPD Task Force: Operationalized Psychodynamic Diagnosis —. *Manual of Diagnosis and Treatment Planning*. Cambridge MA : Hogrefe & Huber Publishers, 2008.
8. Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg O. Versión castellana de Avila-Espada A, Montero M. *Manual del Inventario de Organización de la Personalidad IPO2000*. Salamanca : Universidad de Salamanca, 2000.
9. Wallerstein RS, DeWitt K, Hartley D, Rosenberg SE, Zilberg N. *The Scales of Psychological Capacities. Version 1*. . San Francisco : University of California , 1989.
10. Association, American Psychiatric. *Version en español del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington : American Psychiatric Association, 2013.
11. *The structural interviewing*. Kernberg, OF. s.l. : Psychiatr North Am, 1981, Vol. 4.
12. Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF. *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. New York : Weill Medical College of Cornell University, 1995.
13. *The inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample*. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. s.l. : *Psychol Assess*, 2001, Vol. 13.
14. *Structured interview of personality organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample*. Stern BL, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield KL, Horz S, MacCornack V, Lenzenweger MF, Kernberg OF. s.l. : *J Personal Assess*, 2010, Vol. 92.
15. Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF. *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. New York : Weill Medical College of Cornell University, 2003.
16. Kernberg OF, Caligor E, Clarkin JF, Lenzenweger MF. *Major theories of personality disorders*. New York : Guilford, 2005.
17. *Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample*. Stern B, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield KL, Horz S, MacCornack V, Lenzenweger MF, Kernberg OF. 1, s.l. : *Journal of Personality Assessment*, 2010, Vol. 92.
18. Clarkin JF, Lenzenweger MF. *Major theories of personality disorder*. New York : Guilford Press, 1996.
19. S, Hörz. *A Prototype of Borderline Personality Organization – Assessed by the Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Hamburg : Verlag Dr. Kovac, 2007.
20. *Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial*. Doering S, Horz S, Rentrop M. s.l. : *Br J Psychiatry* , 2010, Vol. 196.
21. *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. s.l. : *J Clin Psychiatry*, 2008, Vol. 69(4):533.
22. *DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. s.l. : *Biol Psychiatry*, 2007, Vol. 62(6):553.
23. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), Fourth edition, Text revision*. Washington DC : American Psychiatric Association, 2000.
24. *Borderline personality disorder in primary care*. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Lantigua R, Weissman MM. s.l. : *Arch Intern Med*, 2002, Vol. 162(1):53.
25. *The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients*. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. s.l. : *Am J Psychiatry*. , 2005, Vol. 162(10):1911.
26. Benjamin James Sadock, Virgia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 11th . New York : Lippincott Williams & Wilkins, 2015.
27. *Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study*. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Bender DS, McGlashan TH, Gunderson JG, Zanarini MC. s.l. : *Compr Psychiatry*, 2003, Vol. 44(4):284.
28. *Ethnicity and four personality disorders*. Chavira DA, Grilo CM, Shea MT, Yen S, Gunderson JG, Morey LC, Skodol AE, Stout RL, Zanarini MC, McGlashan TH. s.l. : *Compr Psychiatry* , 2003, Vol. 44(6):483.
29. *Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time*. Shea MT, Stout RL, Yen S, Pagano ME, Skodol AE, Morey LC, Gunderson JG, McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Bender DS, Zanarini MC. s.l. : *J Abnorm Psychol*, 2004, Vol. 113(4):499.
30. *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. s.l. : *Am J Psychiatry*, 1998, Vol. 155(12):1733.
31. *Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder*. Zimmerman M, Mattia JJ. s.l. : *Compr Psychiatry* , 1999, Vol. 40(4):24.
32. *Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children*. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. s.l. : *Science*, 2002, Vol. 297(5582):851.
33. *A twin study of personality disorders*. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K, Kringlen E. s.l. : *Compr Psychiatry*, 2000, Vol. 41(6):416.

34. *The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study.* Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Røysamb E, Tambs K, Torgersen S, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T. s.l. : Arch Gen Psychiatry. , 2008, Vol. 65(12):1438.
35. *Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries.* . Distel MA, Trull TJ, Derom CA, et al. s.l. : Psychol Med, 2008, Vol. 38:1219.
36. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder.* . Linehan, MM. New York : Guilford Press, 1993.
37. *The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model.* Stanley B, Siever LJ. s.l. : Am J Psychiatry., 2010, Vol. 167(1):24.
38. *5-HT1A dysfunction in borderline personality disorder.* Hansenne M, Pitchot W, Pinto E, Reggers J, Scantamburlo G, Fuchs S, Pirard S, Ansseau M. s.l. : Psychol Med., 2002, Vol. 32(5):935.
39. *Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: a voxel-based morphometry study.* Soloff P, Nutche J, Goradia D, Diwadkar V. s.l. : Psychiatry Res. , 2008, Vol. 164(3):223.
40. *The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review.* AC, Ruocco. s.l. : Psychiatry Res. , 2005, Vol. 137(3):191.
41. *Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder.* MC, Zanarini. s.l. : Psychiatr Clin North Am., 2000, Vol. 23(1):89.
42. *Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder.* MC, Zanarini. s.l. : Psychiatr Clin North Am., 2000, Vol. 23(1):89.
43. *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder.* Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. s.l. : Am J Psychiatry. , 1997, Vol. 154(8):1101.
44. *Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood.* Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. s.l. : Arch Gen Psychiatry. , 1999, Vol. 56(7):600.
45. *Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study.* Fossati A, Madeddu F, Maffei C. s.l. : J Pers Disord. ;, 1999, Vol. 13(3):268.
46. *Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis.* Klonsky ED, Moyer A. s.l. : Br J Psychiatry. , 2008, Vol. 192(3):166.
47. *Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients.* Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. s.l. : Am J Psychiatry., 2000, Vol. 157(10):1629.
48. *Borderline personality disorder.* Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. s.l.: Lancet. , 2004, Vol. 364(9432):453.
49. *Gunderson, JG, Links, PS. Borderline Personality Disorder, A Clinical Guide.* Washington DC : American Psychiatric Press, 2008.
50. *Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder.* Korfine L, Hooley JM. s.l. : J Abnorm Psychol. , 2000, Vol. 109(2):214.
51. *Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation.* Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, Gore JC, Olson IR, McGlashan TH, Wexler BE. s.l. : Biol Psychiatry. , 2003, Vol. 54(11):1284.
52. *Reasons for self-mutilation reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up.* Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice G. s.l. : J Pers Disord., 2013, Vols. 27(6):783-94.
53. *Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis.* Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. s.l. : Nord J Psychiatry. , 2005, Vol. 59(5):319.
54. *Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder.* J, Paris. s.l. : Harv Rev Psychiatry., 2002, Vol. 10(6):315.
55. *The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up.* Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. s.l. : J Pers Disord., 2005, Vols. 19(5):505-23.
56. *Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up.* Soloff PH, Fabio A. s.l. : J Pers Disord. , 2008, Vol. 22(2):123.
57. *Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood.* Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. s.l. : Acta Psychiatr Scand., 2008, Vols. 118(5):410-3.
58. *Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients.* Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. s.l. : J Pers Disord. , 2004, Vols. 18(6):526-41.
59. *Borderline personality disorder in adolescence.* Kaess M, Brunner R, Chanen A. s.l. : Pediatrics, 2014, Vols. 134(4):782-93.
60. *Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder.* Kleindienst N, Limberger MF, Schmahl C, Steil R, Ebner-Priemer UW, Bohus M. s.l. : J Nerv Ment Dis., 2008, Vol. 196(11):847.
61. *Positive childhood experiences: resilience and recovery from personality disorder in early adulthood.* Skodol AE, Bender DS, Pagano ME, Shea MT, Yen S, Sanislow CA, Grilo CM, Daversa MT, Stout RL, Zanarini MC, McGlashan TH, Gunderson JG. s.l. : J Clin Psychiatry., 2007, Vol. 68(7):1102.
62. *Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder.* Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. s.l. : Am J Psychiatry., 2006, Vol. 163(5):827.
63. *Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study.* Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. s.l. : Am J Psychiatry., 2010, Vol. 167(6):663.
64. *Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study.* Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. s.l. : Am J Psychiatry. , 2012, Vols. 169(5):476-83.
65. *Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study.* Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC,



- Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE. s.l. : Arch Gen Psychiatry. , 2011, Vols. 68(8):827-37.
66. *Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years.* Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, Stout RL, Morey LC, Sanislow CA, Grilo CM, Zanarini MC, McGlashan TH. s.l. : Psychol Med. , 2005, Vol. 35(3):443.
67. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.* American Psychiatric Association. Guidelines, American Psychiatric Association Practice. s.l. : Am J Psychiatry. , 2001, Vol. 158(10 Suppl):1.
68. *Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years.* Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. s.l. : J Pers Disord. , 2005, Vol. 19(1):19.
69. *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications.* Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME, Stout RL. s.l. : J Pers Disord. , 2005, Vol. 19(5):487.
70. *Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder.* P, Tyler. s.l. : Personal Ment Health. , 2009, Vol. 3:86.
71. *Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders.* McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Zanarini MC, Bender D, Stout RL, Yen S, Pagano M. s.l. : Am J Psychiatry. , 2005, Vol. 162(5):883.
72. First, MB, Frances, A, Pincus, HA. *DSM-IV Guidebook.* Washington, D.C : American Psychiatric Press, Inc, 2004.
73. *Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications.* Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. s.l. : Harv Rev Psychiatry. , 2006, Vols. 14(5):249-56.
74. *Confronting myths and stereotypes about borderline personality disorder.* R, Hersh. s.l. : Soc Work Ment Health. , 2008, Vol. 6:13.
75. *State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder.* Morey LC, Shea MT, Markowitz JC, Stout RL, Hopwood CJ, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Yen S, Sanislow CA, Skodol AE. s.l. : Am J Psychiatry, 2010, Vols. 167(5):528-35.
76. *Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder.* Lequesne ER, Hersh RG. s.l. : J Psychiatr Pract. , 2004, Vols. 10(3):170-6.
77. *Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation.* Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. s.l. : Acta Psychiatr Scand., 2000, Vols. 102(4):265-75.
78. *Childhood personality pathology: dimensional stability and change.* de Clercq B, van Leeuwen K, van den Noortgate W, de Bolle M, de Fruyt F. s.l. : Dev Psychopathol. , 2009, Vols. 21(3):853-69.
79. Organization, World Health. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision.* s.l. : World Health Organization, 2007.
80. First, MB, Gibbon, M, Spitzer, RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II).* Washington, D.C : American Psychiatric Press, Inc., 1997.
81. *The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties.* Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, Steil R, Philipsen A, Wolf M. s.l. : Psychopathology., 2009, Vol. 42(1):32.
82. *Borderline personality disorder: recognition and management.* [En línea] National Institute for Health and Clinical Excellence, 01 de 2009. [Citado el: 05 de 08 de 2016.] <https://www.nice.org.uk/guidance/CG78>.
83. *The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome.* J, Paris. s.l. : Annu Rev Clin Psychol. , 2009, Vol. 5:277.
84. Health, National Collaborating Centre for Mental. *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management.* Leicester, UK : British Psychological Society, 2009.
85. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder.* Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. s.l. : Cochrane Database Syst Rev. , 2012, Vol. 15;(8).
86. *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder.* Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. s.l. : Arch Gen Psychiatry., 2006, Vol. 63(7):757.
87. *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy.* Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. s.l. : Arch Gen Psychiatry. , 2006, Vol. 63(6):649.
88. *The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial.* Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, Palmer S. s.l. : J Pers Disord., 2006, Vol. 20(5):450.
89. *8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual.* Bateman A, Fonagy P. s.l. : Am J Psychiatry., 2008, Vol. 165(5):631.
90. *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study.* Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. s.l. : Am J Psychiatry. , 2007, Vol. 164(6):922.
91. *Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder.* Bateman A, Fonagy P. s.l. : Am J Psychiatry. , 2009, Vol. 166(12):1355.
92. *Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials.* Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. s.l. : J Clin Psychiatry., 2010, Vol. 71(1):14.
93. *Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials.* Lieb K, Völlm B,

- Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. s.l. : Br J Psychiatry. , 2010, Vol. 196(1):4.
94. *Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms.* Mercer D, Douglass AB, Links PS. s.l. : J Pers Disord., 2009, Vol. 23(2):156.
95. *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders.* Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Möller HJ, WFSBP Task Force on Personality Disorders, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). s.l. : World J Biol Psychiatry. , 2007, Vol. 8(4):212.
96. *Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials.* Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. s.l. : Int Clin Psychopharmacol. , 2006, Vol. 21(6):345.
97. *Treatment histories of borderline inpatients.* Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. s.l. : Compr Psychiatry. , 2001, Vol. 42(2):144.
98. Allen Jon G, Fonagy Peter, Bateman Anthony W. *Mentalizing in Clinical Practice.* Washington DC : American Psychiatric Publishing , Inc, 2008.
99. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide.* New York : Oxford University Press, 2006.
100. *Mentalización, apego y regulación emocional.* Graell Amat Angelina, Lanza Castelli Gustavo. Barcelona : Asociación Catalana de Atención Precoz, 2014, Vol. 3.
101. Holmes, J. *Mentalizing from a psychoanalytic perspective: what's new?* England : John Wiley & Sons Ltd., 2006. págs. 31-49.
102. Bowlby. *Attachment and Loss Vol. 1. Attachment.* London : Hogarth Press, 1969.
103. *Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient.* P, Fonagy. s.l. : Int J Psychoanal, 1991, Vol. 71, págs. 639-656.
104. *Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities.* P, Fonagy. s.l. : Int J Psychoanal, 1995, Vol. 76, págs. 39-44.
105. *Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad.* Sabrina Sanchez Quintero, Irene de la Vega. s.l. : Acción Psicológica , 2013, Vols. volumen 10, número 1, 21-32.
106. *Mentalization based treatment for borderline personality disorder.* Bateman A, Fonagy P. s.l. : World Psychiatry , 2010, Vols. 9, 11-15.
107. *What's in a Face? Mentalizing in Borderline Personality Disorder Based on Dynamically Changing Facial Expressions.* B.Lowyck, P. Luyten, D. VanWalleghem, R. Vermote, L.C Mayes, M.J. Crowley. 2016, Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment., Vols. Vol. 7, No. 1, 72–79.
108. *Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder.* Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A. 2015, Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, Vol. 6, págs. 380-392.
109. *Evaluando la mentalización .* Castelli, Lanza. s.l. : Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia , 2013, Vol. num 1.
110. *El pasaje de la mentalización a la equivalencia psíquica. Sus consecuencias clínicas.* Castelli, Lanza. 15, s.l. : Revista de Psicoanálisis, 2013. 1688-0129.
111. *Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning.* Lecours. s.l. : International Journal of Psychoanalysis, 2007, Vol. 88, págs. 895-915.
112. *The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology.* Sharp, C., & Fonagy, P. 2008, Social Development,, Vol. 17, págs. 737-754.
113. *The relationship of maternal mentalization and executive functioning to maternal recognition of infant cues and bonding.* Turner JM, Wittkowski A, Hare DJ. 4, s.l. : Br. J. Psychol, 2008, Vol. 99, págs. 499-512.
114. *Rethinking maternal sensitivity: mothers'.* Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. 5, s.l. : J. Child Psychol. Psychiatry, 2001, Vol. 42, págs. 679-700.
115. *Attachment and reflective function: their role in self-organization.* Fonagy P, Target M. 4, s.l. : Dev. Psychopathol1997, Vol. 9, págs. 637-648.
116. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment.* New York : Oxford University Press, 2004.
117. Bateman A, Fonagy P., *Hanbook of mentalizing in mental health practice.* Washington DC : American Psychiatric Publishing, 2012. págs. 463-509.
118. *Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): study protocol for a randomized controlled trial.* Beck E, Bo S, Gondan M, Poulsen S, Pedersen L, Pedersen J, Simonsen E. 314 , s.l. : Trials, 2016, Vol. 17.
119. *Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial.* Bateman A, Fonagy P. 10, s.l. : Am J Psychiatry., 1999, Vol. 156.
120. *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up.* Bateman A, Fonagy P. 1, s.l. : Am J Psychiatry., 2001, Vol. 158.
121. *Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial.* Rossouw TI, Fonagy P. 12, s.l. : J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012, Vol. 51, págs. 1304-1313.
122. *Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: a pilot study.* Laurensen EM, Feenstra DJ, Busschbach JJ, Hutsebaut J, Bales DL, Luyten P. 1, s.l. : Psychotherapy, 2014, Vol. 51, págs. 159-166.
123. *Does chimpanzee have a theory of mind?* Premack D, Woodruff G. s.l. : Behav Brain Sci , 1978, Vols. 4: 9-30.
124. *¿Qué es la teoría de la mente?* J. Tirapu-Ustárróz, G. Perez-Sayes. s.l. : Revista de Neurología, 2007, Vols. 44 (8): 479-489.
125. Peter Fonagy, Ian Goodyer. *Social Cognition and Developmental Psychopathology.* s.l. : Oxford University Press, 2008.
126. Baron-Cohen S, Taler-Flusberg H, Cohen DJ. *Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience.* 2a. New York : Oxford University Press, 2000.

127. *Are autistic children 'behaviorists'? An examination of their mental-physical and appearance-reality distinctions.* S, Baron-Cohen. s.l. : J Autism Dev Disord, 1989, Vols. 19: 579-600.
128. *Presence and representation: the origins of 'theory of mind'.* AM, Leslie. s.l. : Psychol Rev, 1987, Vol. 94, págs. 412-36.
129. *Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis.* Bora E, Pantelis, C. s.l. : Schizophr. Res., 2013, Vols. 144(1-3), págs. 31-36.
130. *Does the autistic child have a 'theory of mind'?* Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. s.l. : Cognition, 1985, Vol. 21, págs. 37-46.
131. *Recognizing and reasoning about mental states: Understanding orbitofrontal contributions to theory of mind and autism.* MA, Sabbagh. s.l. : Brain Cogn, 2004, Vol. 55, págs. 209-219.
132. *A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder.* Fonagy P, Luyten P. s.l. : Dev. Psychopathol, 2009, Vol. 21, págs. 1355-1381.
133. *Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of Borderline Personality Disorder.* Choi-Kain LW, Gunderson JG. s.l. : Am. J. Psychiatry, 2008, Vol. 165, págs. 1127-1135.
134. *Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits.* Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. 2011, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 50, págs. 563-573.
135. *The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure.* Müller C, Kaufhold J, Overbeck G, Grabhorn R. 4, s.l. : Psychol. Psychother, 2006, Vol. 76, págs. 485-494.
136. *The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder.* Fischer-Kern M, Buchheim A, Hörz S, Schuster P, Doering S, Kapusta ND. 4, s.l. : Psychoanal. Psychol, 2010, Vol. 27, págs. 395-409.
137. *Elevated emotional reactivity in affective but not cognitive components of theory of mind: A psychophysiological study.* Kalbe E, Grabenhorst F, Brand M, Kessler J, Hilker R, Markowitsch HJ. s.l. : J. Neuropsychol, 2007, Vol. 1, págs. 27-38.
138. FS, Anderson. *Bodies in Treatment; The unspoken dimension.* Hillsdale : The Analytic Press, Inc, 2007. págs. 51-77.
139. *Mentalization and theory of mind in borderline personality organization: exploring the differences between affective and cognitive aspects of social cognition in emotional pathology.* Dominika Górska, Monika Marszał. 3, s.l. : Psychiatr. Pol., 2014, Vol. 48, págs. 503-513.
140. *Is there a 'Language of the Eyes'? Evidence from normal adults and adults with autism or Asperger syndrome.* Baron-Cohen S, Wheelwright S, Jolliffe T. s.l. : Visual Cognition , 1997, Vol. 4.
141. *Attention to the eyes reverses fear-recognition deficits in child psychopathy.* Dadds MR, Perry Y, Hawes DJ, Merz S, Riddell AC, et al. s.l. : Br J Psychiatry, 2006, Vol. 189.
142. Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. *The assessment of mentalization.* [aut. libro] A. Bateman & P. Fonagy. *Handbook of mentalizing in mental health practice.* Washington DC : American Psychiatric Association, 2012, págs. 43-65.
143. *Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls.* Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S.T., Stanley, B. 2009, Psychological Medicine, Vol. 39, págs. 1979-1988.
144. *Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder.* Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. 2006, Emotion, Vol. 6, págs. 647-655.
145. *Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits.* Scott LN, Levy KN, Adams RB, Stevenson MT. s.l. : Personality Disorders: Theory, Res Treatment, 2011, Vol. 2.
146. *The development of borderline personality disorder—A mentalizing model.* Fonagy, P., & Bateman, A. 2008, Journal of Personality Disorders, Vol. 22, págs. 4-21.
147. *Hypersensitivity in Borderline Personality Disorder during Mindreading.* Frick C, Lang S, et al. 8, s.l. : Plos ONE, 2012, Vol. 7.
148. *Misreading the facial signs: Specific Impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in BPD.* al, Unoka Z. et. s.l. : Psychiatry Research, 2011, Vol. 189.
149. *Another advanced test of Theory of Mind: Evidence from very High functioning adults with autism or Asperger Syndrome.* Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C & Robertson M. 7, s.l. : Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1997, Vol. 38.
150. *The "Reading the Mind in the Eyes" Test, Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism.* Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y & Plumb I. 2, s.l. : Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2001, Vol. 42.
151. *The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism.* Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. 2, s.l. : J. Child Psychol. Psychiat. , 2001, Vol. 42.
152. *Instrumentos para la evaluación de la empatía en la psicoterapia .* Olivera J, Braun M, Roussos AJ. 2, s.l. : Revista Argentina de Clínica Psicológica, 2011, Vol. 20.
153. *A psychometric analysis of the reading the mind in the eyes test: toward a brief form of research and applied settings.* Olderbak S, Wilhelm O, Olaru G, Geiger M, Brennehan MW, Roberts RD. 1503, s.l. : Frontiers in Psychology, 2015, Vol. 6.
154. *Reading the Mind in the Voice: A Study with Normal Adults and Adults with Asperger Syndrome and High Functioning Autism.* Rutherford en Baron-Cohen S, Wheelwright S. 3, s.l. : Journal of Autism and Developmental Disorders, 2002, Vol. 32.
155. *Social-Cognitive Functioning and Schizotypal Characteristics.* Meyer J, Shean G. 3, s.l. : The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 2006, Vol. 140.
156. *Oxytocin improves "mind-reading" in humans.* Domes G, Heinrichs M, Miche A, Berger C, Herpertz SC. 6, s.l. : Biologic Psychiatry, 2006, Vol. 61.
157. *Social intelligence in the normal and autistic brain: an fMRI study.* Baron-Cohen S, Ring HA, Wheelwright S, Bullmore ET, Brammer MJ, et al. s.l. : Eur J Neurosci, 1999, Vol. 11.
158. *Functional imaging of 'theory of mind'.* Gallagher HL, Frith CD. s.l. : Trends Cogn Sci, 2003, Vol. 7.

159. Kernberg O, Selzer M, Koenigsberg H, Carr A, Appelbaum A. *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York : Basic Books, 1989.
160. Kernberg OF, Clarkin JF. *The Inventory of Personality Organization* . White Planes, NY : The New York Hospital- Cornell Medical Center, 1995.
161. *The Inventory of Personality Organization: Psychometric Properties, Factorial Composition, and Criterion Relations With Affect, Aggressive Dyscontrol, Psychosis Proneness, and Self-Domains in a Nonclinical Sample*. Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsh PA, Lenzenweger MF. 4, s.l. : Psychological Assessment, 2001, Vol. 13.
162. *Psychopathy and the ability to read the "language of the eyes": Divergence in the psychopathy construct*. Sandvik, et al. s.l. : Scandinavian Journal of Psychology, 2014, Vol. 55.
163. *Differences in social cognition between male prisoners with antisocial personality* . Matías Salvador Bertone, et al. 2, s.l. : International Journal of Psychological Research, 2017, Vol. 10.
164. *Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy*. Dolan M, Fullam R. s.l. : Psychological Medicine, 2004, Vol. 34.
165. *EMPATHY DEFICIT IN ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER: A PSYCHODYNAMIC FORMULATION* . Malancharuvil, Joseph M. s.l. : The American Journal of Psychoanalysis, 2012, Vol. 72.
166. Kernberg, OF. *Trastornos Graves de la Personalidad*. México : Manual Moderno, 1987.
167. *Narcissistic Pathology: emirical approaches*. Levy KN, Chauhan P, Clarkin JF, et al. 203, s.l. : Psychiatr Ann, 2009, Vol. 39.
168. *Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Narcissistic Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. al, Stinson et. 7, s.l. : J Clin Psychiatry, 2008, Vol. 69.
169. *Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity*. Judith Barrachinaa, Juan C. Pascualb, Marc Ferrer, et al. s.l. : Comprehensive Psychiatry, 2011, Vol. 52.