



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ALTERACIÓN DE LA IDENTIDAD (IDQ), Y  
SU RELACIÓN CON TIPOS DE SINTOMATOLOGÍA Y MALTRATO INFANTIL EN  
MUJERES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD  
Noelia Romero Abad**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Validación del Cuestionario de Alteración de la Identidad  
(IDQ), y su relación con tipos de sintomatología y maltrato  
infantil en mujeres con trastorno límite de la personalidad.**

---

NOELIA ROMERO ABAD



**TESIS DOCTORAL**

**2020**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ALTERACIÓN DE LA IDENTIDAD (IDQ), Y SU RELACIÓN CON TIPOS DE SINTOMATOLOGÍA Y MALTRATO  
INFANTIL EN MUJERES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD  
Noelia Romero Abad

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ALTERACIÓN DE LA IDENTIDAD (IDQ), Y SU RELACIÓN CON TIPOS DE SINTOMATOLOGÍA Y MALTRATO  
INFANTIL EN MUJERES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD  
Noelia Romero Abad

Noelia Romero Abad

Validación del Cuestionario de Alteración de la Identidad (IDQ), y su relación con  
tipos de sintomatología y maltrato infantil en mujeres con trastorno límite de la  
personalidad.

TESIS DOCTORAL

dirigida por el Dr. J. Alfonso Gutiérrez-Zotes

(Universitat Rovira i Virgili)

y codirigida por el Dr. F. Xavier Arrufat Nebot

(Universitat Rovira i Virgili)

Departament

de Salut, Psicologia i Psiquiatria



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2020



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

HACEMOS CONSTAR que el presente trabajo, titulado “Validación del Cuestionario de Alteración de la Identidad (IDQ), y su relación con tipos de sintomatología y maltrato infantil en mujeres con trastorno límite de la personalidad”, que presenta Noelia Romero Abad para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Salud, Psicología y Psiquiatría de esta universidad.

Tarragona, 10 Noviembre del 2020

El director de la tesis doctoral

Dr. J. Alfonso Gutiérrez-Zotes

El codirector de la tesis doctoral

Dr. Francesc X. Arrufat Nebot

Al amor incondicional

que alimenta, abraza y arropa,

escucha y da consejo,

cuida y protege,

hace de motor y de guía.

A ti, gracias mamá.

Por ti y para ti, gracias hija.

## Agradecimientos

---

Esta tesis ha sido posible gracias a la ayuda y dedicación de muchas personas, y que sin ellas seguramente no se hubiera podido finalizar.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi director J. Alfonso Gutiérrez-Zotes y tutor durante mi formación como Especialista en Psicología Clínica, por darme la bienvenida en esa etapa y por el acompañamiento durante toda la estancia. Gracias por tu trabajo imprescindible en asesoramiento en metodología de investigación, tu dedicación, y serenidad en una tesina que ha implicado gran resiliencia.

Gracias a mi codirector Francesc X. Arrufat Nebot, por el ofrecimiento de colaboración para terminar este proyecto, y por el amparo productivo en la etapa final. Gracias por tu capacidad de resolución, delimitación, y determinación, tan necesarias para la consecución de un propósito de tal envergadura.

Quiero agradeceréelo de forma muy especial a mis queridos padres Norberto y Obdulia. Gracias por el apoyo económico y doméstico, por las enseñanzas y los valores infundidos, de autosacrificio, paciencia y ayuda hacia los demás. Gracias por permitirme realizar unos estudios (tanto universitarios como de postgrado, y sobre todo de preparación para el PIR (Psicólogo Interno y Residente), tener una profesión y poderme labrar un futuro honrado. Gracias por ayudarme a ser quien soy.

A mi compañero de vida Dani por hacer de los defectos virtudes, y por caminar juntos de la mano.

Gracias a mi hija Berta, por haberme dado la motivación y el impulso para finalizar esta tesis doctoral.

A mi hermano Daniel por infundirme fortuitamente la curiosidad por la mente humana, sus complejidades y el contagio por el conocimiento.

A mi familia por haber crecido en una unión de costumbres y tradiciones, y de principios y fundamentos éticos y morales.

A mi familia política por el calor y cariño recibido, en especial a mi suegra Fina por su sabiduría emocional.

Gracias a mis mejores amigos/as, por las experiencias inolvidables, y el placer compartido. A mis amigas Raquel y Diana por su estima y lealtad y a Patricia por su confianza y cercanía.

A mis animales por estar siempre conmigo durante mis lecturas y escrituras, a Lolita y Juanita por llevar los nombres de mis abuelas, y así mantenerlas siempre en mi memoria.

Quisiera agradecer la colaboración de todos los pacientes que consintieron participar en los estudios. Es para ellos y para cada uno de nosotros que se realiza la labor clínica y de investigación, con el importante objetivo de mitigar el sufrimiento y fomentar el bienestar y la evolución personal en sus historias de vida.

Gracias a la labor docente de todos los profesionales del H.U.I.P.M (Hospital Universitari Institut Pere Mata) por impulsar y motivar la investigación en los que nos hemos iniciado en el mundo de la sanidad y la salud mental en particular.

A los residentes por haber compartido los años de aprendizaje en este sendero de la vida.

A los profesionales referentes que han llevado a cabo los grupos de tratamiento mediante el manual de Regulación Emocional y Solución de Problemas (STEPPS, de sus siglas en inglés, *Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving*) para los pacientes con trastorno límite de la personalidad en los Centros de Salud Mental de Adultos de Reus y Tarragona, todos grandes maestros implicados en el ámbito asistencial.

A la colaboración de los traductores y retrotraductores que han participado en la adaptación del *Identity Disturbance Questionnaire*.

A todas las personas que han ido pasado por mi vida, gracias a las peculiaridades e idiosincrasias de cada uno he ido aprendido un poco más sobre la naturaleza de la psique. Os guardo con cariño en mi memoria.

## Resumen de la tesis doctoral

---

**Introducción:** La alteración de la identidad es un criterio clave en la definición del trastorno límite de la personalidad (TLP). Este criterio sintomático, a su vez, ocupa un lugar central desde la perspectiva dimensional, para el resto de los trastornos de la personalidad (TP) en la nueva propuesta del DSM-5. El *Identity Disturbance Questionnaire* (IDQ) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) es un cuestionario heteroaplicado que evalúa cuatro dimensiones de la identidad perturbada: la absorción de rol (AR), la incoherencia dolorosa (ID), la inconsistencia (I) y la falta de compromiso (FC). Este es el primer cuestionario en evaluar de manera empírica el criterio complejo de la identidad. El objetivo de este trabajo es traducir, adaptar y validar al español la versión americana del IDQ. Del mismo modo, se pretende obtener, en la versión española del IDQ, los estadísticos descriptivos en personas sanas y en sujetos que padecen trastorno límite de la personalidad así como analizar sus diferencias en las escalas. Finalmente, se analiza la relación de la alteración de la identidad con la sintomatología clínica del TLP, su sintomatología general, la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad (TP) y con su historia de maltrato infantil.

**Material y método:** La versión española del IDQ fue obtenida según el proceso de traducción y traducción inversa (Brislin, 1970, 1986). El IDQ está compuesto por 35 ítems, divididos en 4 escalas. Absorción de rol describe la tendencia a definir el sí mismo en términos de los miembros de un grupo único o primario, ideología o “causa”, que puede cambiar dramáticamente a través del tiempo o situaciones (a menudo en experiencias de epifanía). Incoherencia dolorosa hace referencia a experiencias subjetivas angustiantes de sentirse incoherente, confuso o vacío y a la falta de sentido de continuidad

de la conciencia o sentido de sí mismo a través del tiempo. Inconsistencia incluye las manifestaciones observables de creencias y acciones contradictorias. Finalmente, falta de compromiso se refiere a la dificultad para mantener valores estables, actividades y visión de futuro. La muestra estuvo compuesta por 36 mujeres con diagnóstico de TLP y 195 sujetos no pacientes. Un análisis factorial confirmatorio (AFC) replicó el modelo de cuatro factores original del constructo teórico. Se llevaron a cabo comparaciones entre pacientes con TLP y el grupo de sujetos no pacientes en relación a las escalas y la puntuación total del IDQ. Se ha analizado la asociación, mediante correlación y diferencia de medias, entre el IDQ con la sintomatología del TLP mediante la Entrevista Diagnóstica para TLP (DIB-R) (Barrachina et al., 2004), con la comorbilidad de los trastornos de la personalidad (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, y Benjamin, 1997), con la sintomatología general con la Escala de 90 Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1977), y con el maltrato infantil mediante el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003).

**Resultados:** Siguiendo el método de traducción y traducción inversa se ha conseguido una adaptación adecuada de la versión en lengua española del IDQ. La fiabilidad de Cronbach en la muestra de TLP fue en el IDQ puntuación total de 0,93 mientras que en las escalas AR fue de 0,71, en ID de 0,86, en I de 0,88 y en FC de 0,82. En la muestra control la fiabilidad fue para el IDQ total de 0,91 mientras que para las escalas AR fue de 0,67, en ID de 0,82, en I de 0,82 y en FC de 0,64. En el AFC, se mostraron los siguientes valores del estimador DWLS;  $\chi^2=606,344$ ,  $gl=399$ ,  $p<0,001$ ,  $CFI=0,99$ ,  $TLI=0,99$ ,  $RMSEA=0,048$ , y  $SRMR=0,070$ . Los sujetos con TLP puntuaron, en comparación con el grupo control, significativamente más alto en todos los factores. La puntuación de corte estimada inferida de la muestra control de mujeres española podría ser de 76. Se

obtuvieron asociaciones de todas las escalas y e IDQ total con la DIB-R, de AR, ID, y el IDQ total con la escala cognitiva y de la escala I con la escala afectiva de la DIB-R. También se encontraron relaciones, cuando fueron evaluadas con el SCID-II, de todas las escalas del IDQ e IDQ total con el TP pasivo-agresivo y el TP paranoide así como de todas las escalas del IDQ e IDQ total con el TLP y TP depresivo excepto en el caso de AR, de AR, ID e IDQ total con el TP esquizotípico, de AR, FC e IDQ total con el TP esquizoide, de ID e IDQ total con el TP narcisista, y de ID con el TP evitativo. En relación a las asociaciones con el SCL-90-R, introversión social se ha relacionado con todas las escalas e IDQ total, I, FC e IDQ con hostilidad, ID e IDQ total con obsesiones-compulsiones, ID con ideación paranoide y psicoticismo, e ID e IDQ total con SCL-90-R. En cuanto al maltrato en la infancia registrado mediante CTQ-SF, todas las escalas y el IDQ total se han asociado con el CTQ-SF, el abuso emocional con la AR, I e IDQ total, el abuso físico con I y FC, el abuso sexual con AR, ID e IDQ total, la negligencia física con AR y FC y la negligencia emocional con AR.

**Conclusiones:** La versión española del IDQ ha mostrado una adecuada fiabilidad y validez. El modelo de cuatro factores sigue siendo el más adecuado para explicar el constructo de la escala, aunque la interpretación de las puntuaciones es más sencilla mediante la puntuación total. La presencia de alteración de la identidad evaluada por el IDQ en el TLP implica confusión de roles, sufrimiento por un sentido de incoherencia e inconsistencia en pensamientos, así como comportamientos y falta de compromiso vocacional, y ocupacional. Una mayor alteración de la identidad implica mayor presencia de pensamientos extraños y experiencias perceptuales no habituales, paranoides no delirantes, y pseudopsicóticas, y de depresión, ansiedad, irascibilidad y otros estados disfóricos. Del mismo modo, la alteración de la identidad implica mayor comorbilidad

con rasgos de personalidad pasivo-agresivos, paranoides, depresivos, esquizoides y esquizotípicos, y en menor medida narcisistas y evitativos, así como, más sintomatología de tipo sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y obsesiones. Los antecedentes de maltrato en la infancia, en concreto el abuso emocional, físico y sexual y la negligencia emocional y física, se han relacionado con la alteración de la identidad.

**Palabras Clave:** IDQ, validación, alteración de la identidad, trastorno límite de la personalidad, sintomatología, maltrato infantil.

## I.- ÍNDICE

---

Agradecimientos	7
Resumen de la tesis doctoral	10
I.- ÍNDICE	16
II.- TABLAS	20
III.- FIGURAS	24
IV.- ABREVIATURAS	26
A.- MARCO TEÓRICO	28
1.- Introducción	29
1.1.- El trastorno límite de la personalidad	30
1.1.1.- Aspectos históricos del término límite	31
1.1.1. a. - Concepto de “Organización límite de la personalidad”	34
1.1.2.- Conceptualización del TLP en los manuales de clasificación diagnósticos actuales DSM-5 y CIE-11	39
1.1.2. a. - Perspectiva categorial	40
1.1.2. b. - Perspectiva dimensional	46
1.1.3.- Modelo etiológico multifactorial del TLP	58
1.1.3. a. - Factores de diátesis	59
1.1.3. b. - Factores de estrés	62
1.1.4.- Epidemiología y curso del TLP	63
1.1.5.- Intervenciones psicoterapéuticas para el TLP	71
1.2.- La alteración de la identidad	79
1.2.1.- Aspectos históricos del término identidad	79
1.2.1. a. - La alteración de la identidad en el TLP	88
1.2.2.- Conceptualización de la alteración de la identidad en los manuales de clasificación diagnósticos actuales DSM-5 y CIE-11	101
1.2.3.- Evaluación de la alteración de la identidad	103

1.2.4.- Modelo empírico de la alteración de la identidad de Wilkinson-Ryan y Westen	119
1.2.5.- Investigaciones con el IDQ	122
1.3.- La adversidad temprana	129
1.3.1.- Aspectos históricos del término maltrato	132
1.3.2.- Conceptualización del maltrato en los manuales de clasificación diagnósticos actuales: DSM-5 y CIE-11	135
1.3.3.- Modelo neurobiológico del trauma en el TLP	140
1.3.4.- Epidemiología del maltrato en el TLP	141
1.4.- Investigaciones sobre alteración de la identidad y variables clínicas y psicopatológicas	146
1.4.1.- Alteración de la identidad en el TLP desde la perspectiva de género	147
1.4.2.- Alteración de la identidad y sintomatología clínica del TLP	149
1.4.3.- Alteración de la identidad y trastornos de la personalidad	151
1.4.4.- Alteración de la identidad y sintomatología general	153
1.4.5.- Alteración de la identidad y maltrato infantil	154
<b>B.- MARCO EMPÍRICO</b>	<b>158</b>
2.- Estudio 1. Validación de la versión española del Cuestionario de Alteración de la Identidad (IDQ)	159
2.1.- Justificación del estudio 1	160
2.2.- Objetivos del estudio 1	163
2.2.1.- Validez de contenido: traducción y adaptación de la versión española del IDQ	163
2.2.2.- Consistencia interna: cálculo de la fiabilidad de la versión española del IDQ	163
2.2.3.- Validez de constructo: análisis de la estructura factorial de la versión española del IDQ	163
2.2.4.- Validez discriminante: tipificación de la versión española del IDQ en una muestra de pacientes con TLP y sujetos controles	163
2.3.- Hipótesis del estudio 1	164

2.3.1.- Fiabilidad y consistencia interna de la versión española del IDQ	164
2.3.2.- Replicación de factores y validez de constructo de la versión española del IDQ	164
2.3.3.- Validez discriminante de la versión española del IDQ	164
2.4.- Metodología	165
2.5.- Muestra	167
2.5.1.- Análisis descriptivo de la muestra	167
2.6.- Medidas	174
2.7.- Procedimiento	176
2.7.1.- Cronograma	176
2.7.2.- Fase de aplicación de la versión española del IDQ	176
2.8.- Análisis de datos	178
2.9.- Resultados	181
2.9.1.- Proceso de traducción y adaptación de la versión española del IDQ	181
2.9.2.- Cálculo de la fiabilidad de la versión española del IDQ	186
2.9.3.- Análisis de la estructura factorial de la versión española del IDQ	193
2.9.3. a.- Análisis Factorial Exploratorio de la versión española del IDQ	194
2.9.3. b.- Análisis Factorial Confirmatorio de la versión española del IDQ	203
2.9.4.- Estadísticos descriptivos, validez discriminante y tipificación de la versión española del IDQ	207
2.9.4. a.- Comparación de medias entre las muestra de sujetos TLP y control, española y americana	207
2.9.4. b.- Validez discriminante de los ítems, los factores y el IDQ total respecto a las muestras de sujetos TLP y control	214
2.9.4. c.- Tipificación de la muestra control	221
2.10.- Discusión del estudio 1	238
2.10.1.- Proceso de traducción y adaptación y validez de contenido de la versión española del IDQ	238
2.10.2.- Cálculo de la fiabilidad y consistencia interna de la versión española del IDQ	243
2.10.3.- Replicación de factores y validez de constructo de la versión española del IDQ	249
2.10.3. a.- Análisis Factorial Exploratorio de la versión española del IDQ	249

2.10.3. b- Análisis Factorial Confirmatorio de la versión española del IDQ	254
2.10.4.- Estadísticos descriptivos, validez discriminante, y tipificación de la versión española del IDQ	255
2.10.4. a.- Comparación de medias entre las muestra de sujetos TLP y control, española y americana	255
2.10.4. b.- Validez discriminante de los ítems, los factores y el IDQ total respecto a las muestras de sujetos TLP y control	257
2.10.4. c.- Tipificación de la muestra control	265
3.- Estudio 2. Relación de la alteración de la identidad con tipos de sintomatología y maltrato infantil en mujeres con trastorno límite de la personalidad	272
3.1.- Justificación del estudio 2	273
3.2.- Objetivos del estudio 2	275
3.2.1.- Relacionar la alteración de la identidad con variables clínicas y psicopatológicas en el TLP	275
3.2.2.- Caracterizar la influencia del maltrato infantil en la alteración de la identidad en el TLP	275
3.3.- Hipótesis del estudio 2	276
3.3.1.- Variables relacionadas con la alteración de la identidad en el TLP	276
3.3.1. a.- Relación de la alteración de la identidad y la sintomatología diagnóstica del TLP	276
3.3.1. b.- Relación de la alteración de la identidad y los trastornos de la personalidad	276
3.3.1. c.- Relación de la alteración de la identidad y la sintomatología general	276
3.3.2.- Asociación entre el maltrato infantil y la alteración de la identidad en el TLP	276
3.4.- Metodología	277
3.5.- Muestra	278
3.51.- Análisis descriptivo de la muestra	278
3.6.- Medidas	283
3.7.- Procedimiento	287
3.8.- Análisis de datos	288

3.9.- Resultados	290
3.9.1.- Relación de la alteración de la identidad con variables clínicas y psicopatológicas relacionadas en el TLP	290
3.9.1. a.- Resultados con la DIB-R	290
3.9.1. b.- Resultados con el SCID-II	291
3.9.1. c.- Resultados con el SCL-90-R	294
3.9.2.- Influencia del maltrato infantil sobre la alteración de la identidad en el TLP	295
3.10.- Discusión del estudio 2	298
3.10.1.- Relación de la alteración de la identidad con variables clínicas y psicopatológicas en el TLP	298
3.10.1. a.- Relación de la alteración de la identidad con la sintomatología diagnóstica del TLP	298
3.10.1. b.- Relación de la alteración de la identidad con los trastornos de la personalidad	302
3.10.1. c.- Relación de la alteración de la identidad con la sintomatología general	310
3.10.2.- Influencia del maltrato infantil en la alteración de la identidad en el TLP	315
4.- Limitaciones	325
5.- Relevancia y aplicabilidad	327
6.- Sugerencias para estudios futuros	329
7.- Conclusiones	331
V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	334
VI.- APÉNDICES	383
Apéndice 1.- Ítems de la versión original del IDQ	383
Apéndice 2.- Ítems del IDQ sin el paciente	386
Apéndice 3.- Cuestionario de alteración de la identidad (IDQ, <i>Identity Disturbance Questionnaire</i> , (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) (Romero, Valero, Labad, Mirapeix, y Gutiérrez-Zotes, 2018)	389

Apéndice 4.- Procedimiento de aplicación, corrección e interpretación del  
Cuestionario del Alteración de la Identidad (IDQ)

392

## II.- TABLAS

---

Tabla 1.- Antecedentes históricos clásicos y modernos del TLP según diferentes autores	31
Tabla 2.- Conceptualizaciones históricas contemporáneas del término límite según diferentes autores	33
Tabla 3.- Aspectos integrantes de los distintos niveles de organización de la personalidad según Yeomans, Clarkin y Kernberg (2016)	35
Tabla 4.- Mecanismos de defensa primitivos según Kernberg (1984; 2016)	37
Tabla 5.- Criterios diagnósticos propuestos para el TLP en el DSM-5 según una perspectiva categorial	42
Tabla 6.- Criterios diagnósticos propuestos para el TIE en la CIE-10, tipo impulsivo	44
Tabla 7.- Criterios diagnósticos propuestos para el TIE en la CIE-10, tipo límite	45
Tabla 8.- Elementos del funcionamiento de la personalidad según el DSM-5	48
Tabla 9.- Criterios diagnósticos actuales propuestos para el TLP según una perspectiva dimensional	51
Tabla 10.- Polaridad de los 5 dominios de orden superior según Krueger et al. (2012)	54
Tabla 11.- Dominios de orden superior y facetas- rasgos asociados al TLP según Krueger et al. (2012)	55
Tabla 12.- Dominios y rasgos de la personalidad relacionados con la gravedad según el borrador de la CIE-11	58
Tabla 13.- Resumen de resultados de estudios longitudinales en TLP según diferentes autores	69
Tabla 14.- Seguimiento a 10 años del criterio de alteración de la identidad según Zanarini et al. (2007)	71
Tabla 15.- Antecedentes históricos del concepto de identidad según diferentes autores	80
Tabla 16.- Conceptualización de la alteración de la identidad en el TLP según diferentes autores	93

Tabla 17.- Características de la difusión de la identidad según Foelsch et al. (2015)	97
Tabla 18.- Características de la identidad normal, crisis y difusión de identidad según Foelsch et al. (2015)	99
Tabla 19.- Criterio de alteración de la identidad en diferentes clasificaciones diagnósticas	102
Tabla 20.- Ejemplo de alteración del funcionamiento de la personalidad según el DSM-5	102
Tabla 21.- Ejemplos de ítems de la versión original de la escalas del IDQ-A	105
Tabla 22.- Instrumentos de valoración de la identidad en adolescentes según diferentes autotes	107
Tabla 23.- Descripción de las escalas y subescalas, número de ítems y ejemplos del AIDA	110
Tabla 24.- Dominios y subdominios de la STIPO-R	116
Tabla 25.- Instrumentos de valoración de la identidad en adultos según diferentes autores	117
Tabla 26.- Escalas del IDQ	121
Tabla 27.- Descripción de diferentes tipos de maltratos	133
Tabla 28.- Tipos de maltrato infantil en el DSM-5	136
Tabla 29.- Tipos de maltrato adulto en el DSM-5	138
Tabla 30.- Características demográficas y clínicas de la muestra con TLP y controles	173
Tabla 31.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 21 original y con traducción inversa del factor absorción de rol del IDQ	182
Tabla 32.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 24 original y con traducción inversa del factor incoherencia dolorosa del IDQ	183
Tabla 33.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 8 original y con traducción inversa del factor inconsistencia del IDQ	184
Tabla 34.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 4 original y con traducción inversa del factor falta de compromiso del IDQ	185
Tabla 35.- Fiabilidad del IDQ por escalas en las muestras españolas de pacientes con TLP y sujetos control	186

Tabla 36.- Media y fiabilidad de la escala IDQ según ítems eliminados en la muestra TLP	187
Tabla 37.- Media y fiabilidad de factor Absorción de Rol en la muestra TLP	188
Tabla 38.- Media y fiabilidad de factor Incoherencia Dolorosa en la muestra TLP	189
Tabla 39.- Media y fiabilidad de factor Inconsistencia en la muestra TLP	189
Tabla 40.- Media y fiabilidad de factor Falta de Compromiso en la muestra TLP	189
Tabla 41.- Media y fiabilidad de la escala IDQ según ítems eliminados en la muestra control	190
Tabla 42.- Media y fiabilidad de factor Absorción de Rol en la muestra control	191
Tabla 43.- Media y fiabilidad de factor Incoherencia Dolorosa en la muestra control	192
Tabla 44.- Media y fiabilidad de factor Inconsistencia en la muestra control	192
Tabla 45.- Media y fiabilidad de factor Falta de Compromiso en la muestra control	192
Tabla 46.- Fiabilidad por escalas en los diferentes estudios que han utilizado el IDQ	193
Tabla 47.- Estimadores de DWLS: RMSEA, CFI, TLI y SRMR de la versión en castellano del IDQ	203
Tabla 48.- Pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial confirmatorio (AFC)	204
Tabla 49.- Estadísticos descriptivos de las cuatro escalas y puntuación total del IDQ, versión española y americana	207
Tabla 50.- Estadísticos descriptivos de cada indicador del IDQ en los sujetos TLP y control de la muestra española y americana	210
Tabla 51.- Comparación de pacientes con TLP y controles en cada escala del IDQ	215
Tabla 52.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor AR	216
Tabla 53.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor ID	217
Tabla 54.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor I	218
Tabla 55.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor FC	219
Tabla 56.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en los ítems que no pertenecen a ningún factor	220

Tabla 57.- Puntuaciones directas y T de la escala Absorción de Rol en la muestra control (n=75)	222
Tabla 58.- Puntuaciones directas y T de la escala Incoherencia Dolorosa en la muestra de mujeres control (n=75)	223
Tabla 59.- Puntuaciones directas y T de la escala Inconsistencia en la muestra de mujeres control (n=75)	224
Tabla 60.- Puntuaciones directas y T de la escala Falta de Compromiso en la muestra de mujeres control (n=75)	225
Tabla 61.- Puntuaciones directas y T de la escala total de alteración de la identidad en la muestra de mujeres control (n=75)	226
Tabla 62.- Puntuaciones directas y T de la escala Absorción de Rol en la muestra de hombres control (n=58)	229
Tabla 63.- Puntuaciones directas y T de la escala Incoherencia Dolorosa en la muestra de hombres control (n=58)	230
Tabla 64.- Puntuaciones directas y T de la escala Inconsistencia en la muestra de hombres control (n=58)	231
Tabla 65.- Puntuaciones directas y T de la escala Falta de Compromiso en la muestra de hombres control (n=58)	232
Tabla 66.- Puntuaciones directas y T de la escala total de alteración de la identidad en la muestra de hombres control (n=58)	233
Tabla 67.- Puntuaciones directas y T de las escalas y del total del IDQ en la muestra de mujeres TLP	236
Tabla 68.- Características demográficas de las muestras de sujetos con diagnóstico TLP mediante DIB-R	282

### III.- FIGURAS

---

Figura 1.- Esquema del proceso de traducción y traducción inversa del IDQ según Brislin (1970, 1986)	167
Figura 2.- Proceso de cribado, diagnóstico de TLP, y escalas aplicadas en la muestra del estudio 1, y población comunitaria	170
Figura 3.- Gráfico de correlaciones entre los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE)	195
Figura 4.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) sin forzar el número de factores	196
Figura 5.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación varimax forzando una solución de cuatro factores	197
Figura 6.- Gráfico de sedimentación en el análisis factorial exploratorio (AFE) que marca como punto de corte una solución de seis factores	198
Figura 7.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) sin forzar el número de factores, que según el gráfico de sedimentación marca como punto de corte una solución de seis factores	199
Figura 8.- Gráfico de sedimentación en el análisis factorial exploratorio (AFE) que marca como punto de corte una solución de cuatro factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor	200
Figura 9.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) sin forzar el número de factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor	201
Figura 10.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación varimax forzando los cuatro factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor	202
Figura 11.- Replicación del modelo original de 4 factores del IDQ en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante el estimador <i>Diagonally Weighted Least Squares</i> (DWLS)	206

Figura 12.- Comparación entre las muestras española y americana de pacientes con TLP	209
Figura 13.- Comparación entre pacientes TLP y muestra control en la versión española	209
Figura 14.- Proceso de cribado, diagnóstico de TLP, y escalas aplicadas en la muestra del estudio 2	280
Figura 15.- Correlación entre las escalas del IDQ y la DIB-R	291
Figura 16.- Correlación entre las escalas del IDQ y la SCID-II	293
Figura 17.- Correlación entre las escalas del IDQ y la SCL-90-R	295
Figura 18.- Correlación entre las escalas del IDQ y el CTQ-SF	297

## IV.- ABREVIATURAS

---

AR	Absorción de Rol
AIDA	<i>Assessment of Identity Development and identity diffusion in Adolescence</i>
BPI	<i>Borderline Personality Inventory</i>
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión
CTQ-SF	<i>Childhood Trauma Questionnaire – Short Form</i>
DIB-R	<i>Diagnostic Interview for Borderlines- Revised</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5th edition</i>
EIPQ	<i>Ego Identity Process Questionnaire</i>
EOM-EIS-II	<i>Extended Objective Measure of Ego Identity Status- 2<sup>nd</sup> version</i>
FC	Falta de Compromiso
FIS	<i>Functions of Identity Scale</i>
GIDS	<i>Groningen Identity Development Scale</i>
GAF	<i>Global Assessment of Functioning Scale</i>
H.U.I.P.M	Hospital Universitari Institut Pere Mata
I	Inconsistencia
IASC	<i>Inventory of Altered Self-Capacities</i>
ID	Incoherencia Dolorosa
IDQ	<i>Identity Disturbance Questionnaire</i>
IDQ- A	<i>Identity Disturbance Questionnaire- Adolescent</i>
IDS	<i>Identity Distress Survey</i>
IPO	<i>Inventory of Personality Organization</i>
IPO-CH/A	<i>Inventory of Personality Organization for Children/ Adolescents</i>
IPOP-A	<i>Interview of Personality Organization Processes in Adolescence</i>
ISI	<i>Identity Status Interview</i>
ISI-5	<i>Identity Style Inventory- Version 5</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
OLP	Organización Límite de la Personalidad
PAI-BOR	<i>Personality Assessment Inventory- Borderline Features Scale</i>
PiCD	<i>Personality Inventory for ICD-11</i>

PSQ	<i>Personality Structure Questionnaire</i>
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV- Axis II Personality Disorders</i>
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist-90-R</i>
STEPPS	<i>Systems Training for Emotional Predictability &amp; Problem Solving</i>
STIPO-R	<i>Structured Interview of Personality Organization-Revised</i>
TP/s	Trastorno/s de la Personalidad
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
URV	Universitat Rovira i Virgili

## A.- Marco teórico

---

## 1.- Introducción

---

A lo largo del presente trabajo se llevará a cabo la validación de un cuestionario de alteración de la identidad, y posteriormente, partiendo de este instrumento, se intentará dilucidar el tipo de sintomatología relacionada y la influencia del maltrato infantil en la alteración de la identidad en sujetos que padecen un Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Este estudio está justificado en el marco de un programa terapéutico ofrecido en la provincia de Tarragona por el Hospital Universitario Instituto Pere Mata y diseñado para dar servicio a una población de difícil tratamiento en la práctica diaria como es el TLP, considerado dentro de la categoría de trastorno mental grave. Paralelamente a la terapia grupal semanal de tipo dialéctica-conductual mediante el programa de tratamiento STEPPS, se lleva a cabo una línea de investigación con el proyecto “Intervención en el Trastorno Límite de Personalidad con el Programa Sistemas de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas: Influencia de las funciones ejecutivas y la cognición social”.

El objetivo general de este trabajo es estudiar el constructo de alteración de la identidad y analizar la posible asociación de sus dimensiones con variables clínicas y psicopatológicas en pacientes con TLP, y en concreto, con los antecedentes de maltrato en la infancia. Por este motivo esta tesis se divide en dos estudios, por un lado analizaremos las alteraciones de identidad asociadas al TLP y por otro estudiaremos la influencia del maltrato en la infancia en la formación de la identidad.

## 1.1.- El trastorno límite de la personalidad

---

Los trastornos de la personalidad (TPs) configuran una de las áreas de mayor desafío para la psicología científica por su gran desconocimiento, siendo el TLP uno de los más representativos y más estudiados debido a su complejidad (Caballo y Camacho, 2000).

El TLP es un trastorno mental grave marcado por un patrón de inestabilidad continua de los estados de ánimo, el comportamiento, la autoimagen y el funcionamiento global. En este trastorno las experiencias a menudo dan lugar a acciones impulsivas y relaciones inestables, pudiendo experimentar intensos episodios, que pueden durar de horas a días, de ira, depresión y ansiedad. Los pacientes con este trastorno tienen un concepto de sí mismo muy frágil, fácilmente alterado en situaciones de estrés con sentimientos crónicos de vacío. Estas personas presentan inestabilidad emocional y tienen dificultades para mantener relaciones íntimas duraderas, además de rápidos cambios de humor, intensos e impredecibles. Las reacciones emocionales suelen darse en respuesta a acontecimientos interpersonales negativos que implican pérdida o decepción. Las relaciones interpersonales son muy inestables y se alternan entre la dependencia excesiva y la huida. Las personas que padecen TLP se caracterizan por ser impulsivas, actuando con la emoción del momento, y por implicarse en actividades potencialmente negativas. Los actos deliberados de autolesión (por ejemplo, cortarse o quemarse), la ideación suicida y los intentos de suicidio ocurren típicamente acompañados de angustia intensa y disforia, en particular en el contexto de los sentimientos de abandono. Estos actos pueden llevar a otras conductas de riesgo como el abuso de drogas, la conducción temeraria, los atracones de comida o la promiscuidad sexual (Esbec y Echeburúa, 2011).

### 1.1.1.- Aspectos históricos del término límite

Los expertos están de acuerdo en que la etiqueta “trastorno límite de la personalidad” es muy confusa, y sin embargo, a falta de una más concreta o precisa es la que sigue utilizándose (Fernández-Guerrero, 2017). A modo de resumen, los antecedentes históricos clásicos y modernos según los autores que han descrito el TLP se muestran en la tabla 1 por orden cronológico (Caballo y Camacho, 2000; Rubio y Pérez, 2003).

Tabla 1.- Antecedentes históricos clásicos y modernos del TLP según diferentes autores

Autor	Año	Descripción
Bonet	1684	“Folie maniaco- melancolique”: Impulsividad y ánimo inestable.
Pinel	1801	Manía sin delirio.
Pritchard	1837	Insania moral.
Baillager y Falret	1854	Síndrome folie circulaire y folie à double forme: depresión, irritabilidad, cólera, euforia y normalidad.
Rosse	1890	Locura límite entre la razón y la desesperación.
Kraepelin	1921	Personalidad excitable mezcla de estados fundamentales.
Kretschmer	1925	Temperamento cicloide-esquizoide.
Reich	1925	Agresión infantil, narcisismo y alteración del súper Yo.
Schneider	1934	Personalidad lábil, cambios rápidos y súbitos del ánimo e irritabilidad.
Stern	1938	“Limítrofe o fronterizo”.

\*Elaboración propia

El término *bordeline* o “límite” ha tenido diferentes acepciones a lo largo de su breve trayectoria. Su uso como designación para un síndrome formal ha suscitado polémica, ya que en sentido estricto, límite aporta un significado moderado de gravedad o un grado

intermedio de funcionamiento de personalidad (Millon y Davis, 1998) o de organización estructural (O. Kernberg, 1970), pero no designa un patrón de comportamiento que describa unas características distintivas (Perry y Klerman, 1978).

Un estudio que analizó la estructura factorial a nivel dimensional de los criterios del TLP en 65 mujeres hospitalizadas encontró tres factores: el primero reflejaba los problemas de identidad y las dificultades interpersonales, el segundo incluía las dificultades del afecto y la autolesión, y el tercero estaba compuesto por la impulsividad (Clarkin, Hull, y Hurt, 1993).

Por último, acercándonos a la realidad actual, nos encontramos con las definiciones de los manuales diagnósticos de referencia: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (de sus siglas en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) redactado por la Asociación Americana de Psiquiatría (de sus siglas en inglés *American Psychiatric Association*) (APA, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (de sus siglas en inglés *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) redactado por la Organización Mundial de la Salud (de sus siglas en inglés *World Health Organization*) (OMS, 2018). Ambos son los que rigen los criterios diagnósticos con los que nos encontramos cada día en el ámbito clínico y los que nos permiten comunicarnos con otros expertos y académicos. La institucionalización del término trastorno límite de la personalidad (en inglés *borderline personality disorder*) no llegó hasta el año 1980 con el DSM-III (APA, 1980) y se mantiene la misma nomenclatura hasta la actualidad en las últimas versiones publicadas como DSM-5 y CIE-10. En la CIE-10 el trastorno límite se categoriza como trastorno de la inestabilidad emocional, diferenciándose los subtipos límite e impulsivo (Oltmanns y Widiger, 2018; OMS, 1994).

Algunas conceptualizaciones contemporáneas del término “límite” se muestran de forma resumida en la tabla 2 (Caballo y Camacho, 2000; Millon y Davis, 1998).

Tabla 2.- Conceptualizaciones históricas contemporáneas del término límite según diferentes autores

Autor	Año	Descripción
Schmideberg	1947 1959	Nivel de funcionamiento entre normalidad, neurosis, psicosis y psicopatía: Intolerancia a la rutina; Vida caótica; Empatía deficiente.
Wender	1960	Espectro esquizofrenia: Experiencias transitorias psicóticas.
Kernberg	1975 1984	Carácter patológico: Dificultades en relaciones interpersonales; Alteración experiencia conservando juicio realidad; Falta de identidad; Incomprensión de los demás; Descontrol de impulsos; Intolerancia a la ansiedad.
Gunderson	1978	TP que se diferencia de esquizofrenia y trastorno neurótico: Afectividad intensa (depresión, hostilidad); Incapacidad para el placer; Despersonalización; Impulsividad (autolesión, abuso sustancias, alcoholismo, promiscuidad); Alteración de la identidad; Episodios psicóticos breves; Relaciones interpersonales superficiales, dependencia y manipulación.
Akiskal	1980	Trastorno afectivo: Disforia crónica; Labilidad afectiva.
Herman; van del Kolk	1987	Variación crónica del trastorno de estrés post-traumático y trastorno disociativo de identidad.
Zanarini	1990	TP que aparece con otro trastorno del control de impulsos.
Millon y Everly	1994	Personalidad anómala: Desconfianza y deseo de no tener relaciones íntimas en las que se pierda poder, independencia y autocontrol; Susplicacia, resentimiento, hostilidad e ira ante el ridículo, decepción, desprecio o desconsideración; Labilidad del afecto; Impulsividad; Crisis inesperadas; Conducta errática; Conflicto entre necesidad de dependencia e individualismo.

Tabla 2.- Conceptualizaciones históricas contemporáneas del término límite según diferentes autores (continuación)

	Año	Descripción
Beck y Freeman	1995	Problema cognitivo: Intensidad reacciones emocionales; Variabilidad estado de ánimo (paso súbito de estado de ánimo depresivo a agitación ansiosa); Acciones impulsivas irracionales y contraproducentes; Creencias: “el mundo es peligroso y malo”, “soy vulnerable” y “soy intrínsecamente inadecuado”; Pensamiento dicotómico (merecedor de confianza-traidor).
Sanislow	2002	Disfunción emocional.

\*Elaboración propia

### 1.1.1. a. - Concepto de “organización límite”

El funcionamiento psicológico que se encuentra entre una organización psicótica y neurótica lo constituye la Organización Limítrofe de Personalidad (OLP). Los aspectos integrantes de los distintos niveles de organización de la personalidad, normal, neurótica y borderline, aparecen en la tabla 3 extraída y adaptada de Yeomans, Clarkin y Kernberg (Yeomans, Clarkin, y Kernberg, 2016).

Tabla 3.- Aspectos integrantes de los distintos niveles de organización de la personalidad según Yeomans, Clarkin y Kernberg (2016)

Nivel organizativo	Normal/ madura	Neurótica	Borderline	Psicótica
Identidad	Sentido integrado de sí mismo y de los otros; inversiones significativas en trabajo, relaciones y tiempo libre.	Sentido coherente de sí mismo y de los otros, pero algún elemento de la vida psíquica no integrado; inversiones significativas.	Difusión de la identidad; díadas de relaciones de objeto parciales positivas y negativas separadas mediante división; sentido incoherente de sí mismo y de los otros; inversiones deficitarios.	Difusión de la identidad; díadas de relaciones de objeto parciales positivas y negativas separadas mediante división; inversiones deficitarios; problemas de diferenciación del yo/ objetos.
Defensas	Avanzadas; flexibilidad.	Avanzadas; rigidez.	Primitivas: división, idealización, devaluación, negación primitiva, identificación proyectiva.	Primitivas: <i>ídem</i> o <i>borderline</i> Protegen contra la fusión con el objeto y la desintegración.
Prueba de realidad	Se conserva: percepción adecuada del <i>self</i> / no- <i>self</i> , interno/ externo; empatía con los criterios sociales de realidad.	Se conserva; <i>ídem</i> o normal.	Se conserva; restricciones reversibles a corto plazo con pensamiento paranoico y (pseudo) alucinaciones; confusión y distorsión <i>self</i> / no- <i>self</i> , interno/ externo; empatía variable.	No se conserva; deteriorada seriamente y de forma permanente.

El TLP tiene relación con la internalización de las experiencias tempranas en el contexto diádico de la relación entre el bebé con su cuidador, y conducen al desarrollo de representaciones mentales internalizadas del sí mismo con los otros (Fonagy y Target, 2002; O. Kernberg, 1984). La base de la personalidad normal en el adulto es conseguir integrar las experiencias positivas y negativas al mismo tiempo.

La patología de las relaciones objetales tiene que ver con la incapacidad para la integración de las introyecciones e identificaciones buenas (idealizadas) y malas (persecutorias) (O. Kernberg, 1979).

- En la identidad difusa aparece una falta de integración interna (sentido de coherencia del *self* y de los otros) que se manifiesta a través de la vivencia irreflexiva contradictoria o caótica de sí mismo y de los otros, o de la incapacidad de tomar conciencia de esas contradicciones. Una manifestación específica de la identidad fragmentada es el cambio abrupto de un momento de calma dentro de una relación a la rabia derivada de la percepción subjetiva de un desaire o un desprecio (Yeomans et al., 2016).

- En las organizaciones limítrofes predomina el uso de defensas primitivas, especialmente la escisión. En la tabla 4 se describen los mecanismos defensivos primitivos propios de la organización fronteriza de personalidad según Kernberg (O. Kernberg, 1984; Yeomans et al., 2016).

Tabla 4.- Mecanismos de defensa primitivos según Kernberg (1984, 2016)

Defensas	Descripción
Escisión	Separación entre los afectos internos opuestos y de los objetos externos en “totalmente buenos” y “totalmente malos”. El objeto o el sí mismo oscila de manera radical y abrupta de un extremo a otro sin autocrítica por el cambio de percepción.
Idealización	Aumento de la cualidad buena o mala de los objetos.
Identificación proyectiva	Atribución a otro de un pensamiento o sentimiento desagradable propio, que es difícil de tolerar en uno mismo.
Negación	Conocimiento cognitivo consciente de un estado afectivo o conducta, pero sin capacidad para conectar emocionalmente la vivencia en el momento actual.
Omnipotencia/ devaluación	Sentimiento de grandiosidad de <i>self</i> y representación de los demás empobrecida y degradante.

- La prueba de realidad permite diferenciar si un sujeto es neurótico, psicótico o *borderline*. El sujeto neurótico mantiene su capacidad para percibir adecuadamente la realidad por lo que podemos decir que la prueba es positiva. El psicótico presenta alucinaciones y delirios, que le impiden percibir de modo adecuado aspectos de la realidad, la prueba es negativa. El sujeto *borderline* alterna la percepción clara de la realidad con la confusa sobre todo en las situaciones de interrelación social, bajo estrés, por lo que la prueba es variable.

- El desarrollo moral es el proceso de construcción de valores referentes a la consideración de las demás personas como iguales a nosotros, necesitadas de nuestra ayuda, dignas de valoración. Este desarrollo será más patológico cuantos más rasgos antisociales presente. El desarrollo moral se va adquiriendo con un primer nivel de

prohibición de expresión de impulsos agresivos, sexuales y dependientes; un segundo nivel, formado por las representaciones ideales del sí mismo y objetales; y un tercer nivel, de internalización de las exigencias y prohibiciones parentales y culturales. (Yeomans et al., 2016).

- La agresión se relaciona con los afectos de irritabilidad, enfado, rabia, envidia y odio. Los afectos son los motivadores psicológicos primarios ya que la persona busca lo deseable y huye de lo indeseable, doloroso o dañino. Una variante compleja es la utilización del placer sexual al servicio de la agresión, mediante el sadismo, o placer extraído de las autolesiones (Yeomans et al., 2016).

El Sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD 2, de sus siglas en inglés, *Operationalized Psychodynamic Diagnosis*) (Publishers, 2009) evalúa el nivel de severidad estructural de la Organización de la Personalidad, y lo clasifica en normal, neurótico o *borderline*. Este sistema considera la evaluación de la Identidad del rol sexual, paterno, cultural y social y sus conflictos. La descripción del *Self* en el OPD 2 se basa en cuatro funciones (Castillo-Tamayo y Arias-Zamora, 2017; Publishers, 2009):

- Percepción del *Self* y de los objetos
- Regulación y manejo del *Self* y de la relación con el Otro
- Comunicación emocional interna y con los Otros
- Capacidad de vínculo con objetos internos y externos

### **1.1.2.- Conceptualización del TLP en los manuales de clasificación diagnósticos actuales DSM-5 y CIE-11**

La evaluación y diagnóstico de los trastornos de personalidad es una tarea compleja que requiere considerar muchos aspectos de la vida del individuo. Muchas veces estos trastornos se diagnostican de manera secundaria al hallazgo de otro trastorno psiquiátrico de naturaleza distinta (ej. ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, etc.). El trastorno límite se caracteriza por presentar una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos del Eje I (ansiedad, trastornos afectivos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias) (Nuñez Morales, Sancho, Granados Martínez, y Gibert Rahola, 2019) y es, a su vez, portador de distintos rasgos que le hacen merecedor para cumplir criterios diagnósticos del eje II. De hecho, el TLP es el TP con más comorbilidad con el eje II, junto con el TP evasivo y TP obsesivo-compulsivo (Zimmerman, Rothschild, y Chelminski, 2005).

El diagnóstico del TLP es igual de válido en adultos que en adolescentes. Sin embargo, sabemos que existen características relevantes de diferenciación entre el adolescente difícil/ problemático y el adolescente con patología límite. Esta manifestación diferencial implica en el adolescente con TLP un sufrimiento persistente, elevada inestabilidad y reactividad del estado de ánimo, comportamiento, cognición y relaciones. Igualmente el adolescente con patología límite presenta impulsividad extrema, comportamiento recurrente de automutilación y suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismo, relaciones interpersonales caóticas e intensas, sentimientos de vacío y aburrimiento, relaciones sexuales arriesgadas y abuso de sustancias (Courtney y Makinen, 2016).

El DSM-5 permite diagnosticar un TP a un niño o adolescente en el caso de que los rasgos de personalidad sean persistentes, consistentes y no se limiten a un cierto periodo de desarrollo (American Psychiatric Association, 2013). Los estudios indican que la patología límite antes de la edad de 19 años es predictiva de déficit a largo plazo en el funcionamiento, y que una proporción considerable de individuos siguen manifestando síntomas límite hasta 20 años más tarde del diagnóstico. Estos resultados apoyan la utilidad clínica del fenotipo TLP en poblaciones más jóvenes y se recomienda la detección precoz para una intervención temprana planificada con mejores resultados a largo plazo (Kaess, Brunner, y Chanen, 2014; Winsper et al., 2015).

### **1.1.2. a.- Perspectiva categorial**

Tanto el DSM-5 como la CIE-10 han clasificado tradicionalmente los trastornos de la personalidad desde una perspectiva categorial, considerándolos como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí, es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas.

En el DSM-5, desde la perspectiva categorial, se mantienen los mismos criterios diagnósticos que en el DSM-VI-TR, tanto para los TPs en general, como para cada uno de los trastornos específicos que componen los diferentes grupos (American Psychiatric Association, 2013; American Psychological Association, 2002). Por lo tanto, el TP se mantiene descrito como “patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, causa malestar o deterioro social, laboral o de funcionamiento y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la vida adulta. El TP se

manifiesta en dos, o más de los siguientes ámbitos: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos” (APA, 2013).

Específicamente el TLP está definido como un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, con impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, manifestado por cinco, o más, de los nueve criterios ya expuestos en las versiones anteriores del DSM. Estos criterios se muestran en la tabla 5 (APA, 2013).

Tabla 5.- Criterios diagnósticos propuestos para el TLP en el DSM-5 (APA, 2013)  
según una perspectiva categorial

---

Criterios diagnósticos propuestos para el TLP en el DSM-5: perspectiva categorial

---

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 el CIE-10 (OMS, 1994) los TPs se definen como “el modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse que se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura”. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas:

- Cognición (p. ej., manera de percibir e interpretar las cosas, personas y acontecimientos o desarrollo de actitudes e imagen de sí mismo y de los demás).
- Afectividad (rango, intensidad y adecuación de la respuesta emocional).
- Control de los impulsos y satisfacción de deseos.
- Modo en que se relaciona con los demás y manejo de situaciones interpersonales.

En la tablas 6 y 7 se describen los criterios diagnósticos para el Trastorno de Inestabilidad Emocional (TIE), subtipo impulsivo y límite.

Tabla 6.- Criterios diagnósticos propuestos para el TIE en la CIE-10 (OMS, 1994),  
tipo impulsivo

---

Criterios diagnósticos propuestos para el TIE en la CIE-10: tipo impulsivo

---

Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).

B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos ha de ser el 2:

---

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.

---

2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.

---

3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.

---

4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.

---

5. Humor inestable y caprichoso.

---

Tabla 7.- Criterios diagnósticos propuestos para el TIE en la CIE-10 (OMS, 1994),  
tipo límite

---

Criterios diagnósticos propuestos para el TIE en la CIE-10: tipo límite

---

Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B de F60.30, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:

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

Según el borrador de la CIE-11, define los TPs como patrones de comportamiento profundamente arraigados y duraderos, que se manifiestan como respuestas inflexibles a una amplia gama de situaciones personales y sociales. Los TPs representan desviaciones extremas o significativas de la forma en que el individuo promedio en una cultura determinada percibe, piensa, siente y, en particular, se relaciona con los demás. Tales patrones de comportamiento tienden a ser estables y abarcan múltiples dominios de comportamiento y funcionamiento psicológico. Con frecuencia, pero no siempre, se asocian con diversos grados de angustia subjetiva y problemas de desempeño social (OMS, 2018).

El borrador de la CIE-11 describe el trastorno de personalidad emocionalmente inestable como un TP caracterizado por una clara tendencia a actuar impulsivamente y

sin considerar las consecuencias. El estado de ánimo es impredecible y caprichoso. Existe el riesgo de estallidos emocionales y la incapacidad para controlar las explosiones de comportamiento. Hay una tendencia a pelearse y a tener conflictos con los demás, especialmente cuando los actos impulsivos son frustrados o censurados. La CIE-11 distingue al igual que su versión anterior la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) dos tipos. El tipo impulsivo, caracterizado predominantemente por la inestabilidad emocional y la falta de control de los impulsos. El tipo límite se caracteriza por alteraciones en la autoimagen, objetivos y preferencias internas, por sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, y por una tendencia al comportamiento autodestructivo, incluidos gestos e intentos de suicidio. La CIE-11 incluye los TPs agresivo, límite y explosivo y excluye el disocial (OMS, 2018)

### **1.1.2 b.- Perspectiva dimensional**

Una de las novedades y cambios que se han propuesto para los TPs respecto a las ediciones anteriores del manual DSM es la incorporación de criterios diagnósticos desde la perspectiva dimensional. Este modelo dimensional aparece descrito en el Tomo II, sección III (Medidas y modelos emergentes) donde se propone un modelo alternativo del DSM-5 para los TPs en general y también para el TLP en particular. La inclusión de ambos modelos tiene como objetivo preservar la continuidad con la práctica clínica actual y hacer frente a las deficiencias del modelo categorial vigente. Los TPs se caracterizan por dificultades moderadas o graves en el funcionamiento de la personalidad (criterio A) y por uno o más rasgos de personalidad patológicos (criterio B) (American Psychiatric Association, 2013).

Entre los TPs específicos derivados de este modelo nos encontramos que una de las entidades nosológicas que ha permanecido es el trastorno límite junto al antisocial, evasivo, narcisista, obsesivo-compulsivo, esquizotípico, y el TP-ER (Trastorno de la Personalidad- Especificado por Rasgos) (American Psychiatric Association, 2013).

Para la valoración del funcionamiento de la personalidad se utiliza la Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS de sus siglas en inglés *Level of Personality Functioning Scale*) (APA, 2013). Debido a que puede haber un mayor o menor grado de perturbación, cada paciente debe ser evaluado en el continuo compuesto por los siguientes niveles de funcionamiento auto/ intrapersonal, con arreglo a 5 niveles de deterioro, que van desde poco o ninguno, alguno, moderado, grave y extremo. En la tabla 8 se describen los elementos del funcionamiento de la personalidad según el DSM-5 (APA, 2013; Esbec y Echeburúa, 2014).

Tabla 8.- Elementos del funcionamiento de la personalidad según el DSM-5 (APA, 2013)

Funcionamiento del <i>Self</i>	Funcionamiento Interpersonal
<b>Identidad</b> Experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, estabilidad de la autoestima y la exactitud de la evaluación; habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales.	<b>Empatía</b> Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los efectos de la propia conducta de los demás.
<b>Autodirección</b> Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; normas internas de comportamiento constructivo y prosocial; autoreflexión productiva.	<b>Intimidad</b> Profundidad y duración de la relación con los demás; deseo y capacidad de cercanía; reciprocidad de la relación.

La evaluación de la identidad, al ser de suma importancia en este texto, se detallará de forma pormenorizada más adelante.

Los elementos del funcionamiento de la personalidad se pueden medir, entre muchos otros cuestionarios y escalas, con los siguientes instrumentos:

- La autodirección se puede valorar con el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI, de sus siglas en inglés, Temperament and Character Inventory (Cloninger, Svrakic, y Przybeck, 1993); versión revisada (TCI-R) adaptada a la población española (Gutiérrez-Zotes et al., 2004), que consta de las mismas siete escalas: Búsqueda de Novedad, Dependencia de la Recompensa, Evitación del Daño, Persistencia, Cooperatividad,

Autotrascendencia y Autodirección, y se incluye una nueva escala llamada Excitabilidad Exploratoria, conservando los 5 ítems de validez, se responde en una escala Likert 5.

- La intimidad se puede evaluar con el Cuestionario de Apego Adulto (AAQ de sus siglas en inglés, *Adult Attachment Questionnaire* (Melero y Cantero, 2008), creado originalmente en nuestro entorno para población no clínica, y que consta de 4 factores:

- Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.
- Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.
- Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.
- Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Otros cuestionarios con los que se podría medir la capacidad para la intimidad podrían ser el Cuestionario de Apego Adulto (Hazan y Shaver, 1987); el Cuestionario de Relación (RQ de sus siglas en inglés, *Relationship Questionnaire* (Bartholomew y Horowitz, 1991), o el Cuestionario de Relaciones de Pareja (ECR de sus siglas en inglés *Experience in Close Relationships* (Brennan, Clark, y Shaver, 1998). Estos instrumentos están actualmente adaptados al castellano (Alonso-Arbiol, Balluerka, y Shaver, 2007; Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver, y Gillath, 2008; Yárnoz-Yaben y Comino, 2011), con dos dimensiones ansiedad y evitación, y tres estilos de apego: seguro, e inseguros tipo ansioso- preocupado, y tipo evitativo:

- Seguro: tiene acceso a emociones y memorias positivas como negativas sobre las relaciones y las representaciones sobre uno mismo y los otros tienden a ser positivas.

- Inseguro ansioso-preocupado: hiperactivación del sistema de apego por la accesibilidad inconsistente de las figuras de apego hace necesario que procure tenerlas permanentemente bajo control.
- Inseguro evitativo (temeroso y desvalorizador): experiencia de sus figuras de apego como inaccesibles, y han adoptado la estrategia de desactivación para minimizar sus necesidades de afiliación.
- La empatía se puede estimar, por ejemplo, a través del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, de sus siglas en inglés, *Interpersonal Reactivity Index*, (Davis, 1983); versión española (Escrivá, Navarro, y García, 2004).

En cuanto al TLP las características típicas son la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o intimidad, tal y como se describe más adelante, junto a los rasgos desadaptativos específicos de los dominios de afectividad negativa, antagonismo y/o desinhibición. En la tabla 9 se muestran los criterios diagnósticos propuestos para el TLP en el DSM-5 desde la perspectiva dimensional. Esta tabla incluye, además, una serie de especificadores que pueden registrarse aunque no son necesarios para el diagnóstico (por ejemplo, rasgos de psicoticismo: desregulación cognitiva y perceptiva, o especificar el nivel exacto de funcionamiento) (APA, 2013).

Tabla 9.- Criterios diagnósticos actuales propuestos para el TLP en el DSM-5 (APA, 2013): perspectiva dimensional

---

TLP: DSM-5 dimensional

---

A. Deterioro moderado grave en el funcionamiento de la personalidad que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas:

---

1. Identidad: autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío, estados disociativos bajo estrés.

---

2. Autodirección: inestabilidad en metas, aspiraciones, valores, planes de futuro.

---

3. Empatía: capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.

---

4. Intimidad: relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobreimplicación y distanciamiento.

---

Tabla 9.- Criterios diagnósticos actuales propuestos para el TLP en el DSM-5 (APA, 2013): perspectiva dimensional (continuación)

---

B. Cuatro o más rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, o (7) hostilidad:

---

1. Labilidad emocional: experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

---

2. Ansiedad: sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico a menudo en respuestas a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de la experiencia desagradable del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

---

3. Inseguridad de separación: temores de rechazo o separación de figuras significativas, miedo a la dependencia excesiva y pérdida total de autonomía.

---

4. Depresión: sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estado de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.

---

5. Impulsividad: actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir os planes; sentido de urgencia y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional.

---

6. Asunción de riesgos: implicarse en tácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, e innecesariamente sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad de peligro personal.

---

7. Hostilidad: sentimientos de enojo persistente o frecuente; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas o insultos menores.

---

El PID-5 (de sus siglas en inglés, *Personality Inventory for DSM-5*) es la medida del modelo dimensional de 25 rasgos propuesta para el DSM-5. Consta de las siguientes dimensiones: Anhedonia, Ansiedad, Búsqueda de atención, Insensibilidad, Falsedad, Depresión, Distraibilidad, Excentricidad, Labilidad emocional, Grandiosidad, Hostilidad, Impulsividad, Evitación de la intimidad, Irresponsabilidad, Manipulación, Desregulación perceptiva, Perseverancia, Afectividad restringida, Perfeccionismo rígido, Asunción de riesgos, Inseguridad por separación, Sumisión, Susplicacia, Creencias y experiencias inusuales y Retraimiento. Estas dimensiones se agrupan, a su vez, en 5 dominios de orden superior (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo) (Krueger, Derringer, Markon, Watson, y Skodol, 2012).

Existen tres versiones de este instrumento, para adultos hay dos formatos, la versión larga que consta de 220 ítems, valorados en una escala Likert de 4 puntos, de la que se obtienen las 25 facetas específicas y los 5 dominios incluidos dentro del modelo, y la breve compuesta sólo por 25 ítems, que resultan en los 5 dominios de la personalidad. En la tabla 10, se muestran los dominios de personalidad que abarcan un espectro con dos polos opuestos: afectividad negativa versus estabilidad emocional; desapego versus extraversión; antagonismo versus amabilidad; desinhibición versus escrupulosidad; y psicoticismo versus lucidez (Krueger et al., 2012).

Tabla 10.- Polaridad de los 5 dominios de orden superior según Krueger et al. (2012).

Positiva	Negativa
Estabilidad emocional	Emocionalidad Negativa
Extraversión	Desapego
Amabilidad	Antagonismo
Escrupulosidad	Desinhibición
Lucidez	Psicoticismo

En el DSM-5 se realiza una valoración politética de los rasgos desadaptativos. Así, para cumplimentar el criterio B del TLP se requiere una afectación moderada o severa de cuatro o más de un global de siete facetas de personalidad, exigiendo que se dé uno de los tres rasgos esenciales (impulsividad, toma de riesgos y/o hostilidad). Los dominios asociados al TLP que se muestran en la tabla 11 son la emocionalidad negativa (incluidos los rasgos de labilidad emocional, autolesiones, inseguridad de separación, ansiedad, baja autoestima y depresión); el antagonismo (hostilidad y agresión); la desinhibición (impulsividad); y la psicoticismo (propensión a la disociación) (Esbec y Echeburúa, 2011; Krueger et al., 2012).

Tabla 11.- Dominios de orden superior y facetas-rasgos asociados al TLP según Krueger et al. (2012).

Dominios	Facetas- rasgos
Emocionalidad Negativa	Labilidad emocional Autolesiones Inseguridad de separación Baja autoestima Depresividad
Antagonismo	Hostilidad Agresión
Desinhibición	Impulsividad
Psicoticismo	Propensión a la disociación

Las propiedades psicométricas de la versión española de PID-5 se examinaron en un estudio multicéntrico en el que han participado nuestro grupo, en dos muestras de 446 sujetos clínicos y 1.036 sujetos comunitarios. Las facetas mostraron buena consistencia interna en ambas muestras ( $\alpha = 0,86$  y  $0,79$ ), fueron unidimensionales bajo enfoques exploratorios y confirmatorios y discriminaron entre sujetos clínicos y no pacientes ( $z = 0,81$ ). Todas las facetas, excepto la toma de riesgos, fueron unipolares, de modo que los polos superiores indicaron patología y los polos inferiores reflejaron normalidad. La estructura jerárquica de uno a cinco factores se confirmó en ambas muestras con coeficientes de congruencia de Tucker superiores a  $0,95$  (Gutiérrez et al., 2017).

En la última versión de la CIE, la 11ª (OMS, 2018), se describen los TPs como “problemas en el funcionamiento de aspectos del yo (identidad, autoestima, exactitud de la autoestima y autodirección) y/ o disfunción interpersonal (capacidad para desarrollar y

mantener relaciones mutuas estrechas y satisfactorias, comprender las perspectivas de los demás y manejar conflictos en las relaciones) que han persistido durante un período prolongado de tiempo (2 años o más). La perturbación se manifiesta en patrones de cognición, experiencia y expresión emocional y comportamientos inadaptados (inflexibles o mal regulados) en una variedad de situaciones personales y sociales (es decir, no se limita a relaciones específicas o roles sociales. No son apropiados para el desarrollo y no pueden explicarse principalmente por factores sociales o culturales ni están asociados con una angustia sustancial o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento” (Bach y First, 2018).

En cuanto a la CIE-11 (OMS, 2018), su borrador, organiza la gravedad según diferentes criterios de intensidad: 1) dificultad de la personalidad (algunos problemas de personalidad en algunas situaciones, pero no de forma generalizada); 2) perturbación simple de la personalidad (patrón persistente de pobre funcionamiento interpersonal y de autocontrol que se manifiesta a cualquier edad); 3) trastorno simple de la personalidad (problemas de personalidad bien delimitados, manifestados en un amplio rango de situaciones); 4) trastorno complejo de la personalidad (problemas de personalidad definidos; generalmente abarcan varios ámbitos de la personalidad y se dan en todas las situaciones); y 5) trastorno severo de la personalidad (igual que el trastorno complejo, pero con riesgo significativo para uno mismo o para los otros) (Esbec y Echeburúa, 2015).

Inicialmente, para la clasificación del trastorno de la personalidad de la CIE-11 se propone un modelo de rasgos dimensionales de 4 dominios de la personalidad: internalizante (lábil, ansioso) representa a los trastornos depresivos y de ansiedad; externalizante (hostil, disocial) corresponde con el abuso de sustancias adictivas y las

características de la personalidad antisocial; anancástico (perfeccionista, rígido) y esquizoide (susceptible y poco empático) (Tyrer, 2013). Posteriormente, se propone un modelo que tiene un soporte empírico consistente y que consta de 5 dominios: afecto negativo, desapego, disocial, desinhibición y anancastia (Mulder, Horwood, Tyrer, Carter, y Joyce, 2016). Se ha proporcionado el Inventario de Personalidad para ICD-11 (PiCD, de sus siglas en inglés *Personality Inventory for ICD-11*). Es una medida de autoinforme validada de la que se realizaron dos estudios en una muestra de 259 participantes que estaban o habían estado recibiendo tratamiento de salud mental y una muestra adicional de 285 participantes (Oltmanns y Widiger, 2018). La versión española de este instrumento ha sido realizada en un estudio multicéntrico por nuestros grupos (Gutiérrez et al., 2020). En la tabla 12 se muestran los dominios y rasgos de la personalidad relacionados con la gravedad según el borrador de la CIE-11 (OMS, 2018).

Por su parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF de sus siglas en inglés, *International Classification of Functioning, Disability and Health*), muestra los siguientes niveles de gravedad: 0 = No afectación; 1 = Afectación leve; 2 = Afectación moderada; 3 = Afectación grave; y 4 = Afectación extrema (World Health Organization, 2002).

Tabla 12.- Dominios y rasgos de la personalidad relacionados con la gravedad según el borrador de la CIE-11 (OMS, 2018)

Dominios	Gravedad	Rasgos de la personalidad
Esquizoide	TP complejo	Indiferencia y frialdad social, introspección, expresión reducida de afectos, susceptibilidad, falta de empatía.
Anancástico	TP complejo	Conducta sobrecontrolada, orden rígido, perfeccionismo, inflexibilidad, cautelas excesivas.
Externalizante	TP complejo	Falta de responsabilidad, antagonismo, insensibilidad ante las necesidades de los demás, ira y conductas agresivas, engaños, egocentrismo.
Internalizante	Dificultades de la P.	Ansiedad, falta de autoestima, timidez, dependencia de otras personas, indecisión.

### 1.1.3.- Modelo etiológico multifactorial del TLP

Como es habitual en la mayoría de las enfermedades mentales complejas la etiología del TLP implica múltiples factores y mecanismos de actuación. Según el Instituto Nacional de Excelencia y Cuidado de la salud (NICE, de sus siglas en inglés, *National Institute for Health and Care Excellence*) (NICE, 2009), las causas del TLP son complejas e indefinidas, y aunque se han descrito distintos factores que pueden estar implicados en su etiología, actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible (Álvarez et al., 2011). Se han propuesto factores de riesgo o “diátesis” como la vulnerabilidad genética, la alteración de los neurotransmisores y la disfunción neurobiológica. Del mismo modo, se han estudiado factores de estrés como los psicosociales particulares padecidos por un individuo como,

por ejemplo, la desorganización del sistema conductual afiliativo (Cole, Llera, y Pemberton, 2009; Goodman et al., 2004; Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley, y Kendler, 2002; Skodol et al., 2002).

El modelo de diátesis-estrés implica una relación entre los factores constitucionales de una persona y la influencia ambiental necesaria para que dicho trastorno se manifieste (Stone, 2014). Ambos factores considerados como fundamentales, donde cada uno de ellos cobraría un peso específico.

Existen varios modelos que han intentado explicar el desarrollo de los TPs basados en la interacción naturaleza y crianza tratando de integrar las experiencias neurobiológicas, psicológicas inter e intrapersonales y los eventos ambientales (p. ej., el trauma) (Cozolino, 2009). Así, el TLP ha sido considerado de modo diferente según nos situemos desde el punto de vista psicoanalítico (Stone, 2014; Gunderson, 2009; O. Kernberg, 1967), interpersonal (Benjamin y Wonderlich, 1994), psicobiológico (Cloninger, Svrakic, y Przybeck, 1993), genético-conductual (Livesley, Jang, y Vernon, 1998; Widiger, Livesley, y Clark, 2009) o cognitivo (Beck y Freeman, 1990; Linehan, 1987; Young, 1994), entre otros paradigmas etiopatológicos. De entre las muchas teorías elaboradas la que más peso tiene es el modelo etiológico multifactorial del TLP (Escribano, 2006).

### **1.1.3. a.- Factores de diátesis**

En cuanto a la vulnerabilidad genética, en estudios realizados de familia y de gemelos, el TLP es unas cinco veces más común entre los familiares biológicos de primer grado de personas con el trastorno que en la población general (APA, 2013). Se ha encontrado una tasa de concordancia del 38% entre gemelos homocigóticos y del 11% entre

heterocigóticos, con un efecto de los genes del 69% para TLP, lo que indica un componente genético significativo (Torgersen et al., 2000).

La investigación neurobiológica y bioquímica sugiere que las anomalías en las redes fronto-límbicas están asociadas con muchos de los síntomas del TLP (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, y Leweke, 2011). Se ha encontrado consistentemente un patrón de alteraciones estructurales y funcionales, apareciendo volúmenes reducidos en córtex prefrontal, amígdala, hipotálamo, córtex cingulado anterior, hipocampo, córtex insular y ventral-estriado (Ruocco, 2005), y disfunción de este mismo circuito, incluyendo córtex dorsolateral, dorsomedial y órbita-frontal (Hughes et al., 2012).

En una revisión sobre el TLP y las alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, los hallazgos sugieren que la comorbilidad con depresión, trastorno de estrés post-traumático, síntomas disociativos e historial de abuso infantil serían mediadores en el perfil psico-neuroendocrino resultante en el TLP (D. J. Zimmerman y Choi-Kain, 2009). Por ejemplo, y de acuerdo con la literatura científica, los sujetos con TLP con altos niveles de depresión/ desregulación afectiva y pocos síntomas de estrés post-traumático, presentan una mayor liberación de cortisol (Carrasco et al., 2007; Wingenfeld, Spitzer, Rullkötter, y Löwe, 2010).

La severidad y cronicidad de los síntomas del TLP suponen alteraciones en las funciones neuropsicológicas. Personas con TLP muestra problemas de adaptación al medio ya que no hacen buen uso de los recursos disponibles en el ambiente a diferencia de los sujetos normales o que padecen otro tipo de trastorno o alteración. Los síntomas clínicos co-ocurren con trastornos de la percepción y de la cognición incluyendo alteraciones de la memoria, el lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas (Kirkpatrick

et al., 2007; Ruocco, 2005; Seres, Unoka, Bódi, Áspán, y Kéri, 2009; Wallis, 2007). Por ejemplo, alteraciones en las funciones de memoria interfieren en el mecanismo de control e inhibición (Fertuck, Lenzenweger, Clarkin, Hoermann, y Stanley, 2006). Para algunos autores una reducida capacidad del control de la interferencia y de la inhibición podrían ser endofenotipos del TLP (Clarkin y Posner, 2005). La desregulación del control inhibitorio de la conducta, la emoción y la cognición son centrales en el TLP (Fertuck et al., 2006).

En cuanto a factores constitucionales, es conocido que los rasgos de la personalidad como la extroversión e introversión, el neuroticismo y la evitación del daño son factores mayoritariamente heredados. Poseer un alto nivel de neuroticismo, baja conformidad, alta evitación del dolor y búsqueda de novedades, predispondría a padecer síntomas de TLP. Se ha demostrado que rasgos como el neuroticismo que hacen difícil llevar una vida plena y saludable al sujeto con TLP, resultan ser más permanentes que otros síntomas psiquiátricos que el sujeto pudiera padecer (Cloninger et al., 1993; Mc Crae y Costa, 1986).

Una investigación con resonancia magnética funcional realizada en personas con TLP, encuentra que los aspectos del *self* que sugieren una mayor complejidad de la autorepresentación, pero menos integración y más valencia negativa, muestran menos consistencia en las representaciones de sí mismos y de los demás. Este estudio no encontró evidencia de trastornos cognitivos sociales específicos del yo. Hubo insensibilidad a la hiperactivación en la corteza prefrontal medial, la unión parietal temporal, varias regiones del polo frontal, el precúneo y la circunvolución temporal media (Beeney, Hallquist, Ellison, y Levy, 2016).

### **1.1.3.b.- Factores de estrés**

Los factores ambientales y sociales hacen referencia a eventos traumáticos (abuso o abandono, relaciones inestables y conflictos hostiles durante la infancia). Entre los factores de riesgo para desarrollar TLP las primeras aproximaciones explicativas tuvieron su origen en la corriente psicoanalítica enfatizándose tres cuestiones:

- Ambivalencia derivada del papel de la separación-individuación, fase en la cual el niño empieza a configurarse como persona independiente.
- Insuficiencia en la configuración del niño por la falta de presencia de la madre.
- Sufrimiento de abusos durante los años de desarrollo del niño.

Paulatinamente han ido sumándose a la literatura científica estudios cuyo objetivo principal es identificar marcadores de exposición en referencia a factores medioambientales (Caballo y Camacho, 2000), así:

- Separaciones o pérdidas parentales: Entre un 37% y un 64% de los pacientes que sufren TLP han padecido este tipo de vivencias durante su niñez.
- Implicaciones parentales alteradas: Percepción de la relación con sus madres como conflictiva, distante o sin compromiso afectivo, y ausencia del padre como relevante.
- Experiencias de abuso infantil, físico y sexual: Aparecen con más frecuencia en los sujetos con TLP comparados con población normal e incluso con otros TPs.

Un estudio ha analizado entrevistas de historias de vida de 5 mujeres para encontrar tres temas de identidad: conexión, distancia entre nosotros y dolor y curación (Agnew, Shannon, Ryan, Storey, y McDonnell, 2016). Los resultados proporcionaron soporte para

conceptualizaciones múltiples y flexibles de identidad en comparación con la idea de una identidad unitaria, apoyo a una identidad múltiple y relacional y el empoderamiento de los aspectos saludables de la identidad en la recuperación del TLP. Los participantes pudieron establecer conexiones con otros, desde la desconexión hasta la intimidad y la atención. Las mujeres informaron que sus identidades se vieron afectadas por la disfunción histórica y actual de la relación con su familia, pero también ilustraron el impacto positivo de las experiencias de curación de las relaciones.

Así, en la hipótesis de los factores estresantes, la herencia genética y el medio ambiente se influirían entre sí, sirviendo las alteraciones neurobiológicas subyacentes asociadas al TLP como vulnerabilidades o predisposiciones, existiendo ambientes más propensos para exacerbarlas, atenuar su impacto negativo o incluso anularlo (Pally, 2002).

#### **1.1.4.- Epidemiología y curso del TLP**

El patrón habitual del curso del TLP comienza con una inestabilidad crónica, seguido por episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo, uso de recursos de salud mental y grandes costos para la sociedad en general, habiéndose identificado este patrón de comportamiento en multitud de lugares del mundo (American Psychiatric Association, 2013).

El historial de investigaciones consultadas coincide en que el inicio de este trastorno se manifiesta en la adolescencia, con una disminución a lo largo de la vida del sujeto de su gravedad, y posterior estabilización.

A pesar de que la tendencia hacia las emociones intensas, la impulsividad, y la intensidad en las relaciones permanece durante toda la vida, las personas que se sometan

a una intervención terapéutica a menudo muestran una mejoría en algún momento durante el inicio durante el primer año de tratamiento (APA, 2013).

Según el DSM-5 la prevalencia del TLP en la población general es del 1.6%, aunque podría ser tan elevada como un 5.9%. Los registros muestran porcentajes del TLP del 6% de los pacientes en la atención primaria, un 10% en centros ambulatorios de salud mental y un 20% en hospitalización psiquiátrica. Se diagnostica principalmente en mujeres (75%), y suele disminuir en los grupos de mayor edad (APA, 2013), siendo el segmento de edad más afectado el que abarca de los 19 a los 35 años (Moreno y Medina, 2006).

El TLP es el TP más ampliamente estudiado en los adolescentes, y parece ser semejante al trastorno adulto a partir de los 14 años de edad (Westen, Shedler, Durrett, Glass, y Martens, 2003). En población menor de 18 años la prevalencia en adolescentes en el contexto ambulatorio es del 11% (Chanen, Jovev, McCutcheon, Jackson, y McGorry, 2008).

En un estudio comparativo el 3.2% de las niñas y niños de 11 años cumplían criterios de trastorno límite respecto al 5.9% de las mujeres y hombres adultos. Se encontró la misma tasa, en ambas muestras, en cuanto a sensación crónica de vacío, actos de daño físico a sí mismo y relaciones tormentosas, en ambas muestras. Hubo una mayor tendencia al enfado y mal humor en los niños, y más síntomas paranoides, disociativos, perturbaciones graves de la identidad, impulsividad y esfuerzos frenéticos por evitar el abandono en los adultos (Zanarini, Horwood, et al., 2011).

En general, la estabilidad del diagnóstico entre adolescentes y adultos no difiere mucho aunque es más baja cuando se analiza de manera categórica y más estable a nivel dimensional (Chanen et al., 2008).

Los pacientes con TLP de más edad mostraron menos impulsividad que los más jóvenes, pero no hubo diferencias en cuanto a la alteración del afecto, la alteración de la identidad y los problemas interpersonales (Stevenson, Meares, y Comerford, 2003).

Algunos síntomas que son puntos de referencia del TLP en el paciente joven, como la identidad, la impulsividad, la automutilación, la toma de riesgos y el abuso de sustancias no parecen definir el trastorno al final de la vida (Rosowsky y Gurian, 1992). Los cambios en el entorno o el contexto social de las personas mayores pueden causar que los síntomas centrales se manifiesten de manera diferente (Rosowsky y Gurian, 1992). La alteración de la identidad en la vejez puede evidenciarse por la incapacidad de formular planes futuros o realizar actividades dirigidas a objetivos. La anorexia puede ser un sustituto de formas más obvias de automutilación. Los pacientes de edad avanzada con trastornos graves de la personalidad pueden mostrar disrupciones en los hogares de ancianos y otros sistemas de prestación de servicios (Rosowsky y Gurian, 1992).

La investigación sobre el TLP en la vejez es limitada, pero sugiere que algunas de las características centrales, incluidas las dificultades interpersonales, el afecto inestable y la ira, permanecen relativamente sin cambios, mientras que la impulsividad y los trastornos de identidad disminuyen o modifican su modo de expresión (Hunt, 2007). El diagnóstico de TLP en edades avanzadas requiere una aplicación flexible de los criterios estándar así como una historia longitudinal completa. En entornos de cuidado de la vida tardía como hogares de ancianos y otras instalaciones residenciales, el personal debe estar formado para establecer límites apropiados en el comportamiento problemático mientras mantiene la empatía y valida el afecto doloroso que a menudo experimentan (Hunt, 2007)

Los trastornos de la personalidad difieren en la prevalencia según el género. Los hallazgos más sorprendentes se refieren al TP antisocial, que es más común en los hombres, y al TLP, que es más común en las mujeres. Antiguamente, estas diferencias no se han considerado artefactos, sino que reflejan diferencias de género en los rasgos de personalidad que subyacen al diagnóstico del Eje II (Paris, 2004). Actualmente no se considera que existan diferencias reales de prevalencia del TLP en la población general (Leichsenring et al., 2011), sino que las diferencias estarían relacionadas con el no reconocimiento de diferentes expresiones del trastorno, que pueden variar en función del género (Banzhaf et al., 2012).

En un estudio sobre diferencias de género compuesto de 57 hombres y 114 mujeres con TLP, en los trastornos del Eje I y II, en un análisis exploratorio, los hombres con TLP presentaron mayor frecuencia de trastorno por atracón, TP antisocial, TP narcisista y trastorno de conducta en la infancia, mientras que las mujeres tenían con más frecuencia bulimia nerviosa, trastorno de estrés postraumático y trastorno de pánico con agorafobia. Después de corregir múltiples pruebas, solo permanecieron significativas las diferencias de género en el TP narcisista y TP antisocial. En el perfil sintomático del SCL-90-R no se identificaron diferencias de género. En los rasgos dimensionales de la personalidad del NEO-PI-R (de sus siglas en inglés, *NEO Personality Inventory-Revised*) las mujeres mostraron más neuroticismo y amabilidad en comparación con los hombres, y en el DAPP-BQ (de sus siglas en inglés, *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire*) los hombres mostraron más conducta disocial. Manteniéndose las diferencias de género significativas sólo para el neuroticismo y el comportamiento disocial. Así, según los autores de este estudio, aunque los resultados mostraron diferencias de género en la comorbilidad del TLP con los ejes I y II y los rasgos de

personalidad dimensionales, en general, refieren que se mostraron más similitudes que diferencias entre los hombres y mujeres con TLP (Banzhaf et al., 2012).

A veces resulta complicado distinguir el TLP de otras enfermedades mentales. El trastorno límite presenta una gran comorbilidad con trastornos del eje I, en especial con la distimia, el trastorno depresivo mayor, el abuso de sustancias y los trastornos psicóticos, por lo que pueden recibir tres o más diagnósticos como el trastorno de ansiedad, de alimentación y somatomorfo (M. Zimmerman y Mattia, 1999). El TLP también se superpone considerablemente con el trastorno de estrés postraumático y trastornos del espectro bipolar (Hunt, 2007).

Las tendencias suicidas recurrentes son a menudo las razón por la que estos individuos acuden en busca de ayuda, motivo que les hace usuarios frecuentes de los servicios de salud. Los actos de automutilación (como cortes y quemaduras) y las amenazas e intentos suicidas son muy comunes ya que un 70% han tenido conductas de tipo suicida o parasuicida (Zanarini et al., 2002) o han realizado un acto suicida a lo largo de la vida (Escribano, 2006). Por su parte, entre un 8 y un 10 % han consumado el suicidio (APA, 2013; Paris y Zweig-Frank, 2001).

Se ha demostrado que las autolesiones cumplen varias funciones en el TLP. Se pueden producir por varios motivos: como respuesta al miedo al abandono, por autopunición, por castigo “por ser malo”, para comunicar, expresar ira y otras emociones, para sentir algo, superar el aturdimiento, tener el control, como protección del suicidio, para disminuir pensamientos de suicidio, para estabilizar el estado de ánimo (Houben et al., 2017), para reducir el estrés mediante el dolor (Willis et al., 2017), para activar el sistema de

recompensa (adicción) o para una mayor activación del córtex orbitofrontal durante el juego (Vega et al., 2017).

En los estudios de seguimiento se observa que en muchos pacientes con TLP hay una remisión consistente y estable de los síntomas agudos (automutilación o intentos de suicidio), pero presentan recurrencias de síntomas temperamentales (ira crónica/frecuentes actos de enojo o intolerancia a la soledad) (tabla 13) (Gunderson, 2011; McGlashan et al., 2000; Paris y Zweig-Frank, 2001; Zanarini, Frankenburg, Hennen, y Silk, 2003; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, y Silk, 2004, 2006; Zanarini et al., 2007; Zanarini, Frankenburg, Reich, y Garrett, 2010; Zanarini, Frankenburg, Reich, y Fitzmaurice, 2012, 2016).

En un estudio de Skodol y colaboradores, los individuos que remitieron sus síntomas de TLP continuaron con criterios diagnósticos para otros TPs. La sintomatología de autoagresividad o la evitación de la soledad mostraron más cambios a través del tiempo que la labilidad afectiva, impulsividad o rabia intensa (Skodol et al., 2005).

En un estudio de Zanarini (2006), las variables que encontraron favorables para la remisión del TLP fueron la ausencia de abuso sexual, que no hubiera uso de sustancias, un buen historial vocacional, niveles bajos de neuroticismo y la ausencia de trastornos de ansiedad (Zanarini, 2006). En otro estudio del mismo autor y su grupo, en una muestra de 72 personas que presentaban diagnóstico de personalidad, se observó una persistencia de síntomas afectivos de soledad y dependencia (Zanarini et al., 2007).

Tabla 13.- Resumen de resultados de estudios longitudinales en TLP según diferentes autores

Estudio	Año	N	Duración	Evolución
Paris y Zweig-Frank	2001	64	27	20 años, 92% remisión Persisten dif. interpersonales 10% suicidio
Zanarini et al.	2003	275	6	2 años, 39% remisión
	2004	290	10	6 años, 75% remisión
	2006			10 años, 88-93% remisión
	2007			50% recuperación funcional
	2010			laboral, social y vocacional
	2012		16	16 años, 78-99% remisión
	2016			40-60% recuperación funcional social y vocacional Recurrencia 10-36% Pérdida recuperación 20-40%
Gunderson	2000	175	10	1 año, 59% remisión
	2011			10 años, 85% remisión 12% recaída Recuperación funcional leve

\*Elaboración propia

Con el paso de los años tiende a producirse una mejora notable de los síntomas, así, durante la década de los 30 y 40 años, una gran parte de los sujetos alcanzan una mayor estabilidad en el funcionamiento social y profesional (APA, 2013). En los estudios de seguimiento identificados en los centros ambulatorios de salud mental, después de unos 10 años, casi la mitad de las personas ya no cumplían con todos los criterios para el TLP (APA, 2013).

No obstante, los rasgos disfuncionales de personalidad tardan más en cambiar comparados con las manifestaciones clínicas sintomáticas, siendo los rasgos los que tienen el potencial de generar conflictos interpersonales e intrapersonales (Grilo, McGlashan, y Skodol, 2000).

Un estudio utiliza datos de entrevistas semiestructuradas de 1.870 adultos que acuden a tratamiento ambulatorio e investigan si los criterios de impulsividad, inestabilidad afectiva, vacío e irascibilidad del TLP contribuyen por sí mismos, en ausencia de los otros ocho criterios diagnósticos, al deterioro psicosocial. Encuentran que cada uno de estos criterios estaba asociado con la disfunción. Sin embargo, solo el criterio de vacío era un marcador de deterioro en todos los índices de morbilidad psicosocial de suicidio, antecedentes de intentos de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas, sociales, y disfunción laboral, comorbilidad del eje I y funcionamiento global (Ellison, Rosenstein, Chelminski, Dalrymple, y Zimmerman, 2016).

Otro estudio reciente evalúa mediante la STIPO una muestra de 50 pacientes con diagnóstico de TLP en seguimiento en la red pública de Salud Mental. Muestra que las variables con mejor valor predictivo de la funcionalidad cuando son evaluados con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), (o GAF, de sus siglas en inglés, *Global Assessment of Functioning Scale*) fueron el dominio Identidad, que explicó un 26 % de la varianza, y la subescala Identidad- Sentido del *self* que explicó el 31 % en el GAF (Esguevillas et al., 2018).

Un estudio de 12 meses de seguimiento encuentra que el nivel general de desregulación emocional es un factor de mantenimiento de cuatro características del TLP

entendidas como inestabilidad afectiva, trastornos de identidad, relaciones negativas e impulsividad (Stepp et al., 2014).

En lo que respecta, al criterio de alteración de la identidad, en la tabla 14 se muestra la evolución en un estudio de seguimiento a 10 años de Zanarini (Zanarini et al., 2007).

Tabla 14.- Seguimiento a 10 años del criterio de alteración de la identidad según Zanarini et al. (2007)

Alteración de la identidad		
Años de seguimiento	TLP (n= 228)	Otros TPs (n=30)
2 años	60,2%	39,3%
4 años	39,0%	14,3%
6 años	18,0%	3,6%
8 años	7,3%	0,0%
10 años	2,7%	0,0%

### 1.1.5.- Intervenciones psicoterapéuticas

En cuanto a estrategias psicoterapéuticas, en un artículo de revisión se analiza la producción científica sobre el TLP en revistas españolas desde el 2010 al 2015. Se concluye que la mayor producción a nivel nacional es en adultos (68.6%), respecto a adolescente (27,5) e infantil (3,9). La terapia que se ha estudiado más es la Terapia Dialéctico-Conductual (63%), aunque con tendencia al alza de las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (16%) (Luciano y Wilson, 2002), y las técnicas de *mindfulness* (Linehan, 2015; Stahl y Goldstein, 2016) y de EMDR (de sus siglas en inglés, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) (11%) (Brown y Shapiro, 2006; Mosquera, Leeds, y Gonzalez, 2014). De corte dinámico, destaca la

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (45%), seguida de la Terapia Basada en la Mentalización (20%). Por lo tanto, predominan más estudios sobre las terapias que cuentan con un manual en nuestro idioma (Bateman y Fonagy, 2016; Linehan, 2003; Yeomans, Clarkin, y Kernberg, 2016). Por otra parte, las autoras, encuentran que en nuestro entorno, destaca la escasez de publicaciones sobre aspectos psicofarmacológicos y etiológicos, diseño de nuevos instrumentos de medida o diagnóstico diferencial, antecedentes traumáticos, de abusos y ambiente invalidante o elementos de vulnerabilidad sufridos (Fernández-Guerrero y Palacios-Vicario, 2017).

La Guía de Práctica Clínica (GPC) de la NICE (NICE, 2009), establece como buena práctica clínica, por consenso del grupo de trabajo de expertos, la psicoeducación como una intervención inicial para mejorar la información de los pacientes sobre su trastorno.

A nivel de terapias psicológicas individuales y grupales con un grado de recomendación C (regular) sólo tenemos la terapia centrada en esquemas (TCE):

- La Terapia Centrada en Esquemas (ST de sus siglas en inglés, *Schema Therapy*) de Jeffrey Young, trabaja aspectos cognitivo-analíticos de patrones de pensamiento formados durante el proceso de desarrollo infantil y a lo largo de la vida (Farrell y Shaw, 2014) para mejorar la sintomatología así como la recuperación clínica y la calidad de vida (Álvarez et al., 2011).

En lo que se refiere a programas de terapias psicológicas se recomienda con un grado B (bueno) la terapia dialéctico conductual:

- La Terapia Dialéctica Conductual (DBT, de sus siglas en inglés, *Dialectical Behavior Therapy*), proveniente de la teoría de Marsha Linehan. Fue creada especialmente para pacientes límite graves con alto índice de conductas suicidas,

habiendo sido la primera en demostrar su validez. Es una aproximación integradora y adopta la perspectiva conductual, la práctica Zen contemplativa de Occidente, y la filosofía dialéctica que media entre ambas (Linehan, 2003). Esta terapia ayuda a reducir la frecuencia de intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, y a disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico (Álvarez et al., 2011).

En el ámbito ambulatorio en hospital de día se recomienda con un grado C (regular), la terapia basada en la mentalización (TBM):

- El Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT, de sus siglas en inglés, *Mentalisation Based Therapy*) de Bateman y Fonagy (1999) aporta datos a favor de la eficacia del tratamiento psicoanalítico por la base teórica consistente, la focalización en la relación, y el mantenimiento de la terapia durante tiempo (Díaz-Benjumea, 2002). Los autores definen el TLP como un trastorno del apego, y la terapia se centra en el análisis de los modelos de relación y los factores inconscientes que inhiben el cambio. Consigue mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal (Álvarez et al., 2011).

Aunque no existe suficiente evidencia para recomendar el uso de muchas de las psicoterapias utilizadas habitualmente, indicadores como la disminución y/o remisión de la psicopatología, apuntan a un beneficio en su utilización. Si buscamos en la literatura de investigación, la más estudiada, como hemos comentado, ha sido la Terapia Dialéctica Conductual (Kliem, Kröger, y Kosfelder, 2010; Kroger y Kosfelder, 2007), seguida del Tratamiento Basado en la Mentalización, la Terapia Centrada en Esquemas, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, STEPPS y la Psicoterapia Cognitivo-

Analítica (Van Wel et al., 2006). Sin embargo, con el tratamiento convencional esta patología límite no está debidamente tratada, por lo que el funcionamiento psicosocial continúa afectado, presentando una red social limitada, problemas familiares, absentismo, desempleo, inestabilidad laboral, y limitación de la autonomía personal (Stoffers, Völlm, Rücker, Huband, y Lieb, 2013).

- La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP, de sus siglas en inglés, *Transference Focused Psychotherapy*), de corte psicoanalítica y basada en la Teoría de las Relaciones Objetales, aborda las relaciones de objeto que subyacen en la organización estructural de la personalidad (O. Kernberg, 1967; O. Kernberg, 1984; Yeomans et al., 2016). Considera como núcleo del trastorno la internalización de patrones relacionales que implican un uso intenso y frecuente de la escisión y otros mecanismos defensivos primitivos. Cada vez más orientada a poblaciones con TPs graves (Levy, Meehan, Weber, Reynoso, y Clarkin, 2005), esta terapia utiliza como foco el trabajo sistemático de las distorsiones transferenciales (errores en la percepción e interpretación del otro, sus intenciones y sus deseos). El modelo teórico que la sustenta esta intervención propone una interacción dinámica de temperamento y factores ambientales como el apego inseguro, los déficits en la mentalización, el bajo control y otros déficits neurocognitivos.

- La Psicoterapia Cognitivo Analítica (CAT, de sus siglas en inglés *Cognitive Analytic Therapy*) es una psicoterapia desarrollada inicialmente en el Reino Unido en los años 80 por Anthony Ryle (Ryle y Kerr, 2008), con el objetivo de proporcionar un tratamiento psicológico eficaz, breve, asequible y realista para un sistema de salud pública limitado en recursos. Las influencias teóricas de este modelo de intervención están en la psicología evolutiva, la teoría del apego de Bolwby, y el constructivismo social de Vigotsky. Para poder aplicar la CAT en el TLP ha sido necesario extender la duración del

tratamiento, manteniendo las mismas fases del proceso. La CAT utiliza un formato gráfico con diagramas de flujo (Ryle y Kerr, 2008) con trampas, pegas, dilemas y procedimientos de respuestas, estados mentales y roles recíprocos disfuncionales y funcionales.

Respecto a las diferencias de género en términos de utilización del tratamiento, los hombres con TLP tienen más probabilidades de tener antecedentes de tratamiento relacionados con el abuso de sustancias, mientras que las mujeres tienen más probabilidades de tener antecedentes de tratamiento caracterizados por más farmacoterapia y psicoterapia (Goodman et al., 2010).

Para los familiares de la persona que padece TLP la vida cotidiana es normalmente muy estresante pudiendo actuar sin saberlo de maneras que empeoran los síntomas (Álvarez et al., 2011). Por ello se recomienda la psicoeducación, para disminuir la carga familiar percibida y mejorar las habilidades de afrontamiento del entorno frente al trastorno (Martino et al., 2014).

En España para la rehabilitación psicosocial, utilizamos como en el resto de pacientes crónicos el PIRR (Programa Individualizado de Recuperación y Rehabilitación), con el objetivo de la reinserción socio-laboral y mejora de la funcionalidad. Algunos profesionales han empezado a utilizar como método de terapia de grupo ACO: Aprendiendo a Conseguir nuestros Objetivos, adaptado del programa DBT-ACES (de sus siglas en inglés, *Accepting the Challenges of Exiting the System*) (Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned, y Elwood, 2010; Hoeschel et al., 2011).

En lo que respecta al objeto de esta tesis, la alteración de la identidad es un síntoma de difícil resolución e indicador de mal pronóstico, por lo que es de vital importancia el tratamiento (Zanarini et al., 2007):

- Un estudio evaluó el impacto de un programa de TDC sobre la autoestima y el autoconcepto en 40 mujeres con TLP siendo 20 las que recibieron tratamiento y 20 estuvieron en lista de espera. Las pacientes en el grupo de tratamiento mostraron una mejora significativa en el autoconcepto, la autoestima global, las habilidades sociales y la confianza social (Roepke et al., 2011).
- Un estudio prospectivo de comparación de dos grupos evaluó a 44 pacientes con TLP, con 32 pacientes recibiendo tratamiento hospitalario estructurado y específico con un enfoque que combinaba PFT con módulos de capacitación en habilidades conductuales dialécticas durante doce semanas y 12 con tratamiento hospitalario ordinario. EL grupo de PFT + TDC mostró una disminución significativa en la difusión de identidad ( $p < 0,001$ ) y mejoras en la inestabilidad de la imagen de uno mismo y de los demás ( $p < 0,008$ ), así como en la sintomatología afectiva, respecto al grupo control (Sollberger et al., 2015).
- Una investigación ha demostrado que la terapia combinada con psicoterapia interpersonal adaptada a TDC y fluoxetina durante 32 semanas fue superior al tratamiento farmacológico, en un grupo de 27 pacientes con TLP, en miedo al abandono, inestabilidad afectiva y la alteración de la identidad (Bellino, Bozzatello, y Bogetto, 2015).
- Otro estudio compara durante un año tres grupos de síntomas; la alteración sobre el sí mismo, la regulación emocional y la impulsividad, en base a dos tipos de tratamientos, el modelo conversacional ( $n = 29$ ) y el habitual ( $n = 31$ ). En el tratamiento habitual mejoró la regulación emocional y la impulsividad pero la alteración sobre el sí mismo no se modificó. Y en el tratamiento del modelo conversacional "el sí mismo"

mejoró y la "regulación emocional" mejoraron. Estos autores concluyen que los trastornos de identidad, el vacío y miedo al abandono, es decir la incoherencia dolorosa, son características más centrales del TLP que la depresión típica (Meares, Gerull, Stevenson, y Korner, 2011).

- De un estudio sobre la tasa de cambio del tratamiento en el TLP que toman medidas sobre la ira, agresión, impulsividad, depresión, funcionamiento global y ajuste social, se derivaron varias conclusiones: (a) la agresividad y la afectividad negativas basales predijeron el dominio de cambio de descontrol agresivo; (b) la difusión de identidad basal predijo el dominio de cambio de ajuste social/ autoaceptación y (c) el ajuste social basal predijo la tolerancia al conflicto/ control de comportamiento (Lenzenweger, Clarkin, Levy, Yeomans, y Kernberg, 2012).

- En un estudio con resultados preliminares de una muestra de 170 sujetos con diagnóstico mediante DIB-R se encuentra que los sujetos que habían realizado al menos una tentativa autolítica (n=140) tenían más alteración de la identidad que los que nunca lo habían hecho. De hecho, a mayor número de tentativas autolíticas mayor alteración de la identidad, siendo la alteración de la identidad y el sentimiento de vacío las únicas medidas que correlacionaron significativamente. Por lo tanto, se concluye que la alteración de la identidad está relacionada con los intentos de autolisis en mayor medida que la impulsividad, la inestabilidad afectiva y otros síntomas propios del TLP, y que en el momento de diseñar programas de tratamiento es fundamental incluir un abordaje específico de la alteración de la identidad (Vila, 2014).

- En cuanto a la intervención para la configuración de la identidad en la población juvenil se ha creado el Tratamiento de la Identidad Adolescente (AIT, de sus siglas en inglés, *Adolescent Identity Treatment*) (Foelsch, Schlüter-Müller, y Odom, 2015), como una modificación de la PFT. La PFT facilita la reintegración de una identidad más plena,

más rica y con más matices. Esta terapia implica un proceso interpretativo escalonado modificado para los pacientes con trastornos más severos, para aumentar la capacidad de representar y contener cognitivamente su experiencia afectiva. Esto permite mejoras en su función reflexiva, y en la capacidad de manejar y reflexionar simbólicamente sobre su experiencia en la transferencia (Diamond et al., 2013). La AIT interviene sobre aspectos que perjudican el desarrollo normal de la integración de la identidad, en lugar de “forzar la maduración”, con los objetivos de mejorar las relaciones del adolescente con sus amigos, padres y profesores. Esta estrategia permite clarificar objetivos en la vida, adquirir autoestima y estar preparado para comprometerse en las relaciones amorosas (Foelsch, Odom, y Kernberg, 2008). El objetivo de la intervención es facilitar un ambiente con un nivel óptimo de estrés emocional para que el paciente pueda experimentar los afectos con más tolerancia e integración y generar vías neurales para aumentar la autorregulación. En la narración de la experiencia se integrarían a nivel lingüístico cortical y de estimulación afectiva subcortical, lo que generaría cambios en la estructura y funcionalidad cerebral (Foelsch, Schlüter-Müller, y Odom, 2015). A nivel neurobiológico, el tratamiento de la identidad consistiría en la integración de pensamientos, comportamientos, sensaciones y emociones por medio de la construcción e integración de circuitos corticales implicados en la capacidad de inhibir y regular la activación subcortical (Cozolino, 2009).

En esta breve introducción podemos observar que, efectivamente, el TLP ha suscitado una amplia investigación durante las últimas décadas. A pesar de las dificultades iniciales para su definición, como vemos posteriormente, la validez del trastorno límite de personalidad se encuentra actualmente aceptada.

## **1.2.- La alteración de la identidad**

---

Uno de los síntomas característicos del TLP es la alteración de la identidad, que se caracteriza por cambios repentinos y muchas veces impredecibles en afectos, conductas y formas de relacionarse.

Un sujeto con problemas de identidad se describe de manera superficial y poco elaborada, y puede mostrar síntomas depresivos o disociativos, así como tener una imagen inestable e incoherente de sí mismo (“no tengo ni idea de quién soy”) (Schmeck, Schlüter-Müller, Foelsch, y Goth, 2013).

### **1.2.1.- Aspectos históricos del término identidad**

La identidad personal se considera importante para la salud psicológica y el funcionamiento adaptativo, y su desarrollo depende de elementos de la cultura moderna (Jørgensen, 2006). La alteración de la identidad de los pacientes con TLP debe entenderse en relación no solo con la historia personal y las estructuras internas sino también con la organización social contemporáneas (Jørgensen, 2006). Algunos antecedentes históricos del concepto de identidad, según diferentes autores, se muestran en la tabla 15.

Tabla 15.- Antecedentes históricos del concepto de identidad según diferentes autores

Autor	Año	Descripción del concepto de identidad
James	1890	Yo: sensación subjetiva de ser uno mismo o unicidad, evidencia vital experimentada a nivel emocional que se caracteriza por la estabilidad a través de metas, talentos, roles, relaciones y un buen acceso a las propias emociones. Mi: autorreflexión que lleva al conocimiento y consciencia integrada sobre uno mismo.
Tusk	1919	Introduce el término “Identidad”: forma en que las personas se autodescubren a lo largo de la vida, lo que conduce a encontrarse con uno mismo y re-experimentarse periódicamente.
Blos	1954	Post-adolescencia o adolescencia patológica prolongada: influenciada por el contexto social en cuanto al tiempo que un individuo tiene para desarrollar su propia identidad. En épocas de libertad y prosperidad, la sociedad acepta un tiempo mayor de experimentación con varias identidades en relación al trabajo, relaciones y responsabilidades.

Tabla 15.- Antecedentes históricos del concepto de identidad según diferentes autores (continuación)

Autor	Año	Descripción del concepto de identidad
Erikson	1968	<p>Crisis: aspecto del desarrollo de cada etapa y durante toda la vida. Cada tendencia conflictiva debe ser resuelta para un desarrollo sano del yo. Los desafíos no concluidos reaparecerán con problemas en el futuro. Ocho crisis psicosociales:</p> <p>Confianza/ desconfianza: lactante (0-1 año) tolera frustraciones, reconoce a su madre como diferente de otros y de sí mismo, sensación de bienestar en lo físico y psíquico proporcionada por el vínculo establecido, base de sus futuras relaciones con padres y hermanos.</p> <p>Autonomía/ vergüenza y duda: bebé (1- 3 años) acepta la realidad contra los principios de satisfacción, autonomía física, sistema retentivo y eliminativo, verbalización y expresión oral, inicio del autocontrol y confianza en sí mismo.</p> <p>Iniciativa/ culpa: preescolar (3- 6 años) explora su cuerpo y el medio, distingue sexos, perfecciona el lenguaje, inicia planear actividades y tareas con la familia, inventa juegos, desarrolla la capacidad para dirigir y tomar decisiones.</p> <p>Laboriosidad/ inferioridad: el escolar (6- 12 años) es industrioso, explora, colecciona, descubre su sexo, le gusta aprender y obtiene reconocimiento por parte de los profesores y vecinos.</p> <p>Identidad/ confusión de identidad: adolescente (12- 18 años) se compromete con grupos y modelos de roles, posee un sentido personal de mismidad o continuidad en el tiempo y a través de situaciones y un sentido de agencia interno.</p> <p>Intimidad/ aislamiento: adulto joven (18- 35 años) hace compromisos con amigos, pareja y termina su carrera.</p> <p>Generatividad/ estancamiento: adulto medio (35- 55 años) cuida de los hijos, comparte con compañeros de trabajo.</p> <p>Integridad/ desesperación: adulto viejo (55 años- adelante) mira hacia atrás y está de acuerdo con las decisiones vitales que ha tomado, tiene una sensación de plenitud y sabiduría.</p>

Tabla 15.- Antecedentes históricos del concepto de identidad según diferentes autores (continuación)

Autor	Año	Descripción del concepto de identidad
Bowlby	1969	Los vínculos emocionales facilitan el desarrollo y mantenimiento de representaciones mentales de uno mismo y de los demás que ayudan a predecir y comprender los sucesos, y emprender conductas para sentirnos seguros. Los modelos internos del yo surgen de la interacción del individuo con otra/s personas próximas y de las creencias acerca de cuanto de aceptable es uno mismo a los ojos de las figuras tempranas de apego.
Marcia	1980	Posiciones o “estatus de identidad”: presencia/ ausencia de período de decisión (crisis), junto con la amplitud del compromiso personal, en cuanto a ocupación e ideología. Entonces, aparecerá: Difusión de la identidad: crisis constantes sin llegar a una fase de cohesión (crisis, no compromiso). Forclusión/ exclusión: gran compromiso sin considerar alternativas o experimentar periodo previo de reflexión (no crisis, compromiso). También denominada identidad hipotecada, prematura. Moratoria: no resolución de identidad, permanece en un estado de búsqueda (crisis incierta, compromiso incierto). Logro de la identidad: integración de contenidos de familia, profesión, religión y valores y llegar a alguna clase de solución de compromiso (crisis, compromiso).
Bellack	1984	Funciones mentales del ego: sentido de sí mismo y del mundo, contacto con la realidad, juicio crítico, regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos, relaciones objetales, regresión adaptativa, procesos cognitivos, mecanismos de defensa, filtro de estímulos, y función sintético-integrativa.
Marcus y Wurf	1987	Estructura dinámica y multifacética que varía según las situaciones, incluye sentimientos +/- y supuestos acerca de uno mismo o autoesquemas; <i>selfs</i> real, ideal y debería; y el asociado a contextos situacionales y culturales.

Tabla 15.- Antecedentes históricos del concepto de identidad según diferentes autores (continuación)

Autor	Año	Descripción del concepto de identidad
Écuyer	1994	Concepto de sí mismo o autoconcepto y lo divide en seis tipos: Material (somático y posesivo); Personal (psicológico, representaciones sobre sí mismo); Adaptativo (valor y actividades); Social (preocupaciones y actitudes, y relaciones sexuales); No-mismo (representaciones de los demás y de cómo lo perciben); Moral.
Delval	1994	Sitúa en la adolescencia temprana o pubertad, los cambios físicos, la separación de los padres, y en la adolescencia tardía, los planes respecto a la vida futura, la independencia de la vida familiar, pasar más tiempo fuera de casa con los amigos, y los cambios en la vida social y el pensamiento.
Akhtar y Samuel	1996	Identidad: imagen corporal realista, sensación subjetiva de ser uno mismo, actitudes y comportamientos consistentes, continuidad temporal de la experiencia del <i>self</i> , genuinidad y autenticidad, claridad de género, consciencia internalizada, etnicidad.

Tabla 15.- Antecedentes históricos del concepto de identidad según diferentes autores (continuación).

Autor	Año	Descripción del concepto de identidad
Western y Heim	2003	Identidad: construcción personal desarrollada a través de la integración de múltiples identificaciones y des-identificaciones con otros significativos y grupos de referencia, y construcción social generada a través de la internalización de roles y del reflejo de las valoraciones de otros.
Leary y Tangney	2003	Autoconcepto: incluyen uno de estos tres procesos: Atención: dirigirla hacia nosotros mismos, consciente o inconsciente. Cognición: pensar conscientemente sobre nosotros mismos, y construir una identidad y guiar el comportamiento y emociones. Regulación: controlar lo que pensamos y sentimos sobre nosotros mismos, y sobre nuestro comportamiento.
Arnett	2004	Adulthood emergente: 18 y 24 años (pudiendo llegar hasta los 30 años).
Goth et al.	2012	Identidad/ <i>self</i> : Subjetiva: continuidad, un núcleo estable, acceso emocional. Definitoria: coherencia, un todo integrado, acceso cognitivo.

En el adolescente ocurren cambios que requieren su adaptación, entre ellos, la entrada en la sociedad adulta, la ruptura de la identificación con los padres, la lucha por ser independientes, la admiración hacia figuras alejadas que adquieren una dimensión simbólica, la identificación con creencias o ideales de vida más abstractos, las nuevas relaciones afectivas con las amistades, el amor y las relaciones sexuales. En este contexto, en la búsqueda de la identidad personal es de gran importancia la imagen corporal, el egocentrismo social, la unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. En el contexto psicoterapéutico debe considerarse si la adolescencia se prolonga de una forma normativa o si empieza a volverse patológica (Foelsch et al., 2015).

El concepto de identidad narrativa implica una continuidad personal del pasado, presente y futuro, y se basa en la capacidad integrar aspectos y tendencias contradictorias en un sentido y una visión coherente de sí mismo. En los trastornos neuróticos, esto solo es posible a costa de la represión de deseos y posibilidades para el desarrollo personal. Los pacientes con TLP carecen de la capacidad para establecer un autoconcepto coherente, y adoptan una postura 'posmoderna' de su vida, cambiando de un presente a otro e identificándose con el afecto actual. Sus mecanismos de defensa consisten en una división temporal del yo, que excluye el pasado y el futuro como dimensiones de la constancia, vinculación, compromiso, responsabilidad y culpa. La fragmentación temporal del yo evita la necesidad de tolerar la ambigüedad amenazante y la incertidumbre de las relaciones interpersonales, pero el precio consiste en un sentimiento crónico de vacío interno causado por la incapacidad de integrar el pasado y el futuro en el presente y así establecer un sentido coherente de identidad (Fuchs, 2007).

Un estudio ha analizado los recuerdos autobiográficos (que generan autoconcepto e identidad narrativa de significado) y los guiones de la vida (que representan las expectativas culturalmente compartidas en cuanto al orden y el momento de los eventos de la vida), en 17 pacientes con TLP, 14 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y 23 controles no clínicos. Los resultados mostraron que los pacientes con TLP informaron sustancialmente de más recuerdos negativos, y sus narraciones de memoria fueron menos coherentes y más desordenadas en comparación con los otros dos grupos (Jørgensen et al., 2012).

Una investigación examina la relación entre la identidad dividida, la identidad difusa, y la impulsividad medida con el BSL-23 (de sus siglas en inglés *Borderline Symptom List, short form*) y la escala límite del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI-BOR) en una muestra no clínica (n= 204). Solo la difusión de identidad hizo una contribución significativa a la varianza del rasgo de impulsividad límite mientras que la identidad dividida hizo una contribución significativa con respecto a la frecuencia de ocurrencia de comportamientos autolesivos (Gagnon, Vintiloiu, y McDuff, 2016).

Más recientemente se han estudiado tres constructos: conectividad, narrativa y agencia (capacidad de actuar con coherencia y estabilidad en el tiempo), respecto las manifestaciones temporales del yo y la alteración de la identidad en el TLP, concluyéndose que existe un déficit de memoria y un auto-procesamiento alterado en estos pacientes (Gold y Kyratsous, 2017).

La angustia de identidad, medida con la Escala de Angustia de Identidad (IDS) (Berman, Montgomery, y Kurtines, 2004), se ha encontrado relacionada con las construcciones de estilo de identidad y estado de identidad. La angustia de identidad se

ha asociado con la exploración de identidad y se ha correlacionado positivamente con el estilo informativo, y negativamente con el compromiso de identidad (Berman, Montgomery, y Kurtines, 2004).

Algunos autores han sugerido que un trastorno alimentario puede servir para crear una identidad (Bulik y Kendler, 2000) o lograr una nueva identidad (Lampard, Byrne, McLean, y Fursland, 2011). Mujeres con bulimia nerviosa en comparación con mujeres controles, tenían mayores perturbaciones en la identidad, incluida la confusión de identidad, la confusión con los demás, y la inestabilidad en el autoconcepto (Schupak-Neuberg y Nemeroff, 1993). Una posible interpretación y comprensión de los trastornos alimentarios gira en torno a la incapacidad de desarrollar una identidad personal bien definida, un sentido de diferenciación, dependencia respecto a los demás, miedo al rechazo y sensación de insuficiencia. Cozzi y Ostuzzi analizaron mujeres con anorexia nerviosa restrictiva, purgativa y bulimia nerviosa en relación a la alteración de la identidad. Encontraron que las que sufrían de bulimia nerviosa parecían estar orientadas hacia una "definición del yo en oposición", con la consiguiente tendencia hacia experiencias relacionales fuera de su propia familia. En las que padecían anorexia purgativa parecía estar presente una conciencia de la diferencia entre el yo y los demás y un estado de dependencia hacia los otros. En las pacientes con anorexia restrictiva la definición de la identidad estuvo totalmente ausente, con un ser omnipotente en su "unidad" con los demás (Cozzi y Ostuzzi, 2007).

Un estudio investigó los trastornos de identidad en 19 pacientes esquizofrénicos, 17 límites, y 18 controles sanos (de Bonis, De Boeck, Lida-Pulik, y Feline, 1995). En la técnica de la rejilla, los resultados mostraron que tanto pacientes con esquizofrenia como los que padecen trastorno límite se describían a sí mismos más en términos de opuestos

que en términos de atributos sobresalientes. La diferenciación entre otras personas significativas se vio gravemente afectada en personas con esquizofrenia y se conservó en pacientes con trastorno límite. Estos hallazgos fueron interpretados como un fracaso del proceso de individualización en esquizofrénicos y como una interpretación incompleta de la identidad propia en los límites (de Bonis, De Boeck, Lida-Pulik, y Feline, 1995).

### **1.2.1. a.- La alteración de la identidad en el TLP**

Los pacientes con TLP sufren de inestabilidad en su sentido de identidad. En una revisión de Walter y colaboradores se aclaran los conceptos de identidad y de alteración de la identidad en los pacientes con TLP. La alteración de la identidad significa poseer una identidad que no está totalmente integrada y que está subdesarrollada debido a una representación contradictoria de sí mismo<sup>3</sup> (Walter et al., 2008). La falta de integración de identidad en los TPs graves se denomina difusión de identidad (Walter et al., 2008). La difusión de identidad se manifiesta clínicamente a través de una experiencia de vacío crónico y comportamiento contradictorio, así como en una autoconciencia contradictoria y superficial de los demás (Walter et al., 2008). La identidad personal media entre influencias externas (psicosociales) e internas (propias), y sirve al individuo como una unidad psicológica coherente de estabilidad y orientación a objetivos hacia el futuro. Durante el curso del desarrollo de la personalidad, las influencias psicosociales y las autoinfluencias se coordinan e intercambian constantemente a través de la identidad como una forma de organización psicológica. La identidad se forma activamente a través de este proceso y se percibe conscientemente en la experiencia de identidad personal inmediata (Walter et al., 2008). El trabajo de identidad individual implica la tarea de desarrollar patrones de interpretación estables de por vida. Este trabajo de construcción de la identidad también incluye la implementación del proceso de autocomprensión

narrativa. Los pacientes con TPs tienen un sentido débil de identidad y una competencia subdesarrollada para el desarrollo de la identidad. La autoestima y la regulación narcisista deben estabilizarse mediante el desapego y la separación de los aspectos incompatibles de la realidad externa y las representaciones mentales internas. El afrontamiento, que involucra situaciones de umbral biográfico y dinámicas de cambio en eventos vitales estresantes posteriores, amenaza con fallar. El desarrollo de la identidad a un nivel superior y totalmente integrado se rompe. Los segmentos de identidad existentes y las experiencias de vida aún por integrar siguen siendo divergentes. La alteración de la identidad se caracteriza clínicamente como un continuo con difusión de identidad en un extremo e identidad personal integrada en el otro (Walter et al., 2008).

En la literatura teórica, clínica y de investigación existen múltiples descripciones de la naturaleza de la alteración de la identidad en el TLP. En la tabla 16, se muestra un resumen de estas conceptualizaciones (Bender y Skodol, 2007; Buie y Adler, 1982; Butler, Brown, Beck, y Grisham, 2002; Ryle, A, Kerr, 2003).

En el desarrollo de la identidad normal el niño reconoce que tiene aspectos tanto buenos como malos, como los cuidadores, que también presentan aspectos buenos y malos, pero diferentes entre sí en cuanto a rol y género. Este proceso es explicado por la teoría de Fonagy en la capacidad de la madre para indicar que no comparte el mismo afecto que el niño pero que sí empatiza con él, por lo que asimila su propio afecto, y genera la frontera entre el *self* y el Otro (Fonagy y Target, 2002). Según este autor los sujetos con TLP no pueden desarrollar una identidad cohesiva debido a la pérdida de la capacidad de mentalización (Fonagy, 1999).

La alteración de la identidad se ha relacionado con otros aspectos del TLP como fallas en la mentalización, relaciones interrumpidas, comportamiento impulsivo, déficits en la memoria, disociación y autonarrativas disfuncionales (Jørgensen, 2010).

Deutsch, en 1942, (citado en Fossa, 2010) observó un trastorno del carácter que parecía estar más cerca de la psicosis esquizofrénica que de la neurosis. Pensó que se trataba esencialmente de un trastorno en el desarrollo del yo, con especial énfasis en los procesos de identidad e identificación, y lo denominó “personalidad como si”. Describía así a los pacientes que parecía que actuaban según un papel, frente a ellos mismos, su ambiente y los terapeutas (Fossa, 2010).

Grinker, en 1968, (citado en Fossa, 2010) efectuó una investigación denominada “El síndrome *borderline*: Un estudio conductual de las funciones del yo”. Realizó un intento de sistematización diagnóstica a través de un análisis estadístico de alrededor de 60 pacientes internados en instituciones psiquiátricas. Dividió la muestra en varios grupos, entre ellos el denominado “*border* psicótico”, que presentaba un deficiente sentido de identidad, de realidad, síntomas depresivos y afectividad negativa. El síndrome *borderline* central” se caracterizaba por sujetos que parecen conocer su identidad pero su conducta no es consistente con ella, mostrando poco compromiso con el otro, presentando depresiones, expresiones de rabia abiertas o actuadas. El “como si”, en el que no había un sentido de identidad personal bien desarrollado, implica una vida que parece haberse estructurado con reglas y regulaciones establecidas por otros (Fossa, 2010).

Recientes relatos teóricos han sugerido que la difusión de la identidad es el resultado de problemas con el funcionamiento en la mentalización o reflexivo, es decir, la capacidad de comprenderse a sí mismo y a los demás en términos de estados mentales

intencionales (De Meulemeester, Lowyck, Vermote, Verhaest, y Luyten, 2017). En una muestra de 167 pacientes con TLP, los autores del estudio encontraron que la difusión de identidad mediaba la relación entre las dificultades de mentalización y los problemas interpersonales (De Meulemeester, Lowyck, Vermote, Verhaest, y Luyten, 2017).

Factores biológicos pueden influir en la identidad y el sentido subjetivo de uno mismo. En una muestra de 152 pacientes con TLP se midieron la inestabilidad afectiva y la agresión impulsiva en relación a los criterios diagnósticos del TLP. La inestabilidad afectiva se correlacionó significativamente con la alteración de la identidad, vacío o aburrimiento crónico, ira inapropiada, tendencias suicidas e inestabilidad afectiva. La agresión impulsiva se relacionó con relaciones interpersonales inestables, ira e impulsividad inapropiadas (Koenigsberg et al., 2001). Se ha asociado la identidad y la inestabilidad afectiva con una respuesta disminuida al agente colinomimético fisostigmina (Steinberg, Barry, Sholomskas, y Hall, 2005).

El modelo dimensional de Livesley considera que los TPs además de ser una variación de personalidad extrema deben asociarse con el fallo para ocuparse de tareas vitales universales como la identidad, el apego, la intimidad o la afiliación (Livesley et al., 1998). Así el TP es visto, entre otras cosas, como un fallo para establecer representaciones estables e integradas del yo y de los otros. En su cuestionario genético-conductual de Valoración Dimensional de la Personalidad Patológica-Cuestionario Básico (DAPP-BQ) describen los problemas de identidad como anhedonia, sentimientos crónicos de vacío, autoconcepto lábil y pesimismo. Proponen un modelo de componentes genéticos aditivos más ambiente no compartido como el que mejor explica los problemas de identidad (Livesley et al., 1998).

Un estudio ha evaluado si características del TLP como la impulsividad, la orientación a la identidad y los patrones de apego adulto podían predecirse mediante los rasgos de personalidad *Big Five* (apertura a la experiencia, responsabilidad, extroversión, amabilidad y neuroticismo o inestabilidad emocional) (Fossati, Borroni, Feeney, y Maffei, 2012). La muestra estuvo compuesta de 1.192 sujetos adultos no clínicos en cuatro grupos de edad (< 30 años, 30-39 años, 40-49 años y > 50 años). Los predictores de las características de TLP en todos los grupos de edad fueron alta inestabilidad emocional, baja conciencia y amabilidad y alta impulsividad. En cuanto al apego, los predictores fueron apego inseguro ansioso (necesidad de aprobación y preocupación por las relaciones) y apego evitativo (molestia con la cercanía y las relaciones como secundarias) junto a una alta difusión de identidad, bajo estilo normativo y compromiso. Los autores hallaron una disminución en el número de características de TLP en cuanto a la impulsividad con el avance de la edad, con un aumento en la conciencia, la coherencia de la identidad y el apego seguro (Fossati, Borroni, Feeney, y Maffei, 2012).

Tabla 16.- Conceptualización de la alteración de la identidad en el TLP según diferentes autores

Autor	Año	Descripción del concepto de alteración de la identidad
Erikson	1950	Adolescencia: hay una crisis de vital importancia, se ha de construir la identidad y cristalizarse o se estará sujeto a un sentimiento de moratoria social, problemas de intimidad, perspectiva temporal, laboriosidad e identidad negativa. Difusión/ confusión de identidad: Sentido subjetivo de incoherencia; Dificultad en comprometerse con elecciones de rol y ocupaciones; Tendencia a confundir deseos, sentimientos y atributos de uno mismo con los de otra persona en las relaciones íntimas y temor a la pérdida de identidad cuando la relación se rompe. Algunos escapan a la confusión mediante la “identidad negativa”.
Kernberg	1967	Incapacidad para integrar representaciones positivas y negativas del yo y de los otros; Discontinuidad de roles rápidamente cambiantes; Sentimiento de vacío interno; Maniobras defensivas para mantenerse en la zona de confort, con inconsistencias para inhibir una visión coherente de sí mismo; Exceso de impulsos agresivos innatos o como resultado de experiencias frustrantes con el cuidador, que amenazan con destruir las imágenes internas positivas de uno mismo y de los demás. Para protegerse separan en la mente las partes y da como resultado un autoconcepto fragmentado.
Buie y Adler	1982	Sentido de incoherencia, presencia de un pensamiento inconexo, sentimiento de pérdida de integración, preocupación por la “fragmentación del yo” (romperse en pedazos), y sensación subjetiva de perder el control sobre el yo y los otros. Pérdida de la capacidad para internalizar muchos aspectos de sus cuidadores primarios que le permitiría desarrollar un sentido cohesionado y coherente del yo.

Tabla 16.- Conceptualización de la alteración de la identidad en el TLP según diferentes autores (continuación)

Autor	Año	Descripción del concepto de alteración de la identidad
Benjamin	1993	Miedo al abandono, y el sabotaje de la propia felicidad. Se han desarrollado dentro del caos, lo que les lleva a una afinidad por la crisis, han sido abandonados traumáticamente, por lo que hay una conexión mental entre estar sólo y ser una malos, han recibido mensajes que les transmitían que la autonomía es mala, y han vivido experiencias que refuerzan la idea de que la infelicidad y la enfermedad que reciben atención.
Linehan	1993	Dificultad para evolucionar es debido a haber crecido en un “ambiente invalidante” en el que las expresiones iniciales de experiencias personales son castigadas o trivializadas, lo que resulta que piense que su percepción y su razonamiento están equivocados y son socialmente inaceptables.
Westen y Cohen	1993	Falta de consistencia para investir objetivos, valores, ideales y relaciones; Tendencia a hacer “hiper-investmentos” temporales en roles, sistemas de valores, visión del mundo, y relaciones, donde estas se descomponen y dan lugar a una sensación de vacío y falta de sentido; Graves inconsistencias del comportamiento en el tiempo y a través de situaciones que conducen a una percepción de sí mismo como carente de coherencia; Dificultad para la integración de múltiples representaciones de sí mismo en un momento dado; Falta de una narrativa de vida coherente o sentido de continuidad en el tiempo; Falta de continuidad de las relaciones a través del tiempo que deja a partes importantes del pasado del paciente "depositadas" en la gente que ya no forman parte de su vida, y por lo tanto pierden recuerdos compartidos que ayudan a definir el ser en el tiempo.
Horowitz	2004	“Identidad dividida”: debido a una crianza negligente o abuso durante el desarrollo temprano.

Tabla 16.- Conceptualización de la alteración de la identidad en el TLP según diferentes autores (continuación)

Autor	Año	Descripción del concepto de alteración de la identidad
Beck	2004	Alteración de las funciones cognitivas, pensamiento dicotómico y sentido débil de identidad que conduce a un comportamiento interpersonal inestable.
Ryle	2006	Conceptos: “Falso <i>self</i> ”: el sentido del <i>self</i> es vivido con falta de autenticidad o como “no estar en diálogo con el otro”. Depende de la respuesta de los demás y tiene poca conciencia de sus sentimientos; “Estado mental”: autorepresentación o percepción subjetiva de sí mismo en cada momento formado por cognición- emoción- conducta; Roles recíprocos: patrones de relaciones interpersonales y repertorios de comportamiento que la persona incorpora en el proceso de aprendizaje interpersonal (“formas que cada uno tiene de estar con los demás”). Disfunciones de los estados mentales y los patrones de roles recíprocos, disfunciones metacognitivas que dificultan los procesos de toma de conciencia de los distintos estados mentales y de sus componentes; Distintos <i>self</i> que funcionan de manera disociada, y reproducen patrones externos; Desarrollo anormal del <i>Self</i> cuando se da la internalización de procedimientos de roles recíprocos disfuncionales (evitantes, defensivos, sintomáticos, rupturas a nivel de integración de los procesos del <i>self</i> , maltratador- maltratado).
Bender y Skodol	2007	Alteración en la capacidad para crear, mantener y utilizar imágenes mentales internas benignas e integradas del yo y los otros, marcadas por el odio hacia uno mismo y las atribuciones de mala fe a los demás. Interacciones basadas en: Conseguir la atención necesaria para el funcionamiento básico; Miedo a ser maltratado o decepcionado y/ o tener una identidad subsumida por otro; Interacciones interpersonales sadomasoquistas; Dificultad para considerar varias perspectivas, tendencia hacia lo concreto, y distorsión de la realidad.

\*Elaboración propia

La difusión de identidad es un constructo teórico que subyace a la perturbación de identidad que se observa en el TLP (Clarkin, 2006). El concepto implica “falta de integración del concepto del *self* y de los otros significativos que se hace evidente en las descripciones no reflexivas, caóticas o contradictorias del paciente sobre sí mismo y los demás (O. Kernberg, 2005). Es la incapacidad para integrar o incluso darse cuenta de estas contradicciones, e impide que el terapeuta se forme una imagen de la visión que tiene el paciente sobre sí mismo o sobre otras personas importantes en su vida” (P. Kernberg, Weiner, y Bardenstein, 2000).

A continuación, en la tabla 17 se detallan las características de difusión de la identidad en el TLP, extraídas del manual de Foelsch (Foelsch et al., 2015):

Tabla 17.- Características de la difusión de la identidad según Foelsch et al. (2015)

Características de la difusión de la identidad en el TLP
Pérdida de la capacidad para autodefinirse.
Deficiencia en el funcionamiento autónomo.
Falta de integración del concepto del <i>self</i> y de los otros significativos.
Deficiente resolución etapa separación/ individuación.
Inestabilidad de las representaciones de objeto y del <i>self</i> .
Falta de perspectiva.
Autodescripciones caóticas.
Descripciones de otros en términos contradictorios, rígidos, o en cliché.
Pseudosumisión o pseudorebeldía.
Superyó no integrado.
Dificultad para comprometerse con el trabajo, relación íntima, valores o metas.
Sobreidentificación con grupos o roles.
Doloroso sentido de incoherencia.

Aunque la patología de la identidad puede estar presente en la infancia, surge en mayor medida en la adolescencia a medida que el soporte social externo se va eliminando (P. Kernberg et al., 2000). La difusión de identidad en el TLP se caracteriza por una falta de sentido coherente de sí mismo y de otras personas importantes, junto con un sentido doloroso de incoherencia. Ésta difusión de la identidad y sentido de incoherencia están presentes ya en la adolescencia y deben ser tratados precozmente (Feulner, Haid-Stecher, Fleischmann, Fuchs, y Sevecke, 2018).

Como se ha descrito anteriormente la difusión de la identidad adolescente es consistente con la conceptualización de Kernberg de la difusión de identidad adulta (O.

Kernberg, 1979). En la tabla 18 se muestran las características diferenciadoras de la identidad normal, la crisis de identidad y la difusión de la identidad, extraída y adaptada de Foelsch (Foelsch et al., 2015). Desde un punto de vista clínico, el síndrome de difusión de identidad explica las características dominantes de la OLP (Foelsch et al., 2015). Así:

- El Yo se caracteriza por la experiencia de una unicidad subjetiva dentro de un momento y a lo largo del tiempo, existe en el pasado, presente y futuro, además está asociado con la estabilidad en las metas, talentos, roles, y relaciones dentro de un contexto emocional accesible (Foelsch et al., 2015).
- El Mí se define como ser idéntico a uno mismo, está caracterizado por ser consistente y genuino, no sugestionable ni superficial, y requiere un buen acceso a la consciencia cognitiva, lo que en particular resulta evidente al tener representaciones mentales bien integradas y diferenciadas que permiten mantener el *self* en el contexto de los otros (Foelsch et al., 2015).

Tabla 18.- Características de la identidad normal, crisis de identidad, y difusión de la identidad según Foelsch et al. (2015)

	Identidad normal	Crisis de identidad	Difusión de identidad
Imagen <i>Self</i> y Otro	Bien integrada y diferenciada, capacidad de estar solo.	Pérdida momentánea, capacidad de reflexionar sobre el <i>self</i> intacta.	Falta de integración y diferenciación del <i>self</i> y del Otro.
Defensas	Nivel superior: humor, sublimación, intelectualización, entre otros.	Nivel superior con uso de defensas primitivas por pequeños lapsos.	Nivel primitivo: escisión, idealización/ devaluación; control omnipotente, negación.
Prueba realidad	Intacta (diferenciación entre el <i>self</i> y el que no lo es, de lo interno y externo, empatía hacia los criterios sociales).	Pérdida momentánea, pero se reconstruye con rapidez.	Variable (pérdida de la prueba de realidad social; pérdida de diferenciación <i>self</i> / Otro, y realidad interna/ externa).
Regulación afectos	Modulada de forma consistente, apropiada.	Pérdidas momentáneas, pero se reconstruye de manera rápida.	Desregulado, inapropiado, y con lentitud para regresar a la línea base.
Valores morales	Conoce lo correcto/ incorrecto no se abandona por ganancia inmediata.	Pérdida momentánea, inducida por la situación, se restablece con prontitud.	Traiciona incluso a un amigo por una ganancia inmediata.
Amistad	2 o 3 amigos de la misma edad o un mejor amigo (del mismo género).	Problemas con los pares.	Permanente cambio amistades, problemas con pares, idealización/ devaluación amigos.
Sexualidad	Integra el amor y el sexo; interés heterosexual/homosexual consistente; duración sostenida de relaciones.	Ausencia interés sexual; experimentación temporal con la orientación o la elección de objeto que se resuelve rápido.	Promiscuidad, falta de integración de las relaciones amorosas; fluctuaciones rápidas en intereses heterosexuales/ homosexuales.

Tabla 18.- Características de la identidad normal, crisis de identidad, y difusión de la identidad según Foelsch et al. (2015) (continuación)

	Identidad normal	Crisis de identidad	Difusión de identidad
Lealtad grupal	Se identifica con grupo, mantiene diferenciación <i>self</i> , tolera diferencias y disfruta aspectos compartidos; se mantiene en el tiempo.	Identificación temporal con el grupo caracterizada por la pérdida del <i>self</i> .	Unión completa del <i>self</i> con la identidad grupal, membresías grupales transitorias con disrupciones frecuentes.
Carrera/ Matrimonio /familia	Tiene visiones consistentes (tiene una imagen del <i>self</i> en el futuro) con una carrera, matrimonio o estructura familiar y toma acciones para que esta imagen se vuelva realidad.	Cambios temporales en imagen del <i>self</i> respecto a carrera/ matrimonio/ familia (inducido por la situación, identificación temporal); por un tiempo incapaz de tomar acción específica para llegar a meta imaginada.	Inconsistente, contradictoria o completa falta de la imagen del <i>self</i> en el futuro con respecto a la carrera/ matrimonio/ familia, quiebre de la habilidad para tomar una acción específica hacia una meta imaginada.

### **1.2.2.- Conceptualización de la alteración de la identidad en los manuales de clasificación diagnósticos actuales DSM-5 y CIE-11.**

La alteración de la identidad es uno de los nueve criterios en los que se puede manifestar el TLP en el DSM-5 (APA, 2013). Desde la publicación del DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- third edition*; 1980) se han realizado modificaciones destinadas a diferenciarlo de los problemas genéricos de la identidad que aparecen como aspectos normales del desarrollo, en especial durante la adolescencia (American Psychiatric Association [APA], 2000). El criterio de la identidad intenta identificar los trastornos del yo específicos de los pacientes límites, es decir adultos cuyos valores, hábitos y actitudes están excesivamente influidos por los de las personas de su entorno hasta el punto de que creen carecer de identidad (Gunderson, 2009).

En su equivalencia europea, la CIE-10 propone un subtipo comparable, el “Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable- Tipo *Borderline*”, donde se muestra el criterio de la identidad (Organización Mundial de la Salud, 1992). En la tercera edición de la Clasificación China de Trastornos Mentales (CCMD-3) (Chen, 2002), por ejemplo, este criterio viene representado en el “Trastorno de Personalidad Impulsivo” (Chinese Medical Association, 1985). En la tabla 19 se muestra de forma resumida el criterio de alteración de la identidad en las diferentes clasificaciones diagnósticas internacionales (American Psychiatric Association, 2002; APA, 2013; Chinese Medical Association, 1985; OMS, 2018; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Tabla 19.- Criterio de alteración de la identidad en diferentes clasificaciones diagnósticas

DSM-5	DSM-IV	CIE-10/-11	CCMD-3
Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.	Perturbaciones e incertidumbre sobre la autoimagen, las metas y las preferencias internas (incluida la sexual).	Perturbaciones e incertidumbre acerca de la autoimagen, objetivos y preferencias internas (incluyendo la sexual).

Desde la perspectiva dimensional DSM-5 (APA, 2013) un ejemplo de la alteración del funcionamiento de la personalidad según la Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad (ENFP) se muestra en la tabla 20:

Tabla 20.- Ejemplo de alteración del funcionamiento de la personalidad según el DSM-5 (APA, 2013)

<i>Self</i>	Alteración del funcionamiento de la personalidad
Identidad	Ausencia del sentido del sí mismo, percepción persecutoria, límites con los demás confusos o ausentes. Autoimagen débil o distorsionada y amenazada por las interacciones con los demás, distorsiones en la autoevaluación. Emociones incongruentes con el contexto o la experiencia interna. Odio y agresión propios rechazados y atribuidos a los demás.
Autodirección	Falta de diferenciación entre pensamientos y acciones. Dificultad para establecer metas, objetivos nada realistas o incoherentes. Falta de normas internas de conductas. Incapacidad de reflexionar acerca de la propia experiencia. Carencia de motivaciones personales.

### 1.2.3.- Evaluación de la alteración de la identidad

A pesar del valor central de la identidad en la evaluación y el tratamiento de los TPs, este constructo ha sido poco estudiado, por lo que son pocos los instrumentos que lo evalúan, siendo, además, la mayoría diseñados desde el marco conceptual psicoanalítico. El examen empírico-cuantitativo de las perturbaciones de identidad a través de procedimientos de prueba psicométrica no hace justicia a la complejidad de este constructo. Es por eso que debe estudiarse utilizando instrumentos cuantitativos y métodos cualitativos (Walter et al., 2008). En este apartado se intenta esclarecer los métodos disponibles en la actualidad.

La alteración de la identidad en adolescentes se relaciona con diferentes formas de patología de la personalidad grave, especialmente con el TLP, y se distingue de los aspectos normativos del desarrollo como la crisis propia de la adolescencia (Westen, Betan, y Defife, 2011). Por ello, es fundamental estudiar los comportamientos desadaptados en la niñez y la adolescencia para entender la psicopatología del adulto (Tackett, Balsis, Oltmanns, y Krueger, 2009).

En lo que se refiere al estudio del concepto de la identidad en población infanto-juvenil existen varios modelos con sus instrumentos de evaluación correspondientes, derivados en ocasiones, de la adaptación de las versiones utilizadas en el adulto.

En la tabla 22 se muestran pruebas creadas especialmente para valorar el constructo de la identidad, desde la infancia, pasando por la adolescencia, hasta la temprana juventud. A continuación se describen algunas de estas pruebas:

- Entrevista de Estatus de Identidad (ISI, de sus siglas en inglés, *Identity Status Interview*) (Marcia, 1966; Marcia et al., 2011) permite estudiar el compromiso en varios

ámbitos de la identidad como vocación, valores y logro de una identidad sexual, que serían indicadores de una resolución exitosa.

- Cuestionario Objetivo de los Estatus de Identidad II (EOM-EIS-II de sus siglas en inglés, *Extended Objective Measure of Ego Identity Status- 2nd versión*) (Bennion y Adams, 1986), con ítems interpersonales e ideológicos, distribuidos en 8 áreas de dominio: profesional, política, religión y estilo de vida, relaciones sociales, pareja, roles de género y ocio.

- La Escala de desarrollo de Identidad de Groningen (GIDS de sus siglas en inglés *Groningen Identity Development Scale*) (Bosma, 1992), combina autoinforme y entrevista, con lo que se obtienen datos cuantitativos y cualitativos. Permite valorar los procesos evolutivos de la identidad y sus cambios a lo largo del tiempo. Evalúa el contenido y la intensidad del compromiso y la extensión de la exploración de alternativas en seis áreas: filosofía de vida, padres, amistad, escuela-ocupación-tiempo libre, características personales, y relaciones de intimidad. Existe difusión de la identidad cuando no se logran estas áreas (Bosma, 2017; Bosma, Kunnen, y van der Gaag, 2012).

- Cuestionario de Proceso de la Identidad del Ego (EIPQ de sus siglas en inglés, *Ego Identity Process Questionnaire*) (Balistreri, Busch-Rossnagel, y Geisinger, 1995) consta de 32 ítems para medir los procesos de exploración y compromiso dentro de cuatro dominios ideológicos (política, religión, ocupación, y valores) e interpersonales (amistades, relaciones de pareja, roles de género, y familia).

- Westen desarrolla, posteriormente, el Cuestionario de la Alteración de la Identidad- Versión Adolescente (IDQ-A, de sus siglas en inglés, *Identity Disturbance Questionnaire- Adolescent Version*) (Westen, Betan, y Defife, 2011), de 35 ítems, del que se obtienen cuatro factores clínica y conceptualmente coherentes a las dimensiones previamente identificadas en adultos, que en este caso las denominan falta de compromiso

normativa, absorción de rol, incoherencia dolorosa e inconsistencia. Como se puede observar en la tabla 21, algunos de los ítems son similares ( $\approx$ ) y otros diferentes ( $\neq$ ) en significado a la versión de adultos.

Tabla 21.- Ejemplos de ítems de la versión original de las escalas del IDQ-A (Westen et al., 2011)

Escalas IDQ	Ítems de la versión original	Ítems
Falta de compromiso normativa	$\approx$ <i>Lacks a set of core, guiding values or ideals that remain constant over time.</i> $\neq$ <i>Lacks a stable, realistic sense of who s/he might be in the future, is unable to imagine who s/he might be “down the road”.</i>	10
Absorción de rol	$\approx$ <i>Has “epiphany” experiences (e.g., a sudden, dramatic revelation about him/herself) that s/he feels changed his/her life.</i> $\neq$ <i>Has feelings or impulses that feel subjectively like a separate person, presence, voice, etc.</i>	11
Incoherencia dolorosa	$\approx$ <i>Tends to feel empty inside.</i> $\neq$ <i>Is painfully aware of feeling incoherent, inconsistent, rudderless, fragmented, etc.</i>	7
Inconsistencia	$\approx$ <i>Has difficulty recalling what s/he has done from one day to the next; lacks a sense of continuity over time.</i>	4
Otros	-	3

- La Entrevista de los Procesos de Organización de la Personalidad para Adolescentes (IPOP-A, de sus siglas en inglés *Interview of Personality Organization Processes in Adolescence*) (Ammaniti et al., 2012; Fontana, Ammaniti, y Nicolais, 2014) es una versión de la entrevista estructural de Kernberg para ser usada en adolescentes.

Evalúa la personalidad emergente de un adolescente en tres dimensiones: identidad, calidad de las relaciones objetales y regulación del afecto. Estas dimensiones son el núcleo de la personalidad límite en la adolescencia. El IPO-A alemán consta de 91 ítems y analiza la gravedad de la difusión de identidad, la prueba de la realidad y los mecanismos de defensa para determinar el nivel de organización de la personalidad (Rodríguez, Rostami, Walter, Bender, y Krischer, 2018).

- Y el Inventario de Organización de la Personalidad para niños y adolescentes (IPO-CH/ A, de sus siglas en inglés, *Inventory of Personality Organization for Children/ Adolescents*) (Biberdzic et al., 2013; Biberdzic, Ensink, Normandin, y Clarkin, 2017; Rodríguez, Rostami, Walter, Bender, y Krischer, 2018).

- Inventario de Estilo de Identidad (ISI-5, de sus siglas en inglés, *Identity Style Inventory- Version 5*) (Berzonsky, 1992; Berzonsky et al., 2013). La tercera versión de este instrumento consta de 27 ítems sobre el procesamiento de información relevante para la identidad en relación a contenido neutral, como valores personales, metas, problemas y similares. Se identificaron tres escalas de estilo de 9 ítems cada una, mediante el análisis factorial exploratorio como: escala de estilo informativo, normativo y evitación difusa.

- La Escala de Desarrollo de las Dimensiones de la Identidad (DIDS, de sus siglas en inglés *Dimensions of Identity Development Scale*) es un instrumento de 25 ítems que evalúa cinco aspectos del modelo de desarrollo de Luyckx y colaboradores: exploración en amplitud, toma de compromisos, exploración reflexiva, exploración en profundidad e identificación con compromisos (Mastrotheodoros y Motti-Stefanidi, 2017). El DIDS ha sido aplicado en diferentes contextos culturales (Skhirtladze, Javakhishvili, Schwartz, Beyers, y Luyckx, 2016; Zimmermann, Lannegrand-Willems, Safont-Mottay, y Cannard, 2015).

Tabla 22.- Instrumentos de valoración de la identidad en adolescentes según diferentes autores

Título	Forma admin.	Escalas evaluadas	Origen	Parámetros evaluación
ISI (Marcia, 1966)	Entrev. Semi- Estruct.	Logro identidad; Moratoria; Forclusión; Difusión identidad.	Social; Modelo Erikson y Marcia	15- 30'; 18-25 años
EOM-EIS-II (Bennion y Adams, 1986)	Auto.	Profesional; Política; Religión y estilo de vida; Relaciones sociales; Ocio; Pareja, Roles de género.	Social; Modelo Erikson y Marcia	64 ítems; Likert 6; 18-25 años
GIDS (Bosma, 1992)	Auto. Entrev.	Filosofía de vida; padres; amistad; escuela-ocupación-tiempo libre; caract. personales; rel. intimidad.	Social; Modelo Erikson y Marcia	32 ítems; Likert 4; 13-21 años
EIPQ (Balistreri et al., 1995)		Política; Religión; Ocupación; Valores; Amistades; Pareja; Roles de género; Familia.	Social: Modelo Erikson y Marcia	32 ítems; Adolesc, y adultez emergente
IDQ-A (Westen et al., 2011)	Heter.	Falta compromiso normativa; Absorción rol; Incoherencia dolorosa; Inconsistencia.	Empírico	35 ítems; Likert 7; 13-18 años
IPOP-A (Ammaniti et al., 2012)	Entrev.	Identidad; Calidad relaciones objetales; Regulación afecto.	Psicodinámico; OLP Kernberg	41 ítems; 13-21 años

\*Elaboración propia.

Tabla 22.- Instrumentos de valoración de la identidad en adolescentes según diferentes autores (continuación)

Título	Forma admin.	Escalas evaluadas	Origen	Parámetros evaluación
AIDA (Goth et al., 2012)	Auto.	Integración/ Difusión; Continuidad/ Discontinuidad Coherencia/ Incoherencia.	Deductivo; Psicodinámico; Cognitiv-social	58 ítems; 12-18 años
IPO-CH/ A (Clarkin et al., 2013)	Auto.	Difusión identidad Valores morales Agresión; Defensas primitivas; Prueba realidad.	Psicodinámico; OLP Kernberg	48 ítems Niños y 18- 25 años
ISI-5 (Berzonsky et al., 2013)	Auto.	Informativo; normativo; evitación difusa.	Socio- cognitivo Berzonsky	27 ítems adolescentes
DIDS (Mastrotheo doros y Motti-Stefanidi, 2017)		Exploración en amplitud; Compromiso; Exploración reflexiva, Exploración en profundidad; Identificación con compromisos.	Modelo de desarrollo de Luyckx	25 ítems adolescentes

\*Elaboración propia.

- Para la evaluación más actualizada de la patología relacionada con el desarrollo de la identidad en la adolescencia se ha diseñado el inventario de Evaluación del Desarrollo de la Identidad y la Difusión de la Identidad en la Adolescencia (AIDA de sus siglas en inglés, *Assessment of Identity Development and Identity Diffusion in Adolescence* (Goth et al., 2012). Este instrumento evalúa siete dominios de

funcionamiento de identidad: amistades, orientación sexual, valores morales, lealtades de grupo, carrera, matrimonio y familia, y *self*. Recoge la importancia de la identidad para el DSM-5 al integrar la identidad, y convirtiéndolo en un criterio central en el diagnóstico de los TPs. Pensado para evaluar a niños y adolescentes sanos y con trastornos, es un instrumento válido y fiable. Este instrumento está compuesto por una escala global como “integración/ difusión de la identidad”, y dos escalas primarias como “continuidad/ discontinuidad” e “coherencia/ incoherencia”, compuestas, a su vez, por varias subescalas. El AIDA se muestra en la tabla 23 extraída y adaptada de Schmeck (Schmeck, Schlüter-Müller, Foelsch, y Goth, 2013).

Tabla 23.- Descripción de las escalas y subescalas, número de ítems y ejemplos del AIDA (Schmeck, Schlüter-Müller, Foelsch, y Goth, 2013)

Integración vs. difusión identidad	Descripción	Ejemplo	Ítems
Continuidad vs discontinuidad identidad	Estabilidad del yo, cambio mientras se mantiene igual.		27
Estabilidad en atributos/ objetivos vs. falta de perspectiva	Capacidad de investir/ estabilización en el compromiso de intereses, talentos, perspectivas, objetivos de vida. Línea temporal interna, sí mismo histórico/ biográfico, mismidad subjetiva, sentido de la continuidad. Pautas morales y las normas internas estabilizadoras.	<i>Podría nombrar algunas cosas que hago muy bien (-).</i>	9
Estabilidad en relaciones/ roles vs. falta de afiliación	Capacidad de investir/ estabilización en el compromiso de relaciones duraderas; Identificación positiva con roles estabilizadores étnicos, culturales, familiares; Sí mismo corporal positivo.	<i>Siento que no pertenezco realmente a ninguna parte.</i>	11
Autoreflexión emocional positiva vs. desconfianza en estabilidad emociones	Comprensión de los propios sentimientos, accesibilidad emocional buena; Comprensión y confianza en la estabilidad de los sentimientos de los otros.	<i>No estoy seguro de si de verdad les caigo bien a mis amigos.</i>	7

Tabla 23.- Descripción de las escalas y subescalas, número de ítems y ejemplos del AIDA (Schmeck, et al., 2013) (continuación)

	Descripción	Ejemplo	Ítems
Coherencia vs. Incoherencia identidad	Fuerza del yo, “Yo” definido, <i>Self</i> no fragmentado con límites claros).		31
Imagen consistente <i>self</i> vs. contradicciones	Mismos atributos y comportamientos con diferentes amigos o situaciones, apariencia consistente. No hay contradicciones subjetivas extremas/ diversidad de autoimágenes, autoconcepto coherente. Conciencia de un núcleo y sustancia interna.	<i>Siento que tengo caras diferentes que juntas no encajan bien.</i>	11
Autonomía/ fuerza del yo vs. Sobreidentificación, sugestionabilidad	Asertividad, fuerza del yo, no sobreidentificación o superposición. Valor propio independiente, intrínseco, no sugestionable. Autoafecto, regulación autónoma.	<i>Cuando estoy solo me siento desamparado.</i>	12
Autoreflexión cognitiva + vs. Superficial, representaciones difusas	Motivos y comportamientos comprensibles, accesibilidad cognitiva buena; Representaciones mentales diferenciadas y coherentes.	<i>Estoy confundido acerca de qué tipo de persona soy.</i>	8

En lo que se refiere a la evaluación de adultos, a continuación, se muestran algunos de los instrumentos con los que se cuenta actualmente (tabla 25):

- Entrevista Estructural desarrollada por Otto Kernberg (O. Kernberg, 1984), muy utilizada para realizar diagnósticos de patologías de personalidad en adultos.
- El Inventario de Organización de la Personalidad (IPO, de sus siglas en inglés, *Inventory of Personality Organization*; (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, y Foelsch, 2001) creado para sistematizar la Entrevista Estructural, y del que se han realizado varias versiones. Este instrumento consta de dos partes y proporciona información tanto cuantitativa como cualitativa. La descripción de la organización estructural de la personalidad subyacente difiere de la que se define como TLP basada en las manifestaciones observables y los estudios estadísticos del DSM.
- El Inventario de Evaluación de Personalidad-Características Fronterizas (PAI-BOR, de sus siglas en inglés, *Personality Assessment Inventory- Borderline Features Scale*) (Morey, 1991). Consta de cuatro factores: inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones negativas y autolesiones. Compuesto por 24 ítems, en una escala Likert de 4 puntos, cuenta con estudios de fiabilidad y validez. Posteriormente, se propone una solución de 6 factores: falta de control/ comportamiento impulsivo, inestabilidad anímica, vacío crónico/ soledad/ aburrimiento, preocupaciones de separación y abandono, relaciones negativas y gastos imprudentes (Jackson y Trull, 2001).
- El Inventario de Personalidad Límite (BPI, de sus siglas en inglés, *Borderline Personality Inventory* (Leichsenring, 1999) se basa en el concepto de OLP de Kernberg, pero en este caso, es compatible con los criterios diagnósticos del DSM y el concepto de Gunderson de TLP. La construcción de las escalas está basada en el análisis factorial, con

un punto de corte para hacer el diagnóstico. Combina modelos dimensionales y categóricos.

- El Cuestionario de Alteración de la Identidad de Wilkinson-Ryan y Westen (IDQ, de sus siglas en inglés, *Identity Disturbance Questionnaire*) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) ha sido diseñado desde un modelo empírico. Dado que la validación y aplicación de este instrumento es el objetivo de esta tesis, se explicará en profundidad más adelante.

- Desde la teoría cognitivo analítica se ha diseñado el Cuestionario de Estructura de la Personalidad (PSQ, de sus siglas en inglés *Personality Structure Questionnaire*; (Pollock, Broadbent, Clarke, Dorrian, y Ryle, 2001). Los ítems dan una “medida de la integración”, y no reflejan las características del TLP del DSM (autolesiones, agresión impulsiva), sino de la alteración de la identidad *per se*, conceptualizada por el Modelo de los Estados Múltiples del *Self* (MSSM, de sus siglas en inglés *Multiple Self States Model*). Es una escala breve con dos polos opuestos y compuesta de los ítems 1 al 4 por diferentes estados del *self*, del 5 al 6 por variabilidad del ánimo y del 7 al 8 por pérdida de control conductual.

- Desde el Modelo de Identidad de Adams y Marshall surge la Escala de Funciones de la Identidad (FIS, de sus siglas en inglés, *Functions of Identity Scale*; (Serafini y Adams, 2002). Evalúa cinco funciones de la identidad: 1) Estructura para la comprensión de lo que uno es; 2) Metas para el significado y la dirección a través de compromisos, valores y objetivos; 3) Control Personal para el sentido del libre albedrío; 4) Armonía para la consistencia y coherencia entre los valores, creencias y compromisos; y 5) Futuro para la capacidad de reconocer el potencial en la forma de las posibilidades y opciones alternativas.

- El Inventario de Capacidades del *Self* Alteradas (IASC, de sus siglas en inglés, *Inventory of Altered Self-Capacities*) (Briere y Runtz, 2002) es una medida estandarizada

de 63 ítems de funcionamiento alterado en relación con uno mismo y con los demás. Se compone por siete escalas: conflictos interpersonales, idealización-desilusión, preocupaciones de abandono, deterioro de la identidad, susceptibilidad a la influencia, desregulación del afecto y actividades de reducción de la tensión.

- La Escala de Angustia de la Identidad (IDS, de sus siglas en inglés, *Identity Distress Survey* (Berman et al., 2004) es una escala de autoinforme de 10 ítems desarrollada en base a los criterios del DSM-III para el trastorno de identidad y en función de experiencias de angustia, incomodidad e interferencia. Se puntúa en una escala Likert de 5 puntos que va desde 1 "ninguna en absoluto" a 5 "muy severamente". También se registra el tiempo que el sujeto lleva experimentado los síntomas.

- De orientación neoeriksoniana, la Medida de Autoconcepto e Identidad (SCIM, de sus siglas en inglés *Self-Concept and Identity Measure*; (Kaufman, Cundiff, y Crowell, 2015) es una escala breve de autoinforme diseñada para evaluar las dimensiones de identidad (sanas y perturbadas) entre los adultos. Los ítems de este instrumento fueron diseñados para examinar aspectos centrales de la identidad o una perturbación/falta de tales características. Se incluyen las siguientes escalas: a) autoconcepto y continuidad de roles entre entornos y entre diferentes personas, b) consistencias en valores e intereses, c) autoestima, d) auto/ diferenciación del otro, y e) autocohesión (es decir, sentirse completo). Los análisis factoriales realizados en dos muestras de participantes (n = 536; n = 470) indicaron una estructura de 3 factores como identidad perturbada, identidad consolidada y falta de identidad.

- Autoinforme de Alteración de la Identidad Límite (BIDS, de sus siglas en inglés, *Borderline Identity Disturbance Self-Report* (Herr, Hughes, Neacsiu, y Rosenthal, 2014, sin publicar, citado en Neacsiu et al., 2015) es una adaptación de autoevaluación de 7 ítems del IDQ administrado por profesionales médicos (Wilkinson-Ryan y Westen,

2000), en la que se modificó la calificación en una escala Likert de 4 puntos que varía de 1 (falso) a 4 (muy cierto). El instrumento tiene buenas propiedades psicométricas obtenidas de una muestra de estudiantes universitarios (Herr et al., 2014, sin publicar, citado en Neacsiu et al., 2015). Estos autores en un estudio posterior sobre trastorno depresivo mayor con una muestra de 127 hombres y mujeres de entre 18 y 60 años, realizan un análisis de componentes principales con una rotación varimax en la que los 7 ítems saturaron en un único factor (Neacsiu et al., 2015).

- De la Entrevista Estructural de Organización de la Personalidad (STIPO, por sus siglas en inglés, *Structural Interview of Personality Organization*; (Clarkin, Caligor, Stern, y Kernberg, 2007) (Clarkin et al., 2007; Hörz et al., 2009; Stern et al., 2010; Stern, Caligor, Roose, y Clarkin, 2004) se ha realizado una versión estandarizada para fines terapéuticos y de investigación, con buena validez y confiabilidad. La STIPO-R es una revisión abreviada del STIPO original destinada a mejorar su utilización en investigación y contexto clínico. Se han modificado los ítems que tenían propiedades psicométricas menos deseables, y se han ampliado con respecto a la patología narcisista (Clarkin et al., 2016) (tabla 24).

Tabla 24.- Dominios y subdominios de la STIPO-R (Clarkin et al., 2016)

Dominio	Subdominio	Ítems
Identidad	Capacidad invertir trabajo/ estudio y recreación; Sentido de sí mismo; Sentido de los demás.	15
Relaciones Objetales	Relaciones interpersonales; Relaciones íntimas y sexualidad Modelo de trabajo interno de las relaciones.	14
Defensas	Defensas de nivel inferior; Defensas primitivas; Defensas de nivel superior.	10
Agresión	Agresión autodirigida; Agresión dirigida a otros.	9
Valores morales	-	6

Tabla 25.- Instrumentos de valoración de la identidad en adultos según diferentes autores

Título	Forma admin.	Escalas evaluadas	Origen	Parámetros evaluación
Entrevista Estructural (Kernberg, 1984)	Entrev. No estruct	Difusión identidad; Mecanismos defensa; Prueba de realidad.	Psicodinámico OLP Kernberg	2-3 días
IPO (Clarkin, 1986)	Auto.	Difusión identidad; Mecanismos defensa; Prueba de realidad.	Psicodinámico OLP Kernberg	214 (169 Likert 5 + 45 Sí/ No); 100; 83 ítems
PAI (Morey, 1991)	Auto.	Inestabilidad afectiva; Problemas identidad; Relaciones negativas; Autolesiones.	Empírico Morey	24 ítems Likert 4
BPI (Leichsenring, 1999)	Auto.	Difusión identidad; Mecanismos defensa; Prueba de realidad; Miedo al compromiso.	Psicodinámico OLP Kernberg	53 ítems V/ F
IDQ (Wilkinson- Ryan y Westen, 2000)	Heter.	Absorción rol; Incoherencia dolorosa; Inconsistencia; Falta compromiso.	Empírico Westen	35 ítems Likert 7
PSQ (Pollock y Broadbent, 2001)	Auto.	Sentido inestable <i>self</i> Variación experien. subj. Diferentes estados <i>self</i> .	Cog.-analítico Múltiples Estados <i>Self</i>	8 ítems Likert 5
FIS (Serafini y Adams, 2002)	Auto.	Estructura; Metas; Control personal; Armonía; Futuro.	Adams y Marshall	15 ítems Likert 5

Tabla 25.- Instrumentos de valoración de la identidad en adultos según diferentes autores (continuación)

Título	Forma admin.	Escalas evaluadas	Origen	Parámetros evaluación
IASC (Briere y Runtz, 2002)	Auto.	Conflicto interpersonal; Idealización-desilusión; Preocupación abandono; Deterioro identidad; Susceptibilidad influencia; Desregulación afecto; Actividad reducción tensión.	Psicodinámico	63 ítems Likert 5
IDS (Berman et al., 2004)	Auto	Angustia de identidad; Incomodidad; Interferencia.	DSM-III	10 ítems Likert 5
SCIM (Kaufman et al., 2015)	Auto.	Identidad perturbada Identidad consolidada Falta de identidad.	Neo- eriksoniano	30 ítems Likert 7
BIDS (Neacsiu et al., 2015)	Auto.	Alteración de la Identidad.	Empírico Westen	7 ítems Likert 4
STIPO/-R (Clarkin et al., 2016)	Entrev. Semi- estruct	Identidad; Calidad rel. objetales; Defensas primitivas; Agresión; Valores morales (Afrontamiento/ Rigidez).	Psicodinámico OLP Kernberg	87; 55 ítems Likert 5

\*Elaboración propia.

#### **1.2.4.- Modelo empírico de evaluación de la alteración de la identidad de Wilkinson-Ryan y Westen**

Como hemos comentado, un modelo para medir la alteración de la identidad en el sujeto adulto es el de Wilkinson-Ryan y Westen (2000). Estos autores desarrollan el *Identity Disturbance Questionnaire* (IDQ) recogiendo indicadores relevantes de la alteración de la identidad de la literatura clínica y teórica. El conjunto de ítems evalúan múltiples índices o manifestaciones posibles tales como creencias, conductas y valores que cambian con frecuencia, así como sentimientos de vacío y confusión sobre la orientación sexual. El constructo de este instrumento incluye el concepto de Erikson el concepto de identidad negativa, en que la persona elige una etiqueta o un personaje de sí mismo que no parece adecuado dada su condición socioeconómica, género o etnia. De Marcia integra las cuestiones relativas a compromisos profesionales, creencias políticas y cambios en la orientación sexual. De las observaciones clínicas aporta los sentimientos y pensamientos del paciente sobre su propia identidad (por ejemplo, “falso yo” y “yo irreal”). De la literatura de investigación sobre la disociación se recogen elementos como “tiene problemas para contar la historia de la vida” y “las narraciones tienen grandes lagunas o inconsistencias” (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Los autores del estudio original solicitaron por correo la contestación del cuestionario a profesionales de la Facultad de Medicina de Harvard del Hospital Cambridge (n= 50). Los autores describen que inicialmente se plantearon incluir solo pacientes mujeres, de entre 18 y 40 años para minimizar la heterogeneidad, y que hubieran estado en psicoterapia durante menos de 1 año para asegurarse de que los síntomas no hubieran disminuido por efecto del tratamiento. Finalmente eliminaron las restricciones de género

y edad e incluyeron a los sujetos que habían sido atendidos hasta los 2 años de tratamiento (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Posteriormente agregaron una segunda cohorte de médicos (n= 45) que completaron cuestionarios en un taller sobre organización de la personalidad en Washington, D.C, para aumentar el tamaño de la muestra. Estos profesionales tenían bastante experiencia clínica (media= 18,13 años, de= 11,09) y conocían bien a los sujetos ya que el tratamiento tuvo una duración de al menos 30 sesiones (media= 53,27, de= 78,59). Para responder al cuestionario escogieron a distintos profesionales sanitarios compuesto por psiquiatras (n= 17), psicólogos (n= 41) y trabajadores sociales (n= 32) y esto lo hicieron por varios motivos: 1) al provenir de distintos ámbitos no tienen teorías compartidas sobre la naturaleza multidimensional de la alteración de la identidad; 2) hacen juicios menos sesgados que el propio usuario o un entrevistador ajeno que esté con el paciente 90 minutos o menos, y tiene más capacidad de ver a un paciente longitudinalmente; 3) por la naturaleza de la problemática sobre la que se preguntaba, como conflictos sobre el origen étnico, las inconsistencias entre lo que dicen y lo que hacen, y la tendencia a definirse en términos de grupos o roles extremos; y 4) y porque con este procedimiento pretendían conseguir aumentar el número de sujetos encuestados, y así aumentar la generalización y el poder estadístico (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Para discernir si la alteración de la identidad es una construcción unitaria o multidimensional los autores del estudio original realizaron un análisis de componentes principales del IDQ, y encontraron que los cuatro factores conjuntamente representaban el 54,39% de la varianza. Posteriormente sometieron los datos a una rotación ortogonal. Hallaron que la alteración de la identidad es un constructo compuesto por varias facetas, con los ítems del IDQ componiendo una estructura de cuatro factores: absorción del rol,

incoherencia dolorosa, inconsistencia y falta de compromiso. Todos los factores mostraron una alta consistencia interna: AR  $\alpha= 0,85$ , ID  $\alpha= 0,90$ , I  $\alpha= 0,88$ , y FC  $\alpha= 0,82$  (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En la tabla 26 se muestra la descripción de las escalas (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Tabla 26.- Escalas del IDQ (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000)

Escalas IDQ	Descripción	Ítems
Absorción de rol	Tendencia a definir el sí mismo en términos de los miembros de un grupo único o primario, ideología o “causa”, que puede cambiar dramáticamente a través del tiempo o situaciones (a menudo en experiencias de epifanía).	10
Incoherencia dolorosa	Experiencias subjetivas angustiantes de sentirse incoherente, confuso o vacío y la falta de sentido de continuidad de la conciencia o sentido de sí mismo a través del tiempo.	8
Inconsistencia	Manifestaciones observables de las creencias y acciones contradictorias.	7
Falta de compromiso	Dificultad para mantener valores estables, actividades y visión de futuro.	5
Otros	-	5

\*Elaboración propia.

Westen y colaboradores, once años después, vuelve a diseñar de forma empírica un cuestionario de alteración de la identidad para población adolescente (IDQ-A). En este caso los médicos (psiquiatras y psicólogos) contaban con experiencia profesional con al menos 5 años de experiencia después de la residencia o doctorados ( $m= 18,5$  años,  $de= 8,6$  años). Los profesionales tenían diferente orientación de trabajo. Así el 52,3% tenían

una orientación teórica ecléctica o integradora, el 20,5% cognitiva-conductual y el 18,7% psicodinámica. Cada especialista aportó datos sobre un único paciente para minimizar la varianza inter-dependiente. Además, pidieron a los profesionales que seleccionaran un paciente cuya personalidad sentían que conocían, utilizando como guía más de 6 horas de contacto clínico, pero menos de 2 años, para minimizar confundir las respuestas por el cambio de personalidad por el tratamiento. Clasificaron categóricamente la presencia/ ausencia de alteración de la identidad (el criterio del DSM-IV-TR para el TLP) para dividir los pacientes en dos grupos (identidad perturbado/ no perturbada), independientemente del diagnóstico. Por último, compararon las medias de cada elemento de la identidad para los pacientes con y sin alteración de la identidad. De los 35 ítems, 32 discriminaban significativamente entre pacientes que cumplieron el trastorno de identidad DSM-IV-TR. De los 3 restantes ítems, dos fueron significativos en un nivel de 0,05 y el último mostró una fuerte tendencia a la significación (Westen et al., 2011).

En este segundo estudio Westen y colaboradores vuelven a proponer una solución de cuatro factores que representaron el 46,6% de la varianza, por lo que sugirieron que se trataba de una estructura estable, siendo poco probable que se viera afectada sustancialmente por el tamaño de la muestra. No encontraron asociaciones atribuidas a la edad. Incluyeron elementos con una saturación en su factor  $\geq 0,35$  para maximizar la fiabilidad. Obtuvieron los siguientes valores de fiabilidad: FC normativa ( $\alpha = 0,89$ ), AR ( $\alpha = 0,82$ ), ID ( $\alpha = 0,84$ ) e I ( $\alpha = 0,71$ ) (Westen et al., 2011).

### **1.2.5.- Investigaciones con el IDQ**

Hasta la fecha y para nuestro conocimiento, únicamente hay seis estudios que han utilizado el IDQ en sus trabajos de investigación científica. Tres estudios lo han usado en

población adulta, uno en población adolescente con la versión para adultos (aunque ya estaba disponible y publicada la versión para adolescentes) y un quinto estudio ha utilizado el IDQ-A en población adolescente. Un sexto estudio ha utilizado una versión reducida del IDQ, que será comentada más adelante, en este mismo apartado. A continuación se detallan estos 6 estudios.

1) *Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation* (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

El primero realizado en el año 2000 en Boston (USA) es el artículo en el que se exponen los resultados del desarrollo del cuestionario. Pidieron a especialistas que valoraran, en cada uno de los elementos, a una muestra total de 95 sujetos con edades comprendidas entre los 18 y 66 años (media= 35,5, de= 10,1), repartidos en tres submuestras: TLP (n= 34), otros TPs (n= 20) y no TPs (n=41). De la muestra de sujetos TLP, el 82,4% (n= 28) fueron mujeres (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Los autores se plantearon tres objetivos: 1) analizar si la alteración de la identidad es una cuestión unitaria o multidimensional, 2) estudiar los aspectos de la alteración de la identidad que distingue a los pacientes TLP de los otros TPs y de los sujetos sin TPs, y 3) averiguar en qué medida los aspectos de la alteración de la identidad son predictores del diagnóstico límite después de ser controlados por la historia de abuso sexual (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

- El primer objetivo está comentado en el apartado anterior (ver apartado 1.2.4.- Modelo empírico de evaluación de la alteración de la identidad de Wilkinson-Ryan y Westen).

- El segundo objetivo, se explica más adelante (ver apartado 1.4.2.- Alteración de la identidad y trastornos de la personalidad).
- El tercer objetivo, se explica más adelante (ver apartado 1.4.4.- Alteración de la identidad y maltrato infantil).

2) *Intersubjectivity in borderline personality disorder: narrative, identity disturbance and borderline personality traits* (Breu, Guggenbichler, Wollmann, y Lovasz, 2008).

El segundo estudio realizado casi una década más tarde en el año 2009 por Breu, en Burnaby (Canadá), se plantea como objetivo examinar un modelo teórico que relaciona los trastornos de identidad, la coherencia narrativa y los rasgos de TLP. Con este fin, 193 estudiantes de pregrado completaron medidas en línea de rasgos de TLP, coherencia narrativa, alteraciones de identidad, intensidad de afecto, supresión de pensamiento, experiencias disociativas e inestabilidad de relaciones. Como se esperaba, la coherencia narrativa se asoció negativamente con los trastornos de identidad y los rasgos de TLP. Contrariamente a lo esperado, la coherencia no medió la relación entre los rasgos de TLP y las alteraciones de identidad. Sin embargo, los rasgos de TLP mediaron la relación entre coherencia e identidad. Entre las características de TLP solo las experiencias disociativas se asociaron con la coherencia narrativa mediando la coherencia con la alteración de la identidad. Estos hallazgos sugieren que la coherencia narrativa está relacionada con los síntomas de TLP y los trastornos de identidad y brindan apoyo para las teorías narrativas de identidad (Breu et al., 2008).

Este estudio, además de las secciones de la Escala de Características Límites del Inventario de Evaluación de Personalidad (PAI-BOR, de sus siglas en inglés, *Borderline Features Scale- Personality Assessment Inventory*) (Morey, 1991), utilizó tres

cuestionarios sobre la identidad, el FIS, el IDS y el IDQ. Aunque el IDQ fue diseñado como una medida de calificación del terapeuta y las frases están redactadas para este propósito, en este estudio la redacción de los elementos se cambió de tercera a primera persona para permitir su uso como medida de autoinforme. Las puntuaciones de PAI se correlacionaron positivamente con las del IDS ( $r= 0,62$ ;  $p< ,001$ ) y el IDQ ( $r= 0,66$ ;  $p< ,001$ ). Por lo tanto, los sujetos con mayor número de rasgos de TLP mostraron una menor estabilidad de identidad en el FIS y mayores perturbaciones de identidad en el IDS e IDQ. Todas las medidas de identidad se correlacionaron significativamente entre sí. En este estudio encuentran que el IDQ ( $t= 5,84$ ;  $p< 0,001$ ;  $\beta= ,41$ ), pero no el FIS ( $t= -0,85$ ;  $p= 0,40$ ;  $\beta= -0,06$ ), es una medida de identidad desarrollada específicamente para medir las alteraciones de identidad en TLP (Breu et al., 2008).

3) *Identity Disturbance and Substance-Dependence in Patients with Borderline Personality Disorder* (Ghaffari Nejad, Kheradmand, y Toofani, 2010).

El tercer estudio fue realizado por Ghaffari Nejad en el 2010 en Irán con una muestra de 40 sujetos con TLP y 40 sujetos control, todos ellos varones. En el grupo de pacientes, con una media de edad de 26 años, el 80% habían tenido conflictos con la ley, el 60% tenía historia de encarcelamiento y el 17.5% tuvo experiencias de abuso sexual en la infancia. En cuanto al consumo de tóxicos, el 75% tenía abuso de opio, el 50% abuso de cannabis, el 95% fumaba tabaco, el 5% abuso de heroína y el 5% alcoholismo. Hubo diferencias significativas entre los dos grupos en 33 ítems del cuestionario, excepto en el ítem 6 (“identidad de género”) y 23 (“identidad racial”). No hubo diferencias en ambos grupos según si había o no dependencia de sustancias. Hubo diferencias entre grupos en los factores de alteración de la identidad: I ( $F= 227,3$ ;  $p< 0,005$ ), ID ( $F= 195,2$ ;  $p< 0,005$ ), y FC ( $F= 119,8$ ;  $p< 0,005$ ), no así en AR ( $F=2,2$ ;  $p= 0,136$ ). Según los autores, los

resultados de su estudio demuestran que el trastorno de identidad es uno de los elementos más consistentes en TLP. Sus hallazgos mostraron que la mayoría de los factores que indican alteración de la identidad son significativamente mayores en pacientes con TLP que las personas sanas. El no encontrar diferencias significativas entre los dos grupos en términos de AR para ellos es indicativo de que algunos criterios diagnósticos del TLP se encuentran en menor medida en la población general. Concluyen que la alteración de identidad tiene un amplio espectro que en niveles inferiores al del TLP puede predisponer a trastornos psiquiátricos o problemas interpersonales (Ghaffari Nejad et al., 2010).

4) *Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder* (Westen et al., 2011).

El cuarto estudio fue realizado posteriormente por el mismo Westen, Betan, y Defife, en el 2011, en Atlanta (USA). La muestra de pacientes (n = 139) se componía del 48% de hombres y del 52% de mujeres con una edad de 13 a 18 años. La comorbilidad en el estudio de Westen con otros TPs fue con el paranoide (17%), esquizoide (11%), esquizotípico (4%), antisocial (32%), limítrofe (25%), histriónico (12%), narcisista (19%), evitativo (25%), dependiente (9%) y el trastorno obsesivo-compulsivo (6%) (Westen et al., 2011)

Los objetivos de este estudio fueron: 1) identificar la estructura factorial del IDQ-A; 2) analizar la relación entre la alteración de la identidad en la adolescencia y la patología de la personalidad; y 3) examinar hasta qué punto las alteraciones en la identidad que se observan reflejan los efectos del abuso sexual más que lo que podría explicar los propios criterios del TLP (Westen et al., 2011).

- El primer objetivo se muestra en un apartado anterior (ver 1.2.4.- Modelo empírico de evaluación de la alteración de la identidad de Wilkinson-Ryan y Westen).
- El segundo objetivo se muestra en un apartado posterior (ver 1.4.2.- Alteración de la identidad y trastornos de la personalidad).
- El tercer objetivo se explica en un apartado posterior (ver 1.4.4.- Alteración de la identidad y maltrato infantil).

5) *Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa* (Gazzillo et al., 2013).

El quinto estudio realizado por Gazzillo y colaboradores en el 2013, en Roma y Turin (Italia). Es una investigación formada por 102 mujeres con trastornos alimentarios con una media de edad de 15 años. Seis psiquiatras independientes con más de 5 años de experiencia en el tratamiento de pacientes adolescentes fueron capacitados para utilizar el SWAP-200-A, AREQ e IDQ además de la CDI en un taller de 16 horas. Este estudio encuentra que el subtipo de personalidad de alto funcionamiento/ perfeccionista se correlacionó negativamente con todos los factores del IDQ: AR (r parcial= -0,49; p= 0,000), ID (r parcial= -0,50; p= 0,000), I (r parcial= -0,38; p= ,000) y FC (r parcial= -0,36; p= ,000). El subtipo de personalidad desregulada se correlacionó positivamente con la AR (r parcial= 0,18; p= 0,04) e ID (r parcial= 0,16; p= 0,05). Finalmente, el subtipo de personalidad restringida/ sobrecontrolada se correlacionó negativamente con la FC (rho= -0,27; p= 0,004) y la ID (r parcial= -0,21; p= 0,03) (Gazzillo et al., 2013).

6) *Identity Disturbance and Problems With Emotion Regulation Are Related Constructs Across Diagnoses* (Neacsiu et al., 2015).

El sexto estudio relacionado utiliza el BIDS, instrumento diseñado por Neacsiu y colaboradores, en 2014 en Durham (Inglaterra), y es una modificación del IDQ (Neacsiu

et al., 2015) (explicado en un apartado anterior, ver 1.2.3.- Evaluación de la alteración de la identidad).

Para resumir, según estos estudios la alteración de la identidad está formada por cuatro factores: AR, ID, I y FC, y una puntuación total (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). El IDQ se afianza como una buena prueba estandarizada con buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez para medir la alteración de la identidad, tanto de forma heteroadministrada (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) como de forma autoinformada en el TLP (Breu et al., 2008), como en otros TPs (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

### 1.3.- La adversidad temprana

---

Después de décadas de estudio sobre la relación entre la adversidad temprana y su repercusión en la salud mental, se puede asumir que los acontecimientos traumáticos son un factor de contribución en el desarrollo del TLP. En muchos de los casos los pacientes que padecen esta alteración de personalidad han sufrido algún suceso de abuso o negligencia en su niñez. En una revisión desde el 1995 hasta el 2007 se sugiere que la evidencia apoya la relación causal, particularmente si la relación se considera parte de un modelo etiológico multifactorial (Ball y Links, 2009).

Las experiencias adversas en la infancia hacen referencia a un conjunto de eventos negativos conectados entre sí y a la falta de recursos para enfrentarse a ellos de manera satisfactoria, pudiendo convertirse en traumáticos (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017). Se definen como sucesos perjudiciales que pueden ser crónicos o recurrentes, diferentes en gravedad y con consecuencias para la salud (Kalmakis y Chandler, 2015). En un estudio se ha encontrado que el 98% de los niños entre los 18 y los 71 meses de edad han sufrido al menos un evento adverso y el 50% ha vivido 4 o más (Kerker et al., 2015). Además, una vez que un evento adverso ocurre, aumenta la posibilidad de sufrir eventos adversos adicionales (Dong et al., 2004). Algunas de las experiencias adversas pueden ser, por ejemplo, la privación socioeconómica, la separación o divorcio de los padres o el maltrato psicológico.

Es conocido que las experiencias adversas en la niñez como el abuso y la negligencia están frecuentemente implicadas en el desarrollo de los TPs (Flory et al., 2009; Pereda y Gallardo-Pujol, 2011). Según un estudio realizado en Suiza, la adversidad infantil tiene un impacto serio en la patología general de la personalidad (Hengartner, Ajdacic-Gross,

Rodgers, Müller, y Rössler, 2013). Los autores encontraron que la intimidación y la violencia en las escuelas y el abuso emocional son mejores marcadores que el abuso sexual (Hengartner, Ajdacic-Gross, Rodgers, Müller, y Rössler, 2013).

Como decimos, el abuso físico y sexual, el abandono, la negligencia, el conflicto hostil, y la pérdida temprana de los padres son comunes en las historias infantiles de las personas con TLP (APA, 2013), y se han encontrado asociaciones entre el abuso emocional y sexual y los criterios TLP (Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick, y Goodwill, 2015).

Entre los antecedentes infantiles del TLP, se incluyen el abuso sexual, físico y emocional, ser testigo de violencia, pérdida de los padres, estilos parentales (especialmente cuidado y sobreprotección) y la negligencia. En un estudio de 83 pacientes hospitalizados con TLP se planteó como objetivo comprender los efectos de estas experiencias sobre el TLP, y encontró dos dimensiones para los síntomas: 1) problemas de ira, relaciones inestables, sentimientos de vacío, disociación o paranoia bajo estrés e inestabilidad afectiva; y 2) impulsividad, autolesiones y trastornos de identidad. El abuso emocional y las pérdidas parentales para las mujeres explicaron un subconjunto diferente de síntomas que los relacionados con el abuso sexual. La alteración de la identidad y la autolesión obtuvieron una relación única con el abuso sexual que puede ser más específica para el TLP (C. Johnson, 1999).

Otro estudio investigó características de TLP en una muestra no clínica de adultos jóvenes (n= 357). Descubrieron que las experiencias recordadas de trauma infantil, el aumento y descuido de emociones negativas y el control psicológico de los padres se asociaron positivamente con las características del TLP (Hope y Chapman, 2019).

Se han propuesto algunas implicaciones de género para los síntomas relacionados con el TLP en una muestra compuesta por 954 participantes. Se encontró que tanto el maltrato materno como el paterno se asociaron directamente con el TLP en mujeres, estando el maltrato paterno asociado indirectamente a través de un apego ansioso. En los hombres, solo el maltrato paterno se relacionó directamente con el TLP, aunque el maltrato materno se asoció indirectamente a través de la ansiedad de apego (Godbout, Daspe, Runtz, Cyr, y Briere, 2019).

La investigación indica que el abuso sexual infantil produce alteraciones duraderas en las relaciones interpersonales, la identidad y la regulación del afecto, y un impacto negativo en el funcionamiento sexual. Así, un estudio encontró que el abuso sexual infantil estaba relacionado con la ansiedad sexual y la disminución de la satisfacción sexual a través de su asociación con la autoconciencia reducida y la propensión a involucrarse en relaciones interpersonales (Bigras, Godbout, y Briere, 2015).

Sin embargo, hay literatura científica que ha encontrado estudios sin evidencia en este sentido. En un estudio con una muestra de 64 sujetos TLP de la que se realizó seguimiento durante una media de 27 años, se encontró que las puntuaciones en la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite – Revisada (DIB-R) y en el GAF a los 15 años fueron predictores significativos de las medidas en el SCL-90, la Escala de ajuste social (SAS-SR), el Inventario de lazos parentales (PBI) y el Cuestionario de experiencias de desarrollo (DEQ). Sin embargo, no se encontró relación en cuanto a la calidad de la crianza y el abuso infantil o trauma (Zweig-Frank y Paris, 2002).

### **1.3.1.- Aspectos históricos del término maltrato**

Kempe es el primero que define el maltrato infantil como el uso de la fuerza física no accidental dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes (Kempe, 1984). La OMS, lo describe como los abusos y desatención en menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico, psicológico o sexual, negligencia y explotación comercial u otro, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, incluida la exposición a la violencia de pareja (World Health Organization, 2015).

El maltrato infantil es un concepto heterogéneo, ya que existen diferentes tipos, cada uno con sus características propias y diferenciales. En la tabla 27 se muestra algunos de los tipos de maltrato (Arruabarrena y Paúl, 1999; Palacios, Moreno, y Jiménez, 2003; Saldaña, Jiménez, y Oliva, 1995).

Tabla 27.- Descripción de diferentes tipos de maltratos

Tipos	Descripción
Maltrato físico	Violencia física sobre un menor que suele producir una lesión física, producto de un castigo único o repetido, que puede variar en su magnitud o intensidad.
Negligencia física	Las necesidades físicas y cognitivas básicas del menor no son atendidas, permanente o temporalmente, por ningún miembro de los que conviven con él. Las áreas en las que influye son la alimentación, vestimenta, higiene, cuidado médico y abandono o falta de vigilancia y supervisión, condiciones del hogar y la vivienda, absentismo escolar y falta de estimulación cognitiva.
Maltrato psíquico	Presencia de la hostilidad verbal crónica como insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles como evitación, encierro o confinamiento por parte de cualquier adulto del grupo familiar. Son ejemplos el rechazo, la humillación pública y el aislamiento.
Negligencia emocional	Ausencia continuada de respuesta a las expresiones y conductas emocionales del niño que busca la interacción y la falta de relación y contacto por parte de una figura adulta estable.
Abuso sexual	Contacto sexual con un menor de edad, o utilizarlo de manera directa como objeto de estimulación sexual, sin que haya alcanzado la madurez para consentirlo o se aprovecha una posición de superioridad, poder o autoridad, y siempre que se use la violencia, la amenaza o la intimidación. Incluye: el incesto, la violación, la vejación sexual y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal explícita, exhibición de los órganos sexuales, masturbación en presencia del menor, etc.).
Abandono	Delegación total de los padres/ tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado.

\*Elaboración propia.

Tabla 27.- Descripción de diferentes tipos de maltratos (continuación)

Tipos	Descripción
Maltrato prenatal	Falta de cuidado del propio cuerpo o la ingesta de drogas o sustancias psicotropas por la mujer durante la gestación, y también el producido indirectamente al neonato por la persona que maltrata a la mujer.
Explotación laboral	Los padres obligan al niño a la realización continuada de trabajos excesivos, ya sean domésticos o no, que deberían ser realizados por adultos e interfieren en las actividades y necesidades del menor.
Inducción a delincuencia	Los padres facilitan y refuerzan la conducta antisocial e inapropiada del niño, que dificulta el desarrollo y la integración normales.
Trastorno facticio aplicado a otro	Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro. Antes denominado síndrome de Münchhausen por poderes, que se manifiesta en una persona adulta al cuidado de un niño, que lo somete a exploraciones médicas repetidas, le suministra medicamentos y busca su ingreso hospitalario, alegando síntomas inexistentes o generados por éste.
Maltrato institucional	Legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, y correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.
<i>Bullying</i> o acoso escolar	Maltrato físico y psicológico que se produce en el ámbito escolar, donde tiene la obligación de ir constantemente.
<i>Mobbing</i> o acoso laboral	La víctima se ve forzada a ir al trabajo y sufrir menosprecios que pueden socavar su autoestima.
Maltrato digital o <i>ciberbullying</i>	Entre los adolescentes, a través de las redes sociales.

\*Elaboración propia

Una vez que se establecen las diferentes tipologías de maltrato infantil se debe tener en cuenta que en un importante porcentaje de casos se produce un solapamiento. Es frecuente que se den casos en los que aparezcan simultáneamente maltrato y negligencia física, o abuso físico y sexual. Lo más difícil de establecer es si en un caso de maltrato físico se está dando o no también uno de tipo emocional. Podemos decir que existe un alto nivel de comorbilidad que hace que sean menos frecuentes los casos puros de maltrato (Belsky, 1993).

### **1.3.2.- Conceptualización del maltrato en los manuales de clasificación diagnósticos actuales: DSM-5 y CIE-11**

En el DSM-5, de forma novedosa, aparecen los conceptos de “maltrato”, “abuso” y “negligencia”; sean estos respectivamente de “infantil” o del “adulto”. Han sido incluidos en el apartado de “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (APA, 2013).

Se añaden varias diferenciaciones de conceptos, como si es “confirmado” versus “sospechado”, si se trata de un hallazgo “inicial” o “ulterior”, si la visita de salud mental es para la “víctima” o para el “autor”, si existe algún “vínculo parental” o “no”, y si hay historia de “antecedentes” personales (APA, 2013). Por otra parte, también se contempla la violencia física, sexual, negligencia y maltrato psicológico por parte del “cónyuge o la pareja” o por una “persona distinta” de éste (APA, 2013). Además, se sugiere que los antecedentes de maltrato o negligencia sean anotados durante el proceso diagnóstico ya que pueden influir en el diagnóstico y la respuesta al tratamiento de numerosos trastornos mentales (APA, 2013). En las tablas 28 y 29 se muestran los tipos de maltrato infantil y en el adulto extraídas y adaptadas del DSM-5.

Tabla 28.- Tipos de maltrato infantil según el DSM-5 (APA, 2013)

Tipos de maltrato infantil DSM-5	Formas
<p><b>Maltrato físico infantil</b></p> <p>Lesión no accidental infligida a un niño, puede ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte, por parte de un progenitor, cuidador, o individuo que tenga responsabilidad sobre el niño. La disciplina física, tipo zurra o bofetada, no se considera maltrato mientras sea razonable y no provoque lesión física al niño.</p>	<p>Dar un puñetazo, un golpe, una patada, un mordisco, zarandear, empujar, apuñalar, ahogar, pegar (con la mano, con un palo, con una correa o con otro objeto), quemar o lesionar con cualquier otro método. Estas lesiones se consideran maltrato, independientemente de si había intención de herir.</p>
<p><b>Abuso sexual infantil</b></p> <p>Actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o individuo que tenga una responsabilidad sobre el niño. Explotación sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador.</p>	<p>Caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. Obligar, engañar, atraer, amenazar o presionar para que participe de actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor.</p>
<p><b>Negligencia infantil</b></p> <p>Acto atroz u omisión por parte de un progenitor o cuidador, confirmado o sospechado, que prive al niño de una necesidad básica correspondiente a su edad y provoque o genere una probabilidad de provocar un daño físico o psicológico.</p>	<p>Abandono, falta de supervisión adecuada, falta de atención a las necesidades emocionales o psicológicas y no proporcionar la necesaria educación, asistencia médica, nutrición, residencia o vestido.</p>

Tabla 28.- Tipos de maltrato infantil según el DSM-5 (APA, 2013) (continuación).

Tipos de maltrato infantil DSM-5	Formas
Maltrato psicológico infantil Actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por un progenitor o cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad de causar daño psicológico.	Amonestar, menospreciar, humillar, amenazar, quitar o hacer abandonar a personas o cosas que el niño quiere. Recluir (atar, encerrar). Convertir en chivo expiatorio, obligar a autolesionarse y aplicar disciplina excesiva con medios físicos o no.

Tabla 29.- Tipos de maltrato del adulto según el DSM-5 (APA, 2013)

Tipos de maltrato del adulto DSM-5	Formas
Violencia física por parte del cónyuge/ pareja: Acciones no accidentales de fuerza física que provoquen o generen probabilidad de provocar daños físicos a la pareja o miedo significativo (último año).	Empujones, bofetadas, tirones de cabello, pellizcos, agarrones, zarandeos, derribos, mordeduras, patadas, puñetazos o golpes con objetos. Quemar, envenenar, presionar la garganta, bloquear el acceso al aire, sumergir la cabeza bajo el agua y agredir con un arma.
Violencia sexual por parte del cónyuge/ pareja: Acto sexual forzado u obligado a la pareja (último año).	Uso de la fuerza física o presión psicológica para obligar a la pareja a participar en un acto sexual en contra de su voluntad, tanto si el acto llega a realizarse como si no (pareja que no esté capacitada para consentir).
Negligencia por parte del cónyuge/ pareja: Acto atroz u omisión realizada por la pareja de una persona dependiente privándole de necesidades básicas, que provoquen o generen probabilidad de provocar daños físicos o psicológicos (último año).	En relaciones en las que uno de los miembros es dependiente para sus cuidados o necesita ayuda para realizar las actividades diarias normales (pareja que no sea capaz de cuidar de sí misma a causa de limitaciones físicas, psicológicas, intelectuales o culturales).

Tabla 29.- Tipos de maltrato del adulto según el DSM-5 (APA, 2013) (continuación)

Tipos de maltrato del adulto DSM-5	Formas
Maltrato psicológico por parte del cónyuge/ pareja: Actos no accidentales verbales o simbólicos por parte de un miembro de la pareja que provoquen o generen una probabilidad razonable de provocar daños significativos al otro miembro (último año).	Amonestar, humillar, interrogar o restringir la libertad de movimientos, obstruir el acceso a la asistencia (cumplimiento de la ley, recursos legales, de protección o médicos), amenazar con agresión física o sexual, dañar la integridad de personas o cosas que le importen, restringir el acceso a los recursos económicos, sociales, aislamiento de su familia, amigos, acechar o intentar hacer creer que se está loco.
Maltrato por una persona distinta del cónyuge/ pareja: Maltrato físico, sexual o emocional, por otro adulto que no es pareja. Actos no accidentales de fuerza física, que provoquen o generen una probabilidad de provocar daños o miedos significativos, actos sexuales forzados o bajo coacción y actos verbales o simbólicos que pudieran provocar daños psicológicos.	Empujones, arañazos, bofetadas, arrojar algo que pueda herir, puñetazos o morder. Amonestar, humillar, interrogar o restringir la libertad de movimientos, obstruir el acceso a la asistencia, amenazar o dañar a la víctima o a la integridad de personas o cosas que le importen, restringir su acceso a los recursos económicos, sociales, aislamiento de su familia, amigos, acechar o intentar hacer creer que está loco.

Según la CIE-11, que entrará en vigencia el 1 de enero de 2022, el maltrato aparece dentro del apartado de “causas externas de morbilidad o mortalidad”, clasificándose como maltrato físico, sexual, psicológico, otro maltrato especificado y maltrato sin especificación (OMS, 2018).

La OMS ha acordado incluir, en la futura versión de la CIE, la alienación parental, que puede definirse como una condición mental en la que un niño, cuyos padres atraviesan una separación o divorcio altamente conflictivo, se alía intensamente con uno de los padres intensamente (padre alienante), y rechaza la relación con el otro padre, el progenitor alienado, sin justificación legítima. Éste proceso debe considerarse como una forma de maltrato psicológico grave que produce serios efectos a corto, medio y largo plazo en el desarrollo psicológico del niño, niña o adolescente que la padece, pudiéndose llegar en casos extremos, al suicidio (OMS, 2018).

### **1.3.3.- Modelo neurobiológico del trauma en el TLP**

El maltrato infantil implica efectos neurobiológicos. La investigación sobre los efectos neurobiológicos del trauma ayudan a explicar cómo las primeras experiencias traumáticas pueden contribuir a la aparición de los síntomas del TLP (Pally, 2002).

Los parámetros de abuso que incluyen penetración, perpetradores múltiples, perpetradores hermanos y no familiares, duración del abuso y tasa general de abuso físico discriminaron el TLP de los sujetos no TLP (Goodman y Yehuda, 2002). La asociación del trauma infantil con el diagnóstico de TLP, así como sus dimensiones separadas que incluyen disociación, agresión impulsiva, alteración de la identidad e inestabilidad afectiva es limitada (Goodman y Yehuda, 2002). La investigación sobre la morfología

cerebral, la capacidad de respuesta serotoninérgica y la función del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal indican que la biología de las personas con TLP con trauma/ TEPT es diferente a la biología de las personas con solo TLP (Goodman y Yehuda, 2002). En un estudio encuentran que, en comparación con los controles, los pacientes con TLP y sin trastorno de estrés post-traumático expuestos a trauma infantil mostraron una reducción significativa del tamaño de la amígdala (22%) y del hipocampo (11%) (Weniger, Lange, Sachsse, y Irle, 2009). En un grupo ambulatorio de TLP (n = 43) comparado con grupo control (n = 26), el historial de abuso se correlacionó significativamente con la disfunción ejecutiva y deterioro en la memoria (Minzenberg, Poole, y Vinogradov, 2008).

Los resultados son consistentes con la opinión de que el trauma en la niñez produce efectos neurobiológicos duraderos sugiriendo que las diferentes formas de trauma podrían tener efectos biológicos distintos (Flory et al., 2009).

### **1.3.4.- Epidemiología del maltrato en el TLP**

El maltrato infantil es un fenómeno generalizado y global que afecta a las vidas de millones de niños en todo el mundo (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, y van Ijzendoorn, 2015). Así, puede ocurrirle a un niño de cualquier raza, religión o estatus socioeconómico. La mayoría de niños son maltratados en casa o por alguien que conocen, y con frecuencia aman a esta persona o la temen, así que no es fácil que se lo comuniquen a otros. La prevalencia del maltrato es similar a nivel mundial, pero se han encontrado grandes diferencias entre los estudios de tasas de prevalencia de informantes con las de autoinforme. Las más utilizadas han sido las de autoinforme, y son de 127/1000 para el abuso sexual (76/1000 entre los niños y 180/1000 entre las niñas), 226/1000 para el abuso físico, 363/1000 para el abuso emocional, 163/1000 para la negligencia física y 184/1000

para la negligencia emocional. Las tasas son más bajas cuando son recogidas mediante informantes, con 4/1000 para el abuso sexual y 3/1000 para el abuso físico y emocional (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, y van Ijzendoorn, 2015).

Después de dejar de manifiesto la alta prevalencia del maltrato infantil se puede entender de una manera más clara su influencia en el padecimiento de otros trastornos. El TLP es un trastorno relacionado directamente con el maltrato infantil y se ha asociado de manera consistente con el abuso infantil y la negligencia siendo su prevalencia más frecuente que en los otros diagnósticos de personalidad (Yen et al., 2002). Se han encontrado más traumas y más maltrato físico temprano en personas con TLP con tasas de 52,8%, que en pacientes con otros TPs con tasas de un 34,3% (Ball y Links, 2009).

En el TLP se han encontrado tasas más elevadas de exposición a traumas y abusos en la infancia, más variedad de tipos de eventos traumáticos (frecuentemente de naturaleza sexual) y una edad más joven del primer evento traumático. Existe de esta manera, una relación entre la mayor gravedad de las exposiciones traumáticas que son de naturaleza más agresiva y personal (incluidos los abusos sexuales y físicos en niños), en relación a otras patologías. Por lo tanto, existe una relación específica entre el TLP y el trauma sexual en niños a edades más tempranas que no existe en otros TPs (Yen et al., 2002).

El trauma en la historia de vida es predictor y factor causal en el desarrollo del TLP. Los sujetos con TLP presentan altas tasas de antecedentes de maltrato en la infancia tales como abuso físico, abuso sexual o negligencia. Entre el 30% y el 75% de los pacientes adultos y adolescentes con TLP han informado de historias de abuso sexual. En el TLP un papel importante se atribuye a factores psicológicos y psicosociales. Un estudio con una muestra mixta de 41 personas con TLP, de 32 mujeres y 9 hombres, determina cómo

el trauma infantil tal como el abuso sexual, psicológico y físico, la negligencia emocional y física está relacionada con el estrés, la autolesión y la conducta suicida (Blasczyk-Schiep y Jaworska-Andryszewska, 2014; Zanarini, 2000).

En otro estudio se evaluó la historia autoinformada de experiencias de abuso y negligencia entre 600 pacientes diagnosticados de TLP y TPs (esquizotípico, evitativo, y obsesivo-compulsivo) siendo las tasas de maltrato infantil de 73% de abuso y 82% de abandono. A diferencia de otros diagnósticos de TP, el TLP se asoció más frecuentemente con el abuso y la negligencia infantil (Battle et al., 2004).

Son muchos los autores que han relacionado el origen del TLP con la vivencia de traumas a lo largo de la vida (Barral, 2011). Por ejemplo, Linehan afirma que hasta un 75% de los sujetos que padecen TLP han experimentado algún tipo de abuso sexual en la infancia (Linehan, 2003). Se ha encontrado que la existencia de traumas en la edad infantil puede llegar a predecir un pronóstico negativo en pacientes con TLP (Zanarini, Frankenburg, Reich, Hennen, y Silk, 2005). Un estudio encuentra que la gravedad y agresividad del abuso sexual en la infancia es directamente proporcional con la severidad posterior de los síntomas y el deterioro psicosocial del TLP (Zanarini et al., 2002) y con conductas autolíticas más graves (Sansone, Gaither, y Songer, 2002).

El maltrato infantil es un factor etiológico en el TLP que puede transmitirse a los hijos por parte de las madres con TLP. Un estudio registró el maltrato en 36 niños de 4 a 7 años cuyas madres tenían TLP y se compararon con 34 niños sanos. Los niños cuyas madres tenían TLP tenían más probabilidades de haber sufrido abuso sexual, abuso físico y negligencia. Las características TLP obtenidas con autoinforme de las madres se correlacionaron significativamente con el maltrato infantil. Del mismo modo, el maltrato

medió la relación entre las cuatro características limítrofes de las madres y las representaciones narrativas de los niños de la relación cuidador-hijo incluyendo el miedo al abandono, la inversión de roles y las expectativas de relación madre-hijo (Macfie y Kurdziel, 2019). Estos mismos autores examinaron la transmisión intergeneracional del maltrato infantil en el contexto de características TLP autoinformadas por la madre (inestabilidad afectiva, relaciones negativas, alteración de la identidad y autolesión/impulsividad). El estudio estuvo compuesto de 41 adolescentes de 14 a 18 años y sus madres, 19 sujetos con TLP y 22 sin TLP. Los resultados revelaron que un diagnóstico materno de TLP se asoció con abuso físico, negligencia física, abuso emocional, negligencia emocional y abuso sexual, pero no con negligencia en la supervisión. Las características maternas de TLP se asociaron con abuso emocional, abuso sexual y negligencia física, pero no con abuso físico, negligencia emocional o negligencia en la supervisión. Los resultados indicaron que las familias cuya madre tenía TLP experimentaron una mayor transmisión intergeneracional del maltrato infantil (independientemente del perpetrador) que en el caso de la descendencia de las comparaciones normativas. La característica límite de las relaciones negativas predijo más fuertemente la transmisión a la próxima generación. La negligencia y el maltrato general se transmiten de madre a adolescente, mientras que el abuso sexual y el abuso físico no es así (Kors, Macfie, Mahan, y Kurdziel-Adams, 2020).

Una de las variables que se ha encontrado favorable para la remisión de síntomas ha sido la ausencia de abuso sexual junto con otras como la ausencia de uso de sustancias, un buen historial vocacional, niveles bajos de neuroticismo y la ausencia de trastornos de ansiedad (Zanarini et al., 2007).

La etiología del TLP se explica mejor como una combinación de vulnerabilidad genética y neurobiológica combinada con trauma, abuso o negligencia infantil (Nuñez Morales et al., 2019) que conduce a emociones desreguladas, cogniciones distorsionadas, déficit de habilidades sociales y pocas estrategias de adaptación adaptativas (Hunt, 2007). Por lo tanto, después de todo lo expuesto, es innegable la relación entre las experiencias adversas y traumas infantiles con el origen y mantenimiento del TLP.

## **1.4.- Investigaciones sobre la alteración de la identidad y variables clínicas y psicopatológicas**

---

### **1.4.1.- Alteración de la identidad en el TLP desde la perspectiva de género**

La pertenencia al género es un componente fundamental de la identidad general y proporciona un sentido de continuidad biográfica de esa identidad. Hay personas que tienen una identidad de género incierta o confusa o que están pasando de un género a otro. El extremo de este continuo está representado por la disforia de género, definida como la angustia que puede acompañar a la incongruencia entre el género expresado o experimentado y el género asignado (Castellini, 2016).

En una revisión sobre diferencias de género en el TLP (Sansone y Sansone, 2011) encontramos que desde una perspectiva clínica la distribución hombre/ mujer del TLP es bastante igual (Grant et al., 2008). Sin embargo, hombres y mujeres con TLP tienden a exhibir comportamientos ligeramente diferentes y presentaciones, que podrían culminar fácilmente en diferentes disposiciones clínicas y dar como resultado una muestra sesgada (Sansone y Sansone, 2011).

En cuanto a las diferencias de género en la alteración de la identidad en el TLP, un estudio compuesto de 48 pacientes ambulatorios con TLP y adicciones (24 mujeres, 24 hombres) emparejados con un grupo de pacientes sin adicciones mostró que las mujeres con adicción exhibieron más trastornos de ansiedad, más severidad psiquiátrica y más historias de abuso sexual. Los hombres mostraron más TP antisocial y presencia de violencia doméstica. Se identificó dos subgrupos de TLP: (1) alteración de la identidad y esfuerzos frenéticos para evitar el abandono y (2) desregulación afectiva y expresión

inapropiada de la ira. Los pacientes con adicción exhibieron más impulsividad y menos TPs comórbidos, mientras que los pacientes no adictos mostraron más ira inapropiada y esfuerzos frenéticos para evitar el abandono (Mercer, 1997).

En otro estudio sobre las diferencias por sexo, encuentran que los hombres con TLP tienen más probabilidades de presentar trastornos por abuso de sustancias y comorbilidad con los TPs esquizotípico, narcisista, y antisocial, mientras que las mujeres con TLP se asocia más con estrés post-traumático, trastornos de la alimentación y el criterio de alteración de la identidad del TLP (D. Johnson et al., 2003).

Por otra parte, si revisamos la composición de las muestras de los estudios que han utilizado el IDQ, en el estudio original de Westen, la muestra global (n= 95) estuvo compuesta de sujetos TLP, otros TPs y sin TPs formada por 65 mujeres (68,4%) y 30 hombres (31,6%). Las proporciones de género difirieron entre los grupos. En el grupo de TLP el 82,4% de la muestra fueron mujeres (n = 28), proporción por sexos que se asemeja este trastorno en la población general. Los autores inicialmente se plantearon incluir solo pacientes mujeres, para minimizar la heterogeneidad, dado el alto porcentaje de mujeres entre los pacientes con TLP en la población, pero al no obtener un grupo de estudio lo suficientemente grande, ampliaron los criterios, eliminando las restricciones de género (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

En el estudio de Breu y colaboradores sobre coherencia narrativa, la muestra de 192 estudiantes de pre-grado, estuvo formada por 129 mujeres (67,2%) y 63 hombres (32,8%). Esta muestra no fue representativa de la población general en términos de género, donde hubo menos hombres que mujeres. Se controlaron previamente las diferencias de género en el momento de contar el tipo de historias que se recuerdan y cómo se cuentan, ya que

se habían encontrado correlaciones entre coherencia y género ( $r = -0,18$ ,  $p < 0,001$ ) (Breu et al., 2008).

A diferencia de la mayoría de estudios con TLP, en el estudio de Ghaffari los 40 sujetos con TLP comparados con los 40 sujetos control fueron exclusivamente varones, ya que en el entorno del estudio había un número bajo de mujeres con TLP y no se pudieron reclutar. En este estudio no se encontró diferencias en los cuatro factores de alteración de la identidad en relación a la dependencia de sustancias (Ghaffari Nejad, Kheradmand, y Toofani, 2010).

En el segundo estudio de Westen que investiga la alteración de la identidad en una muestra clínica de adolescentes en relación a la patología de la personalidad, en particular al TLP, los pacientes ( $n = 139$ ) se distribuyeron uniformemente entre sexos, 51,8 % mujeres y 48,2% hombres (Westen, Betan, y Defife, 2011).

En el estudio de Gazzillo, donde se investiga la alteración de la identidad, los subtipos de personalidad y rasgos afectivos asociados con los trastornos alimentarios, la muestra consistió en 102 mujeres (Gazzillo et al., 2013).

En el estudio de Neacsiu, estudian la relación entre la alteración de la identidad y las dificultades con la regulación de las emociones en una muestra no específica de TLP. Reclutaron 127 sujetos, de los cuales 80 fueron mujeres (63%). Encontraron que la edad, el género, la etnia y la gravedad del TLP no fueron predictores significativos de la alteración de la identidad ( $p > 0,01$ ) (Neacsiu, Herr, Fang, Rodriguez, y Rosenthal, 2015).

Así, para resumir, la mayoría de estudios sobre el IDQ han utilizado muestras mixtas (Breu, Guggenbichler, Wollmann, y Lovasz, 2008; Neacsiu, Herr, Fang, Rodriguez, y Rosenthal, 2015; Westen, Betan, y Defife, 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), uno

ha utilizado una muestra de sólo mujeres (Gazzillo et al., 2013), y otro de sólo hombres (Ghaffari Nejad et al., 2010).

De la misma forma, otros estudios sobre alteración de la identidad de género, han utilizado muestras mixtas, como un estudio sobre diferencias de género en el TLP (D. Johnson et al., 2003; Mercer, 1997), y otro sobre maltrato infantil, apego y etiologías específicas de género sobre los síntomas limítrofes relacionados con la personalidad (Godbout, Daspe, Runtz, Cyr, y Briere, 2019). Otros estudios, sin embargo, han utilizado muestras de exclusivamente mujeres, como un estudio sobre identidad de género y orientación sexual que ha utilizado una muestra de 100 mujeres con TLP (Singh, McMMain, y Zucker, 2011), y otro estudio sobre identidad de género en la adolescencia que ha usado una muestra de 24 mujeres con antecedentes de abuso físico o sexual con 20 mujeres adolescentes sin antecedentes de abuso (Villinski, 1991).

#### **1.4.2.- Alteración de la identidad y sintomatología clínica del TLP**

Para algunos autores la depresión o disforia interna de larga duración está reflejada en el criterio del DSM de “vacío” (Korner, Gerull, Meares, y Stevenson, 2008). Las observaciones clínicas sugieren que las experiencias depresivas en pacientes con TLP tienen una cualidad específica y se caracterizan por el vacío y la ira (Leichsenring, 2004). Según un estudio más reciente, el vacío crónico representa un componente sustancial de la carga de síntomas que experimentan las personas con TLP con mayor deterioro funcional y pudiéndose distinguir el TLP del trastorno depresivo mayor (Elsner, Broadbear, y Rao, 2018).

En un estudio analizan el significado y las implicaciones clínicas del sentimiento crónico de vacío en 45 adultos jóvenes con TLP que realizan autolesiones, y en una

muestra no clínica (n= 274). Los resultados muestran que el vacío está escasamente relacionado con el aburrimiento pero muy asociado con la sensación de desesperación, soledad y aislamiento. El vacío es un predictor sólido de depresión e ideación suicida, pero no de la ansiedad o intentos autolíticos. El vacío refleja un afecto negativo patológico y una angustia psiquiátrica significativa (Klonsky, 2008).

La calidad de la experiencia depresiva/ disforia en el TLP siempre se ha percibido como diferente de la depresión experimentada en la depresión mayor (Silk, 2010). A menudo, los sujetos TLP sin trastorno depresivo mayor obtienen una puntuación más alta en escalas autocalificadas que en las observadas por un entrevistador (Silk, 2010). También se ha encontrado que los pacientes con TLP sin trastorno depresivo mayor obtienen puntuaciones tan altas como los TLP con trastorno depresivo mayor, y tan altas como los pacientes con trastorno depresivo mayor sin TLP (Silk, 2010). Una apreciación más completa de las relaciones objetales del paciente con TLP, es decir, la naturaleza de las relaciones interpersonales y las reacciones y los efectos de la persona hacia y dentro de esas relaciones es la clave para comprender la naturaleza de la calidad de la depresión del TLP (Silk, 2010).

En el estudio de Zanarini sobre la sintomatología de la DIB-R se describen 12 síntomas como agudos y 12 síntomas temperamentales (Zanarini et al., 2007), formando parte la alteración de la identidad del grupo de síntomas agudos:

- Agudos: pensamiento cuasi psicótico; abuso/ dependencia de sustancias, desviación sexual (principalmente promiscuidad), automutilación, esfuerzos suicidas manipulativos, relaciones tormentosas; devaluación/ manipulación/ sadismo, exigencia/ derecho, regresiones de tratamiento, problemas de contratransferencia/ relaciones de

tratamiento especiales, inestabilidad afectiva, y graves alteraciones de identidad (Zanarini et al., 2007).

- **Temperamentales:** sentimientos crónicos de depresión, impotencia, desesperanza, inutilidad, culpa, ira, ansiedad y soledad/ vacío; pensamiento extraño/ experiencias perceptivas inusuales (p. ej., ideas sobrevaloradas y despersonalización), paranoia no delirante; impulsividad general (por ejemplo, comer en forma de atracones, gastar dinero en juergas y tener una conducción imprudente); intolerancia a la soledad, preocupaciones de abandono/ absorción/ desintegración, contradependencia o grave conflictos sobre recibir ayuda o cuidado, y dependencia/ masoquismo (Zanarini et al., 2007).

#### **1.4.3.- Alteración de la identidad y trastornos de la personalidad**

No está claro si se pueden encontrar trastornos de identidad en todos los TPs o si simplemente demuestran un criterio específico para pacientes con TLP (Walter et al., 2008). La evidencia sugiere que la alteración de la identidad podría no ser una característica exclusiva del TLP (Neacsiu et al., 2015). En muestras de TLP, la alteración de identidad está conectada a problemas que no son específicos del TLP, como la depresión (Dammann et al., 2011; Levy, Edell, y McGlashan, 2007). Se ha informado de trastornos de identidad entre adultos con una variedad de problemas psiquiátricos, como esquizofrenia (Boulanger, Dethier, Gendre, y Blairy, 2013), y casi todos los tipos de TPs (Lynum, Wilberg, y Karterud, 2008; Modestin, Oberson, y Erni, 1998; Westen et al., 2011b). Tomados en conjunto, estos hallazgos sugieren que los problemas de identidad pueden ser transdiagnósticos (Neacsiu et al., 2015).

Wilkinson-Ryan y Westen, en su primer estudio sobre el IDQ, utilizaron la regresión múltiple para ver si podían predecir el TLP medido por el número de síntomas en el DSM-

IV a partir de las puntuaciones de los pacientes en los cuatro factores de la alteración de la identidad. Los cuatro factores juntos ( $R= 0,71$ ) representaron el 50,2% de la varianza, AR, ID, y I contribuyeron significativamente a la varianza ( $p<0.05$ ) y AR mostró una tendencia a la significación ( $p= 0,10$ ) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En ese mismo estudio, los autores realizaron un análisis de contraste de cada factor del IDQ para evaluar si la alteración de la identidad estaba presente en los pacientes con TLP, TP o sin TP. Esto lo hicieron a través de un análisis de contraste, para demostrar una de sus hipótesis: 1) los sujetos con TLP obtendrían puntuaciones más altas que los otros dos grupos, que no diferirían entre sí (pesos de contraste: 2, -1, -1); 2) las puntuaciones para los tres grupos estarían relacionadas de forma lineal, es decir, los pacientes con TLP obtendrían puntuaciones más altas, seguidos por los pacientes con otros TPs, y después por aquellos sin TPs (pesos de contraste: 1, 0, -1), y 3) otro modelo lineal, en que planteaban que las puntuaciones medias seguirían el mismo orden que en el contraste anterior, pero con una diferencia media mayor entre los pacientes con TLP y aquellos con otros TPs, que entre los pacientes con otros TPs de aquellos sin TPs (pesos de contraste: 4, -1, -3). Encontraron que el segundo modelo lineal, fue el más robusto. Compararon las medias de los tres grupos mediante el uso de un análisis de varianza unidireccional (ANOVA), que mostró diferencias significativas entre los tres grupos en el primer factor AR ( $F= 3,87$ ,  $gl= 2,92$ ,  $p= 0,02$ ), en el segundo factor ID ( $F= 16,14$ ,  $gl= 2,92$ ,  $p<0,001$ ) y en el tercer factor I ( $F= 4,82$ ,  $gl= 2,92$ ,  $p= 0,01$ ) y se acercó a la significancia en el cuarto factor FC ( $F= 2,65$ ,  $gl= 2,92$ ,  $p= 0,08$ ). Los autores concluyeron que el IDQ, sobre la alteración de la identidad, es una medida capaz de distinguir a los pacientes con TLP de otros tipos de pacientes (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

En el segundo estudio de Westen y colaboradores sobre el IDQ-A, encontraron asociaciones entre los TPs antisocial y narcisista y la FC normativa. La FC normativa, la AR e ID correlacionaron con el TLP incluso manteniendo constantes los otros TPs. La I mostró sólo una tendencia a la significación. Por su parte, la personalidad esquizotípica, estuvo asociada con la ID y la FC normativa (Westen et al., 2011).

Estos autores, además encontraron los ítems que estaban más relacionados con el TLP en adolescentes, en relación a otros TPs. Este tipo de ítems formulaban sensaciones del tipo: sentirse “sin timón, fragmentado”, “diferente dependiendo de con quién esté”, “dependiendo de otro poderoso”, con “personalidad camaleónica”, “temor a dejar de existir en las relaciones cercanas”, y “la necesidad de una etiqueta que proporcione un sentido de identidad”. También sentir “no saber quién es”, “no saber quién podría ser en el futuro”, con la carencia de “conjunto de valores o ideales”, “opiniones y los sentimientos acerca de sí mismo fluctuantes”, “creencias y acciones contradictorias”, y con “vacío interior” (Westen et al., 2011).

#### **1.4.4.- Alteración de la identidad y sintomatología general**

Un estudio examinó la relación entre la alteración de la identidad y la desregulación emocional en una muestra con diagnósticos mixtos, para evaluar si el constructo de la alteración de la identidad es relevante en otros trastornos además de en el TLP (Neacsiu et al., 2015). Reclutaron una muestra de 127 participantes, incluyendo sujetos psiquiátricamente sanos. Encontraron que la alteración de la identidad es significativamente mayor entre los participantes psiquiátricos con y sin TLP en comparación con los controles sanos. La desregulación emocional es un predictor significativo de alteración de la identidad, incluso cuando se controlaba el diagnóstico de

TLP, depresión y ansiedad. Los autores sugieren que la investigación futura examine la alteración de la identidad y su relación con la regulación de las emociones de forma transdiagnóstica (Neacsiu et al., 2015).

En otro estudio se investigaron las relaciones entre las experiencias similares a la psicosis, las experiencias adversas traumáticas y las características del TLP autoinformadas en pacientes con trastornos del estado de ánimo (n=282). Las puntuaciones totales del Instrumento de detección McLean (MSI) se correlacionaron fuertemente con los de la dimensión "frecuencia de síntomas positivos" de la Escala de Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (CAPE-42) y moderadamente con la Escala de Trauma y Angustia (TADS). Cada síntoma cognitivo mostró un papel mediador parcial (síntomas disociativos 43%; alteración de la identidad 40% y desconfianza 18%). Estos autores concluyen que los síntomas cognitivo-perceptuales del TLP median completamente las relaciones entre las experiencias traumáticas adversas y las experiencias similares a la psicosis, mientras que los síntomas afectivos, conductuales e interpersonales solo lo hacen parcialmente (Baryshnikov et al., 2018).

#### **1.4.5.- Alteración de la identidad y maltrato infantil**

Los investigadores clínicos han sugerido que el maltrato en la primera infancia (especialmente el abuso sexual infantil y la negligencia psicológica/ desajuste de los padres) puede tener efectos significativos en la salud del individuo. Así, puede perturbar o desregular el apego temprano entre padres e hijos, conducir a esquemas relacionales disfuncionales, y estados emocionales negativos, lo que engendra problemas específicos en la identidad, la regulación del afecto y la relación interpersonal (Briere y Hodges, 2010).

En un estudio se examina el riesgo de desarrollar TLP en una muestra de bajo nivel socioeconómico de 30 niños de 4 a 7 años cuyas madres tienen TLP y se compara con 30 sujetos controles. Estos niños contaron historias con: (a) mayor inversión del roles de padres e hijos, más miedo al abandono y más expectativas negativas de relación madre-hijo y padre-hijo; (b) representaciones más incongruentes y vergonzosas del yo; y (c) regulación emocional más pobre, indicada por una mayor confusión de límites entre fantasía y realidad y entre el yo y la fantasía, más propensión a la fantasía, menos coherencia narrativa y más intrusión de temas traumáticos. Se asoció la relación de apego desadaptativa cuidador-niño con trastornos de identidad maternos y autolesiones, un *self* desadaptativo con autolesiones maternas y la regulación de emociones desadaptativas con trastornos de identidad maternos, relaciones negativas y autolesiones (MacFie y Swan, 2009).

En el primer estudio de Wilkinson-Ryan y Westen realizaron un análisis de regresión múltiple para predecir el diagnóstico de TLP a partir de las puntuaciones de alteración de identidad después de controlar el historial de abuso sexual. El historial de abuso sexual predijo una mayor probabilidad de características límite. El historial de abuso sexual junto con los cuatro factores de alteración identidad representaron el 53.1% de la varianza total. Algo similar sucedió cuando se usaron estas variables para predecir el diagnóstico de TLP, el número de síntomas límite pero excluyendo el criterio de alteración de identidad (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

En el segundo estudio de Westen y colaboradores, que investigo la relación de la alteración de la identidad con el abuso sexual en el TLP, se comprobó que el abuso fuera corroborado por la policía, el departamento de servicios sociales, o la familia y que además, fueran recuerdos intactos pretratamiento. Menos del 5% de los sujetos indicaron

que fueran imágenes o recuerdos recuperados en el tratamiento. Este autor encontró que la alteración de la identidad en adultos está asociada no solo con el TLP sino también con el abuso sexual (Westen, 1994), tanto en adolescentes como en adultos. Aunque en su estudio, el historial de abuso sexual estuvo fuertemente asociado con la FC normativa e ID, la inclusión de los síntomas de TLP aumentó significativamente ésta asociación. Para los factores AR e I el modelo que incluyó el abuso sexual no fue significativo, mientras que agregar los síntomas de TLP en el segundo paso de la regresión aumentó sustancialmente la relación con el trastorno de identidad (Westen et al., 2011).

Un estudio en población general (n= 620) examinó si la exposición al abuso y el trauma fueron predictores de síntoma hallándose que predijeron problemas de identidad, desregulación del afecto y alteración de la relación (Briere y Rickards, 2007). Los análisis multivariados indicaron que el abuso emocional materno (pero no paterno) se asoció de manera única con elevaciones en las 7 escalas del Inventario de Capacidades del *Self* Alteradas (IASC): conflictos interpersonales, idealización-desilusión, preocupaciones de abandono, deterioro de la identidad, susceptibilidad a la influencia, desregulación del afecto y las actividades de reducción de la tensión. El apoyo emocional paternal bajo (pero no maternal bajo) se asoció con conflictos interpersonales, preocupaciones de abandono y comportamientos de reducción de la tensión. El apoyo emocional paterno no disminuyó significativamente los efectos negativos del abuso emocional materno. Por su parte, el abuso sexual fue predictivo de todas las escalas de IASC, excepto los conflictos interpersonales y el deterioro de la identidad. Los traumas no interpersonales y los traumas de adultos no estuvieron relacionados (Briere y Rickards, 2007).

En otro estudio se investiga la adversidad prenatal como un factor de riesgo potencial en la patogénesis del TLP en 100 pacientes TLP y 100 controles sanos. Los pacientes con

TLP estuvieron expuestos con mayor frecuencia a condiciones intrauterinas adversas, como exposición prenatal al tabaco, complicaciones médicas, estrés traumático materno prenatal, conflictos familiares, bajo apoyo social y problemas de pareja durante el embarazo. Los análisis de regresión revelaron que los factores de riesgo prenatales informados representaron el 25,7% de la varianza en el TLP. La exposición prenatal al tabaco (OR 3,37; IC 95% 1,49-7,65;  $p=0,004$ ) y complicaciones médicas (OR 2,87; IC 95% 1,29-6,38;  $p=0,010$ ) fueron predictores importantes. Después de controlar la adversidad infantil y el estado socioeconómico de los padres, los factores de riesgo prenatales predijeron subdominios límite como la impulsividad, inestabilidad afectiva, alteración de la identidad, disociación y gravedad de los síntomas límite (Schwarze et al., 2013).

En una muestra clínica de 73 mujeres con TLP, el abuso sexual infantil en el 49% de la muestra se relacionó con la inestabilidad afectiva. La alteración de la identidad se asoció con trauma no sexual. La ira y la paranoia/ disociación se asociaron con la mayoría de los antecedentes del desarrollo (Parker, McCraw, y Bayes, 2018).

Así, los efectos del abandono crónico y del caos severo dentro de la estructura familiar, especialmente la ruptura de los límites intergeneracionales ordinarios y la impredecible conducta parental crónica, son otros factores de la experiencia temprana que afectan negativamente, contribuyendo al desarrollo de los trastornos severos de la personalidad y, de la difusión de identidad (O. Kernberg, 2012).

## **B.- Marco empírico**

---

## **2.- Estudio 1. Validación de la versión española del Cuestionario de Alteración de la Identidad (IDQ)**

---

## 2.1.- Justificación estudio 1

---

En la nueva versión del DSM-5 el constructo de alteración de la identidad en los TPs ocupa un lugar central en su diagnóstico y tratamiento (APA, 2013). En la sección III del manual se propone un modelo alternativo para el diagnóstico de TPs en el que la construcción "identidad" se ha integrado como criterio central del diagnóstico. La naturaleza híbrida de este modelo conduce al uso simultáneo de diagnósticos, al tiempo que brinda la oportunidad de realizar una comprensión más exhaustiva de la sintomatología del paciente que hasta la fecha de aparición del nuevo manual diagnóstico. Este modelo dimensional es consistente con múltiples teorías de la personalidad y se fundamenta en cómo las personas piensan sobre sí mismas y los demás y en cómo se relacionan con otros (Pines, 1977; Schmeck, Schlüter-Müller, Foelsch, y Doering, 2013).

Un estudio que utiliza el STIPO y el GAF encuentra que la identidad representa el 26% de la varianza de la funcionalidad, y el sentido de sí mismo el 31%. Estos hallazgos sugieren que la identidad y su correlación patológica, la difusión de identidad, desempeñan un papel clave en el pronóstico funcional de los pacientes con TLP (Esguevillas et al., 2018).

En lo que se refiere al TLP, la alteración de la identidad es un área clave para su comprensión y tratamiento. No obstante, como hemos expuesto más arriba es un constructo de difícil definición y evaluación por lo que es especialmente recomendable el uso de una prueba creada por especialistas en este campo.

Tras una revisión de las herramientas sobre la alteración de la identidad, nos propusimos adaptar al castellano el instrumento IDQ de Wilkinson- Ryan y Westen

(Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), ya que consideramos que es el que permite una mayor aplicabilidad para el diagnóstico y planificación en psicoterapia, tanto por la solidez teórica de su constructo como por su corrección estandarizada. Por tanto validar este cuestionario al castellano, demostrando adecuadas propiedades psicométricas, es fundamental por varias razones. En primer lugar, desde una perspectiva de la estandarización es un cuestionario estandarizado que ha demostrado, en su validación original, que posee buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. Es un instrumento en el que se ha testado la validez interna mediante técnicas de análisis factorial. Del mismo modo, es un cuestionario con adecuada validez discriminante ya que diferencia mediante la puntuación de sus escalas pacientes de controles sanos (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). El IDQ es una medida validada para la evaluación de la identidad desarrollada específicamente para medir las alteraciones de identidad en TLP, en contraposición al IDS o al FIS, que no están diseñados para medir la identidad en este trastorno en concreto, sino para el trastorno de la identidad y las funciones de la identidad respectivamente (Breu et al., 2008). Del mismo modo, que no hay una versión validada y adaptada en nuestro idioma de la STIPO-R, instrumento que ha sido desarrollado para diagnosticar la organización de la personalidad y el funcionamiento psicosocial (Stern et al., 2010), y que se está llevando a cabo por parte del Grup-TLP Barcelona (Rufat, 2020).

La segunda razón por la que optamos por adaptar este instrumento es que se ajusta a los rasgos propuestos desde una alternativa dimensional del DSM-5, no estando su constructo y sus contenidos sometidos a un paradigma teórico específico como en el caso del modelo psicodinámico en el que se basan otros cuestionarios como el IPO, el STIPO y BPI (Leichsenring, 1999; Smits, Vermote, Claes, y Vertommen, 2009; Stern, B.L., Caligor, E., Roose, S.P. y Clarkin, 2004). Complementariamente con lo anteriormente

comentado es que, en el caso del IDQ, no se requiere de una formación teórica específica para su utilización, como ocurre en el caso de los cuestionarios fundamentados en el modelo psicoanalítico. El IDQ realiza una evaluación de la identidad más exhaustiva y valora dimensiones relevantes del TLP. Eso no ocurre en el caso de otras herramientas como el PSQ, donde los ítems dan una “medida de la integración”, pero no reflejan las características del TLP del DSM (autolesiones, agresión impulsiva) sino de la alteración de la identidad *per se* conceptualizada por un constructo teórico específico, el Modelo de los Estados Múltiples del *Self* (P. Pollock y Broadbent, 2001).

Del mismo modo, el IDQ permite la aplicación en un rango más amplio de edad que otros instrumentos como el AIDA, que solo se puede utilizar hasta la mayoría de edad (Goth et al., 2012). Así, junto con el IDQ para adolescentes, el IDQ-A (Westen et al., 2011), el Cuestionario de Alteración de la Identidad (IDQ) se puede aplicar tanto en la franja de adolescentes como de adultos.

En resumen, el IDQ se ha diseñado en función de un constructo de alteración de la identidad construido de forma empírica, y formado por ítems menos abstractos que el modelo psicodinámico. Cuenta con estudios de validación y es un modelo actualizado para poder evaluar los trastornos de personalidad de forma dimensional.

## **2.2.- Objetivos del estudio 1**

---

En el primer estudio nos planteamos cuatro objetivos.

### **2.2.1.- Validez de contenido: traducción y adaptación de la versión española del IDQ**

El primer objetivo es la traducción y adaptación del IDQ a su versión en lengua castellana.

### **2.2.2.- Consistencia interna: cálculo de la fiabilidad de la versión española del IDQ**

El segundo objetivo es el análisis de la fiabilidad de las escalas y el cuestionario global para determinar la consistencia interna y homogeneidad de los ítems.

### **2.2.3.- Validez de constructo: análisis de la estructura factorial de la versión española del IDQ**

El tercer objetivo es la obtención de la validez de constructo del IDQ mediante el análisis factorial de los ítems.

### **2.2.4.- Validación discriminante: tipificación de la versión española del IDQ en una muestra de pacientes con TLP y sujetos controles**

El cuarto objetivo determinará si las puntuaciones de las escalas de la versión española del IDQ diferencian pacientes con TLP de sujetos sanos.

## **2.3.- Hipótesis del estudio 1**

---

### **2.3.1.- Fiabilidad y consistencia interna de la versión española del IDQ**

Una vez obtenida la versión traducida de la versión americana original, tanto la puntuación total del IDQ como las escalas tendrán una fiabilidad  $\geq 0,70$ .

### **2.3.2.- Replicación de factores y validez de constructo de la versión española del IDQ**

Se replicará el modelo factorial original de la escala compuesto de cuatro factores: absorción de rol, incoherencia dolorosa, inconsistencia y falta de compromiso.

### **2.3.3.- Validez discriminante de la versión española del IDQ**

Las personas con TLP obtendrán puntuaciones superiores en todas las escalas cuando se comparan con sujetos no pacientes.

## 2.4.- Metodología

---

El estudio 1 consiste en la validación de una escala, por lo que en el presente texto, se describe el proceso de traducción y adaptación del IDQ para su uso en España. En la figura 1 se muestra el proceso llevado a cabo siguiendo el método de *back-translation* (Brislin, 1970, 1986).

Inicialmente, se realizaron dos traducciones al castellano de la versión original inglesa del IDQ, elaboradas de manera independiente por dos traductores profesionales con lengua materna inglesa del Servicio Lingüístico de la Universitat Rovira i Virgili (URV). Las traducciones fueron revisadas conjuntamente por cuatro profesionales del ámbito sanitario, dos psiquiatras y dos psicólogos, miembros del equipo investigador del H.U.I.P.M, con un alto nivel de conocimiento de la lengua inglesa, y entre ellos participa la autora principal del presente trabajo. Del mismo modo, se solicitó una colaboración al Dr. Carlos Mirapeix, especialista en investigación y tratamiento de la patología de la personalidad, que cuenta con amplia experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con TLP y un grupo de 9 personas que participan en el Máster de TPs de la Universidad de Deusto, hasta llegar a una versión de consenso.

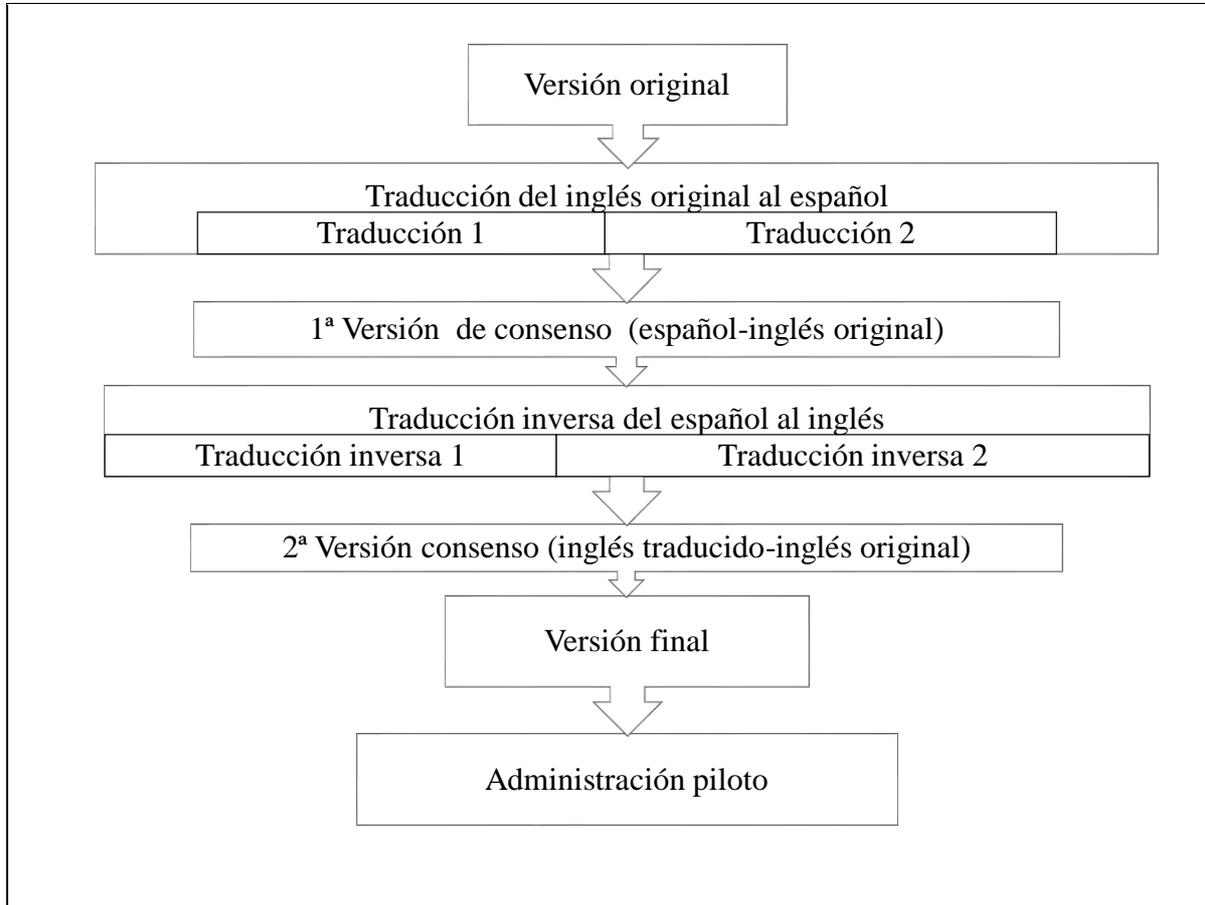
La versión española elegida fue traducida inversamente al inglés, de forma independiente, por dos traductores profesionales del Servicio Lingüístico de la URV y que desconocían la versión original del cuestionario para garantizar la independencia de criterio en la traducción inversa.

En una reunión de consenso posterior, el equipo investigador acordó cuál era la versión traducida al inglés que mantenía mejor el significado y la idea de la versión original inglesa en cada ítem. En el proceso de traducción y traducción inversa se adaptan cada

uno de los ítems, las alternativas de respuesta, los factores y el nombre del instrumento, seleccionando la traducción más precisa en cada caso.

Ulteriormente, se modifican los ítems, suprimiendo el encabezado “el paciente”, para que puedan ser contestados por los propios usuarios, con la ayuda del terapeuta referente (ver apéndice 2). Los ítems a los que se les ha modificado el enunciado, suprimiendo este encabezado de frase han sido los siguientes: 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35. Así se ha proporcionado un formato en que la lectura de los ítems se puede hacer directamente por parte de los pacientes que lo responden.

Figura 1.- Esquema del proceso de traducción y traducción inversa del IDQ según Brislin  
(Brislin, 1970, 1986)



## 2.5.- Muestra

---

### 2.5.1.- Análisis descriptivo de la muestra

Para testar las hipótesis del estudio 1 se ha utilizado una muestra compuesta de pacientes con TLP y sujetos voluntarios no pacientes. La muestra de pacientes consta de 36 mujeres y ha sido obtenida a partir de listados de pacientes con diagnóstico activo de TLP en los Centros de Salud Mental de Adultos de Reus y Tarragona del H.U.I.P.M. Como se ha expuesto en la sección de introducción, desde una perspectiva de género la enfermedad TLP implica, al igual que en el caso de otros trastornos mentales, una

prevalencia y manifestación psicopatológica diferenciada. Para aportar una mayor especificidad a las conclusiones de este estudio la muestra está compuesta solo de mujeres.

Como se muestra en la figura 13, del total de la muestra original (n= 74) a la que se explicó el estudio, 3 personas deciden voluntariamente no tomar parte, y por lo tanto no firman el consentimiento informado.

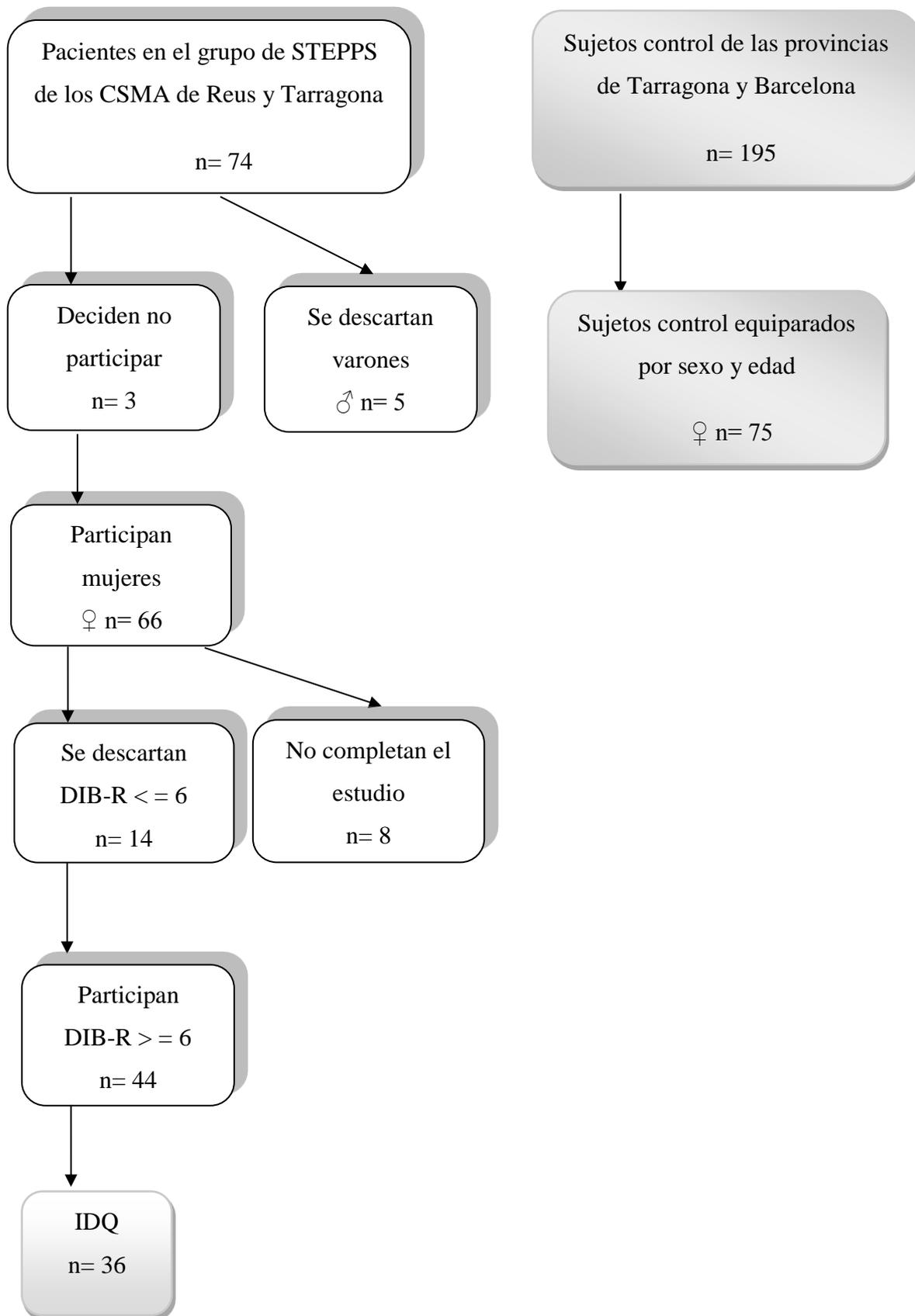
De los restantes, sólo participan 5 varones, por lo que al ser un número tan reducido, decidimos prescindir de esta sub-muestra, con la finalidad de evitar contaminar los resultados.

De los sujetos que aceptan la participación, se realiza una evaluación inicial para según los siguientes criterios de inclusión: cumplir criterios de TLP en la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite – Revisada (DIB-R  $\geq$  6 puntos), edad entre 18 y 50 años en mujeres (dada la escasa prevalencia de pacientes con TLP con edades superiores a 50 años se decide no incluir a partir de esa edad), y la obtención del consentimiento informado; y los siguientes criterios de exclusión: no entender el contenido del estudio y por tanto, no poder firmar el consentimiento informado, organicidad o analfabetismo, y la presencia de otra psicopatología severa diagnosticada en el eje I, como esquizofrenia, psicosis inducida por tóxicos, síndrome orgánico, dependencia de alcohol u otras sustancias psicoactivas, trastorno bipolar, retraso mental o episodio depresivo mayor en curso. En lo que se refiere a los criterios diagnósticos, 14 sujetos obtuvieron una puntuación  $<$  6 puntos en el punto de corte de la DIB-R, por lo que son eliminados.

La muestra procede de un estudio más amplio, en el que las pacientes realizaban una terapia de grupo STEPPS (Van Wel et al., 2006). Las intervenciones psicoterapéuticas

grupales se llevan a cabo en cada uno de los CSMA. Además, en el transcurso de las semanas que se llevan a cabo las exploraciones psicométricas hay 8 sujetos que no finalizan la totalidad del protocolo. Esto es debido a que se realiza en varios días, y es de una extensión considerable. Otros motivos, pueden explicar la pérdida de pacientes durante el proceso de evaluación: la propia psicopatología podría impedir a las pacientes mantener el compromiso con los evaluadores, algunas de ellas durante el transcurso de la terapia ambulatoria precisaron ingreso en hospitalización parcial o total, y algunos casos no pudieron finalizar la terapia grupal. Del mismo modo, desgraciadamente, en el transcurso de estos años tres de las usuarias fallecieron por suicidio consumado.

Figura 2.- Proceso de cribado, diagnóstico de TLP, y escalas aplicadas en la muestra del estudio 1, y población comunitaria



Los estadísticos descriptivos han sido obtenidos con una muestra de 36 pacientes, todas ellas mujeres con diagnóstico de TLP, de origen caucásico, con edades comprendidas entre los 18 y 47 años, con una media de edad de 34,7 y una desviación estándar de 7,8.

La muestra control está formada por 195 sujetos de varios grupos de población de las provincias de Tarragona y Barcelona, seleccionados de forma casual. Formada por ambos sexos, con variabilidad de rango de edad, con edades comprendidas de los 19 a los 69 años, con media de edad de 31,1 y una desviación estándar de 12,4.

De esta muestra control original, se ha extraído una sub- muestra control de 75 sujetos equiparada por sexo y edad con la muestra de pacientes, es decir, de solo mujeres, con una media de edad de 31,8 y una desviación estándar de 7,8 ( $t = -1,54$ ,  $gl=109$ ,  $p = 0,126$ ). Las características demográficas de ambas muestras aparecen reflejadas en la tabla 30.

En lo que se refiere al estado civil, se ha diferenciado entre tres grupos: 1) solteros; 2) casados, en pareja de hecho, o viviendo en pareja, y 3) divorciados o separados. En ambas muestras con más de la mitad del porcentaje predomina la categoría de soltero/as (pacientes TLP= 52% y control= 61%). Seguidas por la categoría de divorciadas/ separadas en el caso del pacientes TLP (31%), y por la de pareja/ casados/as en el caso de la muestra de no pacientes (36%).

Hemos dividido en tres niveles dependiendo del nivel de estudios completados, según el sistema educativo español actual y anterior a 2010: 1) sin estudios o con educación infantil o primaria, estudios secundarios y estudios superiores. En ambas muestras con más de la mitad del porcentaje predomina la categoría de estudios secundarios (pacientes

TLP= 55% y control= 60%). Seguidas por la categoría de estudios primarios en el grupo de pacientes TLP (36%), y estudios terciarios en los sujetos no pacientes (31%).

En cuanto al trabajo, hemos clasificado, también, en tres niveles según la actividad realizada en el momento reciente: 1) nunca ha trabajado, inactivo, parado o discapacitado, 2) estudiante, y 3) activo laboralmente. Con más de la mitad del porcentaje, en la muestra de sujetos con TLP predomina la categoría de estar sin empleo (59%) y en los sujetos control predomina la categoría de estar activo laboralmente (51%). Seguidos por las categorías de TLP activos laboralmente (38%), y controles sin empleo (41%).

La sub-muestra de 75 sujetos equiparados por sexo y edad con la muestra de 36 mujeres TLP, se compone en estado civil ( $\chi^2= 17,98$ ,  $gl= 2$ ,  $p< 0,001$ ): de un 47% de solteras, y un 48% en pareja o casadas, siendo estas categorías predominantes y en menor medida de un 5% de divorciadas. Nivel de estudios ( $\chi^2= 24,62$ ,  $gl= 2$ ,  $p< 0,001$ ): 5% primarios, 34% secundarios, 61% superiores. Trabajo ( $\chi^2= 36,79$ ,  $gl=2$ ,  $p< 0,001$ ): 21% estudiantes, 7% sin empleo, 72% activas laboralmente. Estas muestras no son equiparables en estado civil, nivel de estudios y trabajo. En estado civil predomina la categoría de solteras en la muestra clínica y en la muestra control hay en la misma medida mujeres solteras que casadas o en pareja. En nivel de estudios predomina la categoría de estudios en la muestra clínica y de estudios superiores en la muestra control. Y respecto a la ocupación en la muestra clínica predominan las mujeres que nunca han trabajado, están inactivas o discapacitadas, y la muestra control predominan las mujeres que se encuentran activas laboralmente.

Tabla 30.- Características demográficas de las muestras de sujetos con TLP y controles

Variables	TLP n= 36		Controles n= 195		Controles n= 75		$\chi^2$	p
	N	%*	N	%*	N	%*		
Sexo								
Femenino	36	100%	137	70%	75	100%		
Masculino	-	-	58	30%	-	-		
Estado civil							17,98	< 0,001
Soltero	18	52%	118	61%	35	47%		
Pareja/ casado	6	17%	70	36%	36	48%		
Divorciado	11	31%	5	3%	4	5%		
Nivel estudios**							24,62	< 0,001
Primarios	8	36%	17	9%	4	5%		
Secundarios	12	55%	118	60%	25	34%		
Superiores	2	9%	60	31%	46	61%		
Trabajo							36,79	< 0,001
Estudiante	1	3%	16	8%	16	21%		
Sin empleo	19	59%	79	41%	5	7%		
Activo	12	38%	100	51%	54	72%		

\*Se ha utilizado el porcentaje válido.

\*\*Nivel de estudios: Estudios primarios (sin estudios, educación infantil, estudios primarios o EGB (Educación General Básica). Estudios secundarios: ESO (Educación Secundaria Obligatoria), Bachillerato, BUP (Bachillerato Unificado Polivalente), COU (Curso de Orientación Universitaria), FP I-II (Formación Profesional de primer y segundo nivel), CFGMFP (Ciclo Formativo de Grado Medio de Formación Profesional). Estudios superiores: CFGS (Ciclo Formativo de Grado Superior), diplomaturas, licenciaturas, grados, posgrados, másteres y doctorados.

## 2.6.- Medidas

---

Las variables clínicas han sido recogidas mediante los instrumentos que se describen a continuación, administrados por especialistas en psicología clínica.

- Para la evaluación del diagnóstico de TLP se ha utilizado la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite – Revisada (DIB-R de sus siglas en inglés *Diagnostic Interview for Borderlines- Revised*) (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, y Chauncey, 1990); en concreto se ha empleado la versión española de dicha entrevista (Barrachina et al., 2004). Es una entrevista semi-estructurada que recoge información sobre cuatro áreas de funcionamiento personal en el diagnóstico del TLP: afectividad, cognición, patrón de conductas impulsivas y relaciones interpersonales. La prueba consta de 125 ítems, en 22 sub-secciones organizadas en forma de frase resumen, que evalúan la manera en que el paciente ha sentido, pensado y actuado durante los últimos dos años. A su vez, este resultado se transforma en puntuaciones de escala y puntuación total, que indica la presencia o ausencia de este trastorno. Este instrumento también recoge información que orienta negativamente contra el diagnóstico del paciente límite, como por ejemplo, las experiencias psicóticas inducidas por drogas. Los ítems son valorados con un 2= sí; 1= probable; 0= no; N.A.= no aplicable, con un tiempo de administración de aproximadamente una hora. En el presente estudio se ha utilizado, como punto de corte para el diagnóstico de TLP, el criterio establecido en la validación española de la DIB-R según Barrachina et al. (Barrachina et al., 2004) de una puntuación  $\geq 6$  puntos.

- Para la medida de la alteración de la identidad, objetivo de este estudio, se ha utilizado la traducción en lengua castellana del Cuestionario de Alteración de la Identidad (Romero et al., 2018) (IDQ, de sus siglas en inglés *Identity Disturbance Questionnaire*)

(Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). El IDQ es un cuestionario heteroaplicado que evalúa la identidad perturbada. Consta de 35 ítems valorados en una escala tipo likert 7, donde 1= no es cierto en absoluto; 4= algo verdadero; y 7= muy cierto. Se obtiene una puntuación total y en cada una de las cuatro escalas que está compuesta: absorción de rol, incoherencia dolorosa, inconsistencia y falta de compromiso. La absorción de rol describe la tendencia a definir el sí mismo en términos de los miembros de un grupo único o primario, ideología o “causa”, que puede cambiar dramáticamente a través del tiempo o situaciones (a menudo en experiencias de epifanía). La incoherencia dolorosa hace referencia a experiencias subjetivas angustiantes de sentirse incoherente, confuso o vacío y a la falta de sentido de continuidad de la conciencia o sentido de sí mismo a través del tiempo. La inconsistencia incluye las manifestaciones observables de creencias y acciones contradictorias. Finalmente, falta de compromiso se refiere a la dificultad para mantener valores estables, actividades y visión de futuro. La versión americana cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, de fiabilidad: AR  $\alpha= 0,85$ , ID  $\alpha= 0,90$ , I  $\alpha= 0,88$ , y FC  $\alpha= 0,82$ , y validez. (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). El tiempo de administración es de unos 5-10 minutos.

## **2.7.- Procedimiento**

---

### **2.7.1.- Cronograma:**

Tras la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Sant Joan de Reus el 26 de enero del 2012, se procede a la preparación de protocolo por parte del equipo investigador.

El trabajo de campo de inclusión de sujetos se inicia en enero del 2012. Durante tres años se realiza la administración de las pruebas a los pacientes en el proceso de cribado de los sujetos, y de posterior diagnóstico.

La administración de la entrevista DIB-R se realiza por profesionales especialistas en psicología clínica y el cuestionario IDQ lo contestan los pacientes de forma autoadministrada.

### **2.7.2.- Fase de aplicación de la versión española del IDQ**

El IDQ ha sido administrado siguiendo las recomendaciones de los autores aunque con algunas modificaciones (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Según ellos, los ítems fueron escritos para requerir un mínimo de interpretación por parte de los clínicos, con el objetivo de reducir un sesgo por diferente interpretación de los ítems en los profesionales. No obstante, el IDQ es un cuestionario que requiere un conocimiento amplio y profundo del paciente, en relación a los contenidos sobre los que se cuestiona esto es la identidad y los ámbitos que abarca (por ejemplo, cambios en la ideología política, experiencias religiosas y de epifanía, inseguridad acerca de la orientación sexual o cambios de valores a lo largo de la vida). Es por eso que, los autores establecen un mínimo de sesiones de

conocimiento del sujeto para poder aplicar la prueba. Tanto en el IDQ como en el IDQ-A, se solicita que los clínicos conozcan la personalidad del paciente utilizando como guía  $\geq 6$  horas de contacto clínico pero  $\leq 2$  años, para minimizar el sesgo de confusión en las respuestas por el proceso de cambio de personalidad derivadas del tratamiento (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

En nuestro estudio, en la administración piloto, los profesionales tuvieron dificultades para contestar sobre cuestiones tan personales y de difícil acceso como el *self*, así como la comprensión de algunos de los ítems del cuestionario, como por ejemplo, el ítem 1 (“La identidad se centra en no ser como otra persona”). Por esta razón, se ha optado por modificar la consigna original en el registro de los ítems y que sean los propios sujetos los que contesten a los ítems con la guía y aclaración del profesional. Así, cada paciente responde la versión definitiva del cuestionario junto con un terapeuta experimentado para garantizar la adecuada comprensión de cada una de las preguntas.

Por lo tanto, aunque en la consigna original eran los clínicos los que respondían de forma unilateral a las respuestas sobre los pacientes, ésta sigue siendo compatible con la consigna que aportamos en nuestro estudio de que sean los propios pacientes que contesten los ítems sobre sí mismos.

## 2.8.- Análisis de datos

---

Para los análisis estadísticos se han utilizado los programas *IBM SPSS Statistics*® para Windows versión 26.0 y R© para Windows versión 3.62.

Se han realizado los siguientes análisis:

- Para el análisis descriptivo de la muestra en las variables cualitativas se han calculado las frecuencias absolutas y los porcentajes (%), y las variables cuantitativas se han expresado a través de la media aritmética ( $\bar{x}$ ) y desviación estándar (S).
- Se ha utilizado la prueba t de Student para comprobar la igualdad de medias y el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson para verificar la igualdad de frecuencias; en ambos casos, se han considerado significativos los valores con  $p < 0,05$ .
- El restablecimiento de valores perdidos y/o no aplicables en las respuestas a las preguntas del test, han sido imputados por la moda (Mo) del ítem (valor más frecuente en todos los sujetos) en las variables cualitativas y por la media ( $\bar{x}$ ) en las variables cuantitativas. Hemos tenido un valor perdido en la muestra clínica, y cuatro valores perdidos en la muestra control.
- Para cada instrumento se corrigen los resultados de las escalas realizando un sumatorio y obteniendo así una puntuación total.
- El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se ha llevado a cabo mediante rotación Varimax, con el método de extracción *principal factor solution*. El Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se ha utilizado el estimador Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalizados (DWLS de sus siglas en inglés *Diagonally Weighted Least Squares*). Se han utilizado los diferentes índices estadísticos de bondad de ajuste:

- Estadístico Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) permite analizar estadísticamente los residuos, planteando como hipótesis nula que los residuos son nulos, en cuyo caso el modelo estaría bien ajustado. Así pues, si en dicha prueba se obtiene una  $p < 0,05$ , el modelo es rechazado, puesto que no se puede aceptar la hipótesis nula. Este tipo de análisis es válido cuando se dispone de una muestra de entre 100 y 200 casos.

- Índice de Ajuste Comparativo (CFI, de sus siglas en inglés *Comparative Fit Index*) se interpreta como un coeficiente de determinación multivariado que indica la proporción de covariación entre las variables explicada por el modelo propuesto. Un valor superior a 0,90 indica un buen ajuste.

- Índice de Tucker Lewis (TLI) se trata de un índice relativo que mide la mejora de ajuste que consigue el modelo propuesto con respecto a un modelo de 0 factores (modelo nulo). Un valor próximo a 1 indica un buen ajuste.

- Índice de la raíz cuadrada media del error de la aproximación (RMSEA, de sus siglas en inglés, *Root Mean Square Error of Approximation*), estima el error de aproximación del modelo, es decir, en qué medida se puede asumir que el modelo puesto a prueba es una aproximación razonable. Un valor menor de 0,05 es indicativo de un buen ajuste.

- Índice Raíz Cuadrática de la Media de las diferencias Residuales (SRMR, de sus siglas en inglés *Standardized Root Mean Square Residual*), se puede utilizar en un amplio rango de situaciones, incluyendo diferentes tamaños muestrales y conjuntos de datos que siguen una distribución normal o sesgada. Un valor menor de 0,05 es indicativo de un buen ajuste.

- Para medir la fiabilidad y consistencia interna de las escalas y la puntuación total del IDQ se ha utilizado el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).
- Para la evaluación de la normalidad de las distribuciones de cada variable se ha utilizado la prueba *Kolmogorov- Smirnov*. Los resultados indican que ninguna de las escalas del IDQ se distribuyen de forma normal ni en la población general ni en la muestra clínica.
- La comparación entre pacientes con TLP y sujetos controles ha sido realizada mediante la prueba no paramétrica aplicada a dos muestras independientes U Mann-Whitney.
- La significación estadística se ha establecido en un valor de  $p < 0,01$  y  $p < 0,05$ .

## **2.9.- Resultados**

---

### **2.9.1.- Proceso de traducción y adaptación de la versión española del IDQ**

En este apartado se describe la adaptación del Cuestionario de la Alteración de la Identidad al español siguiendo el método de Brislin (Brislin, 1970, 1986).

La diferencia en algunos ítems entre la primera versión traducida (1ªVC) y la segunda versión o versión final (2ª VC-VF) demuestra que es necesario, en algunos casos, el consenso, discusión y elección de la mejor alternativa.

En las tablas siguientes se recogen algunos ejemplos de las traducciones y traducciones inversas de los ítems, en cada uno de los factores del IDQ. En la tabla 31 y 33 se puede observar como algunos de ellos no varían en significado entre la primera y segunda versión de consenso (8 y 21), y en las tablas 32 y 34 se muestra cómo otros sí difirieron en significado (4 y 24).

En el apéndice 3, se muestra la versión final del cuestionario para poder ser respondida por los usuarios.

Tabla 31.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 21 original y con traducción inversa del factor absorción de rol del IDQ

VO21	<i>Patient defines self in terms of a label that provides a sense of identity</i>
T1	El paciente se autodefine en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad
T2	El paciente se define en términos de una etiqueta que proporciona un sentido de identidad
T3	El paciente se define en términos de una etiqueta que le da un sentido de identidad
T4	El paciente se define a sí mismo en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad
1ª VC	El paciente se define a sí mismo en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad
TI1	<i>The patient defines him/herself with a label that gives him/her an identity</i>
TI2	<i>The patient defines him/herself in terms of a label that provides a sense of identity</i>
2ªVC-VF	El paciente se define a sí mismo en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad

VO: Versión original. T: Traducción. TI: Traducción inversa. VC: Versión de consenso. VF: Versión final.

Tabla 32.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 24 original y con traducción inversa del factor incoherencia dolorosa del IDQ

VO24	<i>Patient tends to feel like a “false self” whose social persona does not match inner experience</i>
T1	El paciente tiende a sentir un “falso yo”, cuya representación social no coincide con la su experiencia interna
T2	Paciente tiende a sentir como un “falso yo”, cuya persona social no coincide con su experiencia interior
T3	El paciente tiende a sentir una “identidad falsa” cuya persona social no se corresponde con la experiencia interior
T4	El paciente suele sentirse como un “falso yo”, cuyo personaje social no coincide con la experiencia interna
1ªVC	El paciente suele sentirse como un “falso yo”, cuya imagen social no coincide con la experiencia interna
TI1	<i>The patient’s self often feels false because his/her social image does not match internal experience</i>
TI2	<i>The patient tends to feel like a “false self”, whose social image does not coincide with internal experience</i>
2ªVC-VF	El paciente suele sentirse como un “falso yo”, cuya persona social no coincide con la experiencia interna

VO: Versión original. T: Traducción. TI: Traducción inversa. VC: Versión de consenso. VF: Versión final.

Tabla 33.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 8 original y con traducción inversa del factor inconsistencia del IDQ

VO8	<i>Patient feels as though he or she is a different person depending on whom he or she is with</i>
T1	El paciente se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quien este
T2	El paciente siente como si él o ella fuese una persona diferente dependiendo de con quién esté
T3	El paciente se siente como una persona diferente según con quién se encuentre
T4	El paciente se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté
1ª VC	El paciente se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté
TI1	<i>The patient feels like a different person depending on who he/she is with</i>
TI2	<i>The patient feels as if he/she is a different person depending on whom he/she is with</i>
2ªVC-VF	El paciente se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté

VO: Versión original. T: Traducción. RT: Traducción inversa. VC: Versión de consenso. VF: Versión final.

Tabla 34.- Ejemplo de la traducción y traducción inversa entre el ítem 4 original y con traducción inversa del factor falta de compromiso del IDQ

VO4	<i>Values tend to change frequently; patient does not seem to have a constant set of core values</i>
T1	Los valores tienden a cambiar frecuentemente; el paciente no parece tener un conjunto de valores nucleares
T2	Los valores tienden a cambiar frecuentemente; el paciente no da la impresión de que tenga un grupo de valores nucleares constantes
T3	Los valores suelen cambiar con frecuencia; el paciente no parece tener un conjunto de valores centrales constante
T4	Los valores tienden a cambiar con frecuencia; el paciente no parece tener un conjunto constante de valores fundamentales
1ª VC	Los valores tienden a cambiar frecuentemente; el paciente no parece tener un conjunto de valores fundamentales
TI1	<i>Values tend to change frequently; the patient does not seem to have a set of fundamental values</i>
TI2	<i>Values tend to change frequently; the patient does not seem to have a set of fundamental values</i>
2ªVC-VF	Los valores tienden a cambiar frecuentemente; el paciente no parece tener un conjunto constante de valores fundamentales

VO: Versión original. T: Traducción. RT: Traducción inversa. VC: Versión de consenso. VF: Versión final

## 2.9.2.- Cálculo de la fiabilidad de la versión española del IDQ

Los valores de fiabilidad en la muestra clínica fueron  $\alpha=0,93$  en el IDQ Total,  $\alpha=0,71$  en AR,  $\alpha=0,86$  en ID,  $\alpha=0,88$  en I y  $\alpha=0,82$  en FC. Y en la muestra control, la fiabilidad ha sido  $\alpha=0,91$  para el IDQ Total,  $\alpha=0,67$  en AR,  $\alpha=0,82$  en ID,  $\alpha=0,82$  en I y  $\alpha=0,64$  en FC. La fiabilidad de las escalas y del IDQ total en ambas muestras se muestra en la tabla 35.

Tabla 35.- Fiabilidad del IDQ por escalas en las muestras españolas de pacientes con TLP y sujetos control

Escalas IDQ	$\alpha$	
	TLP n= 36	Control n= 195
Absorción Rol	0,71	0,67
Incoherencia Dolorosa	0,86	0,82
Inconsistencia	0,87	0,82
Falta Compromiso	0,81	0,64
Total	0,93	0,91

En la tabla 36 se muestra la media y la fiabilidad de la escala IDQ en la muestra de sujetos TLP. Todas las correlaciones son  $\geq 0,2$ . En las tablas 37, 38, 39, y 40 se muestra la media y fiabilidad de los ítems por factores en la muestra clínica de TLP.

En la tabla 41, se muestra la media y la fiabilidad de la escala IDQ en la muestra de sujetos control. Todas las correlaciones son  $\geq 0,2$ . En las tablas 42, 43, 44, y 45 se muestra la media y fiabilidad de los ítems por factores en la muestra control.

Tabla 36.- Media y fiabilidad de la escala IDQ según ítems eliminados en la muestra

TLP

Ítems del IDQ	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
Escala total $\alpha = 0,93$			
IDQ1	130,29	0,154	0,938
IDQ2	130,09	0,520	0,934
IDQ3	129,66	0,702	0,932
IDQ4	130,43	0,534	0,933
IDQ5	129,34	0,609	0,933
IDQ6	131,89	0,483	0,934
IDQ7	132,66	0,204	0,936
IDQ8	130,03	0,606	0,933
IDQ9	130,26	0,646	0,932
IDQ10	130,03	0,661	0,932
IDQ11	130,37	0,506	0,934
IDQ12	132,09	0,437	0,934
IDQ13	131,06	0,666	0,932
IDQ14	130,17	0,530	0,933
IDQ15	130,20	0,684	0,932
IDQ16	128,57	0,571	0,933
IDQ17	130,54	0,614	0,933
IDQ18	130,03	0,708	0,932
IDQ19	131,23	0,750	0,931
IDQ20	129,49	0,558	0,933
IDQ21	131,37	0,605	0,933
IDQ22	131,63	0,509	0,934
IDQ23	132,03	0,316	0,935
IDQ24	130,03	0,641	0,932
IDQ25	128,63	0,587	0,933

Tabla 36.- Media y fiabilidad de la escala IDQ según ítems eliminados en la muestra

TLP (continuación)

Ítems del IDQ	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
IDQ26	129,66	0,756	0,931
IDQ27	130,09	0,854	0,930
IDQ28	129,94	0,602	0,933
IDQ29	130,51	0,443	0,934
IDQ30	132,37	0,336	0,935
IDQ31	131,00	0,231	0,936
IDQ32	132,23	0,270	0,936
IDQ33	130,77	0,526	0,933
IDQ34	129,71	0,284	0,936
IDQ35	131,23	0,143	0,937

Tabla 37.- Media y fiabilidad de factor Absorción de Rol en la muestra TLP

Absorción de Rol	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
Absorción de Rol $\alpha = 0,71$			
IDQ6	26,25	0,224	0,719
IDQ12	26,39	0,350	0,698
IDQ19	25,61	0,585	0,653
IDQ20	23,92	0,623	0,650
IDQ21	25,69	0,457	0,680
IDQ23	26,39	0,369	0,696
IDQ30	26,72	0,372	0,696
IDQ31	25,33	0,372	0,695
IDQ32	26,58	0,412	0,690
IDQ35	25,61	0,054	0,749

Tabla 38.- Media y fiabilidad de factor Incoherencia Dolorosa en la muestra TLP

Incoherencia Dolorosa	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
<b>Incoherencia Dolorosa <math>\alpha = 0,86</math></b>			
IDQ14	30,36	0,529	0,852
IDQ15	30,39	0,747	0,825
IDQ16	28,69	0,582	0,849
IDQ17	30,64	0,671	0,835
IDQ18	30,17	0,722	0,829
IDQ24	30,22	0,722	0,829
IDQ28	30,08	0,570	0,847
IDQ33	30,94	0,366	0,873

Tabla 39.- Media y fiabilidad de factor Inconsistencia en la muestra TLP

Inconsistencia	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
<b>Inconsistencia <math>\alpha = 0,87</math></b>			
IDQ2	25,42	0,581	0,867
IDQ3	25,00	0,686	0,854
IDQ8	25,36	0,605	0,864
IDQ9	25,58	0,701	0,852
IDQ10	25,36	0,685	0,854
IDQ11	25,69	0,579	0,867
IDQ27	25,42	0,758	0,843

Tabla 40.- Media y fiabilidad de factor Falta de Compromiso en la muestra TLP

Falta de Compromiso	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
<b>Falta de Compromiso <math>\alpha = 0,81</math></b>			
IDQ4	18,91	0,527	0,806
IDQ5	17,83	0,688	0,758
IDQ13	19,54	0,389	0,848
IDQ25	17,11	0,691	0,762
IDQ26	18,14	0,803	0,717

Tabla 41.- Media y fiabilidad de la escala IDQ según ítems eliminados en la muestra control

Ítems del IDQ	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
Escala total $\alpha = 0,91$			
IDQ1	57,91	0,339	0,914
IDQ2	58,02	0,581	0,909
IDQ3	58,48	0,462	0,911
IDQ4	58,74	0,459	0,911
IDQ5	58,36	0,239	0,915
IDQ6	59,36	0,367	0,912
IDQ7	59,38	0,204	0,914
IDQ8	58,50	0,591	0,909
IDQ9	58,92	0,684	0,908
IDQ10	58,72	0,711	0,907
IDQ11	59,02	0,555	0,910
IDQ12	58,64	0,228	0,914
IDQ13	58,97	0,593	0,909
IDQ14	58,78	0,448	0,911
IDQ15	58,98	0,662	0,908
IDQ16	58,53	0,697	0,907
IDQ17	59,04	0,381	0,912
IDQ18	58,98	0,469	0,911
IDQ19	59,17	0,399	0,912
IDQ20	59,22	0,362	0,912
IDQ21	58,90	0,434	0,911
IDQ22	59,29	0,301	0,913
IDQ23	59,30	0,294	0,913
IDQ24	58,97	0,538	0,910
IDQ25	58,47	0,546	0,910

Tabla 41.- Media y fiabilidad de la escala IDQ según ítems eliminados en la muestra control (continuación)

Ítems del IDQ	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
IDQ26	58,73	0,533	0,910
IDQ27	59,15	0,646	0,909
IDQ28	58,75	0,651	0,908
IDQ29	58,86	0,404	0,912
IDQ30	59,26	0,350	0,912
IDQ31	59,18	0,338	0,912
IDQ32	59,25	0,359	0,912
IDQ33	59,16	0,559	0,910
IDQ34	58,67	0,535	0,910
IDQ35	59,09	0,339	0,913

Tabla 42.- Media y fiabilidad de factor Absorción de Rol en la muestra control

Absorción de Rol	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
Absorción de Rol $\alpha = 0,67$			
IDQ6	13,48	0,310	0,647
IDQ12	12,76	0,173	0,684
IDQ19	13,29	0,395	0,634
IDQ20	13,34	0,379	0,634
IDQ21	13,02	0,390	0,630
IDQ23	13,42	0,253	0,657
IDQ30	13,38	0,399	0,629
IDQ31	13,30	0,348	0,640
IDQ32	13,37	0,406	0,629
IDQ35	13,21	0,307	0,648

Tabla 43.- Media y fiabilidad de factor Incoherencia Dolorosa en la muestra control

Incoherencia Dolorosa	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
Incoherencia Dolorosa $\alpha = 0,82$			
IDQ14	11,87	0,367	0,821
IDQ15	12,06	0,622	0,788
IDQ16	11,61	0,739	0,766
IDQ17	12,12	0,431	0,813
IDQ18	12,06	0,454	0,811
IDQ24	12,05	0,557	0,797
IDQ28	11,83	0,599	0,791
IDQ33	12,25	0,546	0,799

Tabla 44.- Media y fiabilidad de factor Inconsistencia en la muestra control

Inconsistencia	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
Inconsistencia $\alpha = 0,83$			
IDQ2	10,88	0,583	0,807
IDQ3	11,34	0,418	0,833
IDQ8	11,36	0,606	0,798
IDQ9	11,78	0,722	0,783
IDQ10	11,58	0,650	0,792
IDQ11	11,89	0,601	0,801
IDQ27	12,02	0,557	0,811

Tabla 45.- Media y fiabilidad de factor Falta de Compromiso en la muestra control

Falta de Compromiso	Media de escala si el ítem es suprimido	Correlación total ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem es suprimido
Falta de Compromiso $\alpha = 0,64$			
IDQ4	7,90	0,368	0,603
IDQ5	7,53	0,279	0,658
IDQ13	8,14	0,314	0,626
IDQ25	7,63	0,577	0,486
IDQ26	7,90	0,487	0,553

En la tabla 46, se muestra un resumen de las distintas fiabilidades de los estudios que han utilizado el IDQ y sus distintas versiones. En la versión original del IDQ se han obtenido las siguientes fiabilidades en cada uno de los factores: AR ( $\alpha = 0,85$ ), ID ( $\alpha = 0,90$ ), I ( $\alpha = 0,88$ ), y FC ( $\alpha = 0,82$ ). En la versión para población adolescentes del IDQ las fiabilidades han sido: AR ( $\alpha = 0,82$ ), ID ( $\alpha = 0,84$ ), I ( $\alpha = 0,71$ ), y FC ( $\alpha = 0,89$ ). En la escala BIDS, compuesta por 7 ítems extraídos del IDQ original, se ha obtenido una fiabilidad total de 0,90. Y en la versión española las fiabilidades de los factores son: AR ( $\alpha = 0,71$ ), ID ( $\alpha = 0,86$ ), I ( $\alpha = 0,87$ ), FC ( $\alpha = 0,81$ ) y la fiabilidad del IDQ total es de 0,93.

Tabla 46.- Fiabilidad por escalas en los diferentes estudios que han utilizado el IDQ

Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )				
	IDQ España Presente estudio (2020) n= 36	IDQ EEUU (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) n= 95	IDQ-A EEUU (Westen et al., 2011) n=139	BIDS UK (Neacsiu et al., 2015) n= 127
AR	0,71	0,85	0,82	-
ID	0,86	0,90	0,84	-
I	0,87	0,88	0,71	-
FC	0,81	0,82	0,89	-
IDQ	0,93	-	-	0,90

### 2.9.3.- Análisis de la estructura factorial de la versión española del IDQ

Respetando los criterios del análisis factorial realizado en la versión original del instrumento (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), para el análisis de la estructura factorial

y la obtención de la validez interna en el presente estudio, este apartado se divide en dos partes. Se han llevado a cabo: 1) Análisis Factorial Exploratorio (AFE) mediante el método de extracción del factor principal con posterior rotación varimax y 2) Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Para aumentar la potencia de los análisis estadísticos se ha utilizado el conjunto total de la muestra control de varones y mujeres (n= 195).

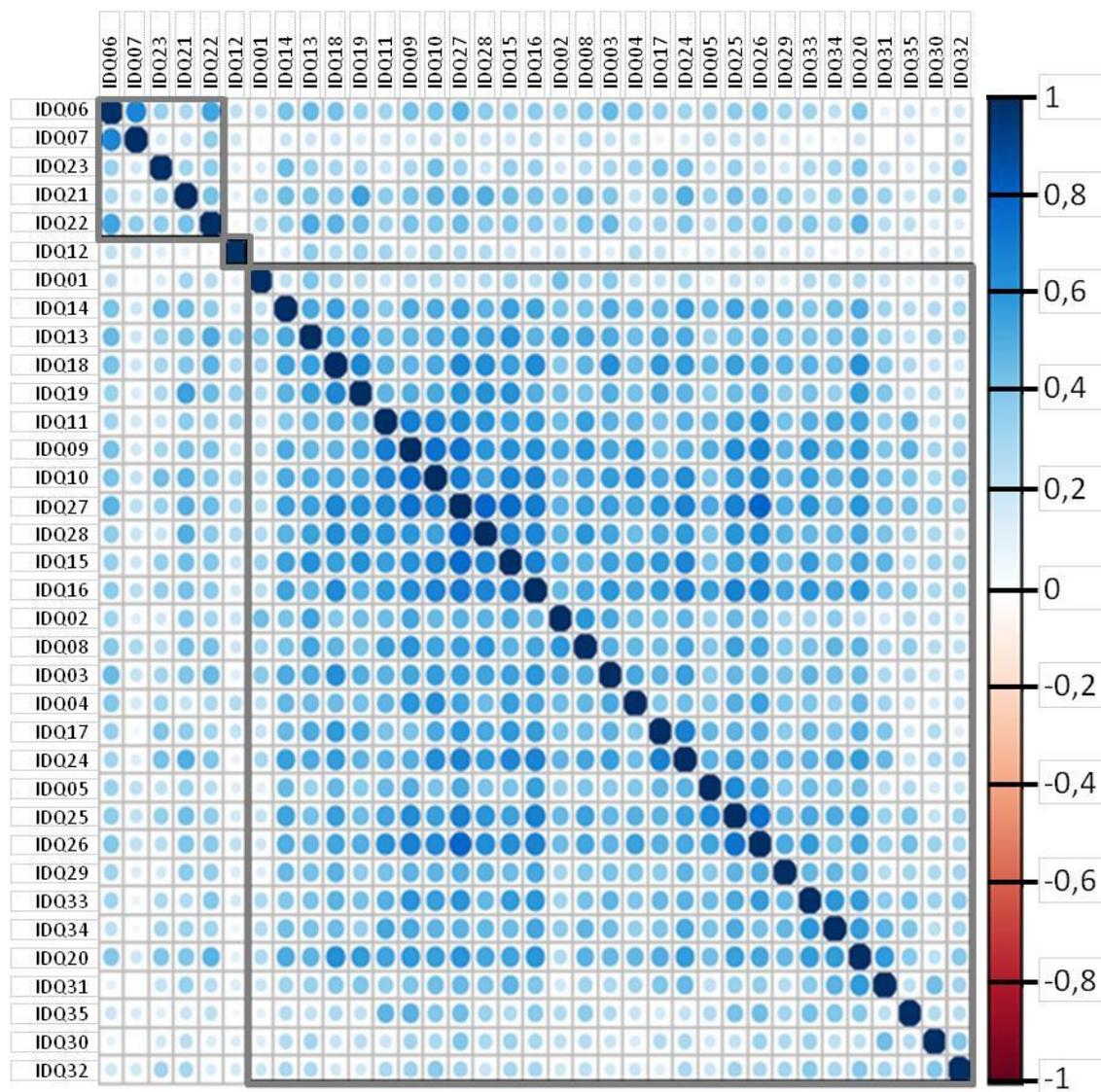
En el estudio original se consideró óptimo un peso del ítem en cada factor cuando era por encima de 0,50. Así, el primer factor, AR estuvo compuesto de los siguientes ítems: 6, 12, 19, 20, 21, 23, 30, 31, 32 y 35. El segundo factor ID constó de los elementos: 14, 15, 16, 17, 18, 24, 28 y 33. El tercer factor I se compuso por: 2, 3, 8, 9, 10, 11 y 27. Finalmente, el cuarto factor FC, se incluyeron los ítems 4, 5, 13, 25 y 26. Los ítems 1, 7, 22, 29, y 34 no se han contabilizado en ninguno de los factores, aunque se incluyen para calcular la puntuación total del test (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

### **2.9.3. a. - Análisis Factorial Exploratorio de la versión española del IDQ**

En primer lugar, en nuestro estudio se realizaron varios análisis factoriales de forma exploratoria con posterior rotación varimax, así: 1) un análisis factorial sin forzar el número de factores, 2) un análisis factorial con rotación varimax forzando una solución de cuatro factores, 3) un análisis factorial sin forzar el número de factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor, y 4) un análisis factorial con rotación varimax forzando los cuatro factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor.

En la figura 3 se muestran visualmente las correlaciones de los ítems consigo mismo y se pueden observar tres factores, aunque uno de ellos es de un único elemento, el ítem 12 (“Las creencias políticas han cambiado con frecuencia o drásticamente”).

Figura 3.- Gráfico de correlaciones de los ítems del IDQ en el análisis factorial de exploratorio (AFE)



En las figuras 4, 5 y 7 se muestran los gráficos con los pesos factoriales de los AFE mencionados. Se muestran soluciones de dos, cuatro y seis factores. En la solución de cuatro factores que incluye el total de ítems del IDQ, se ha obtenido la varianza explicada por cada factor, siendo con dos factores del 89%, con tres el 95% y con cuatro el 100%. En la solución de cuatro factores menos los 5 ítems que no tienen carga factorial, dos factores explican el 90% de la variabilidad, tres el 96%, y cuatro el 100%.

Figura 4.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) sin forzar el número de factores

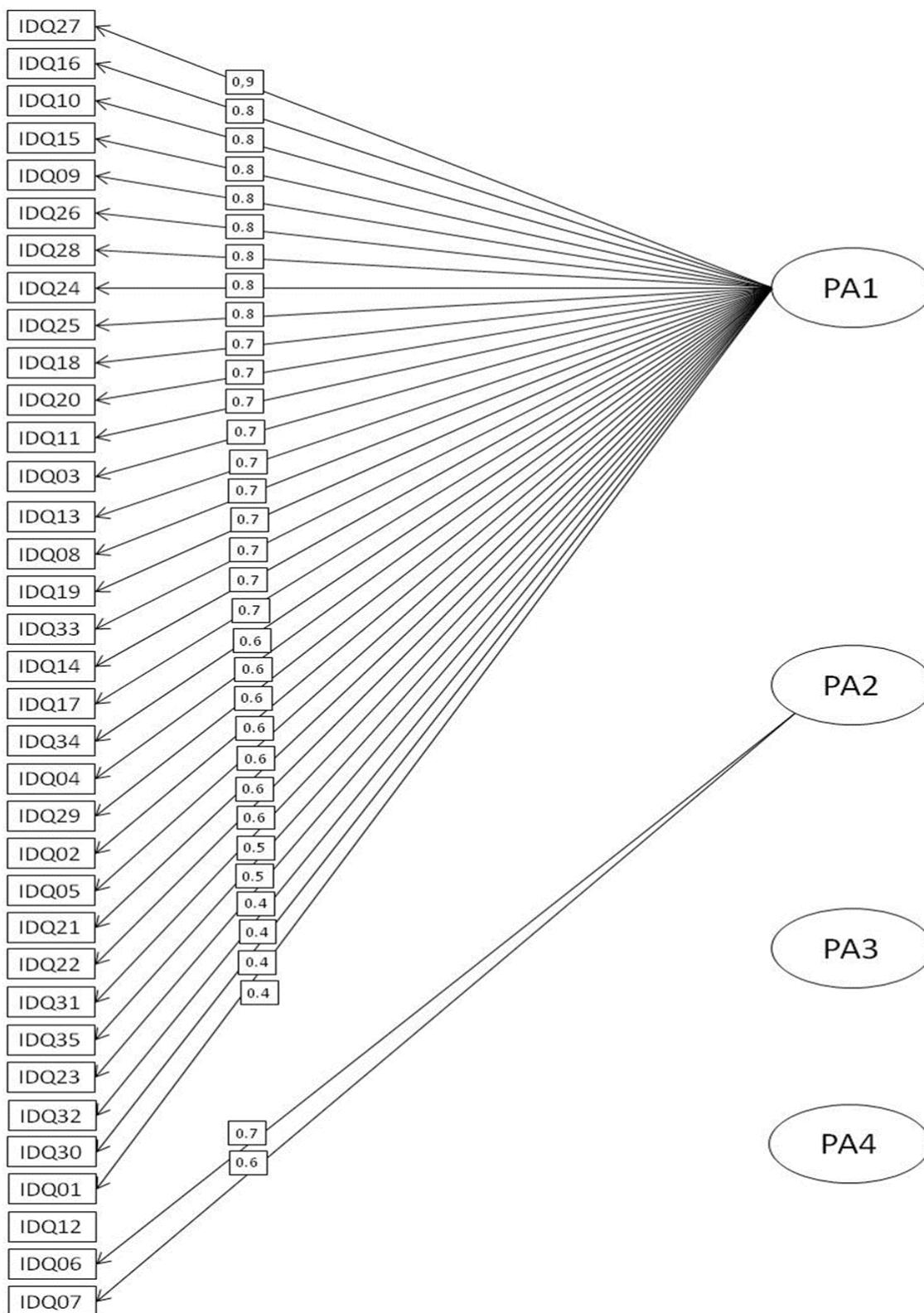
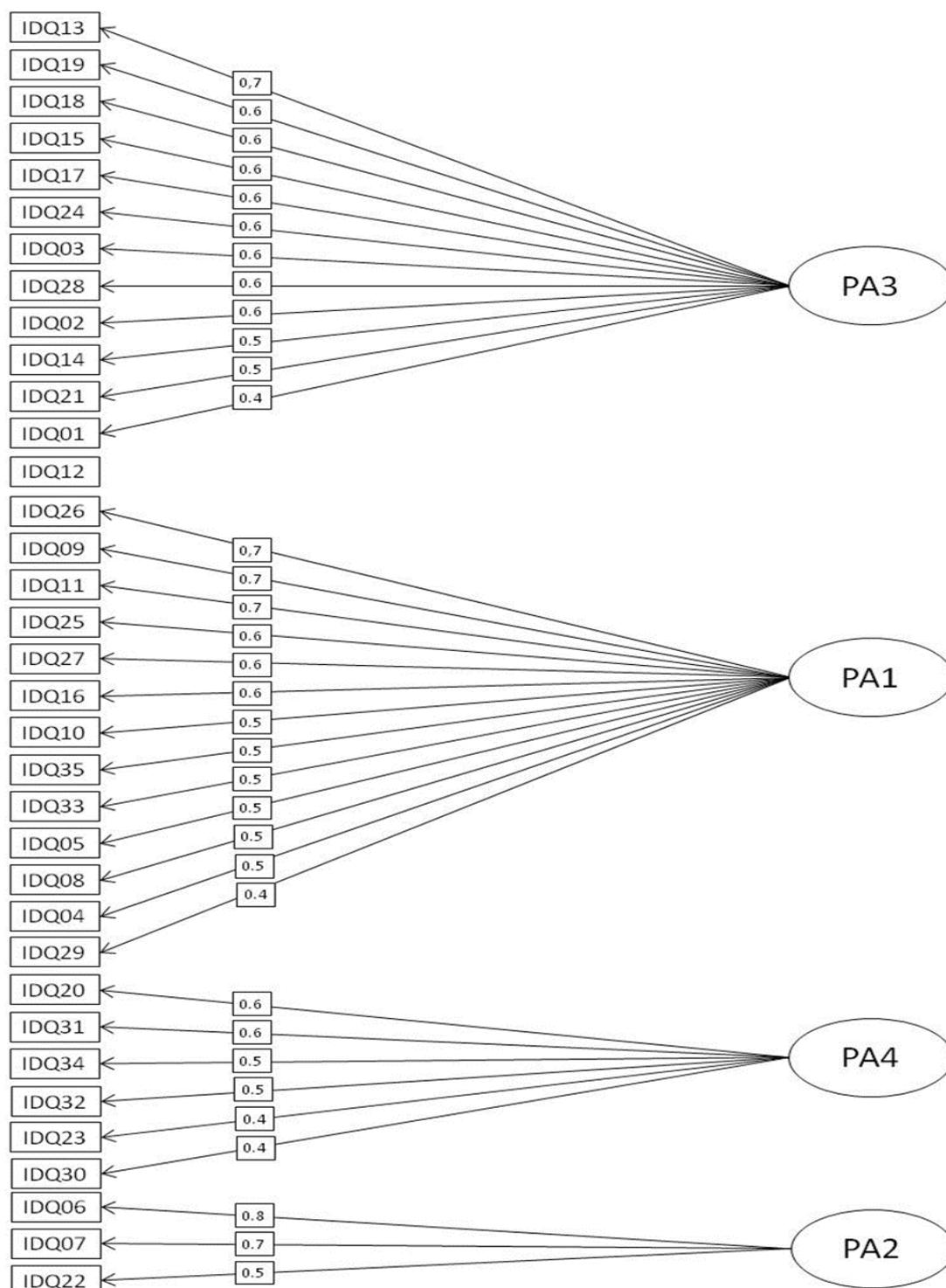


Figura 5.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación varimax forzando una solución de cuatro factores



En la figura 6 se muestra el gráfico de sedimentación que marca como punto de corte una solución de seis factores en el análisis factorial exploratorio (AFE) que incluye el total de ítems del IDQ.

Figura 6.- Gráfico de sedimentación en el análisis factorial exploratorio (AFE) que marca como punto de corte una solución de seis factores

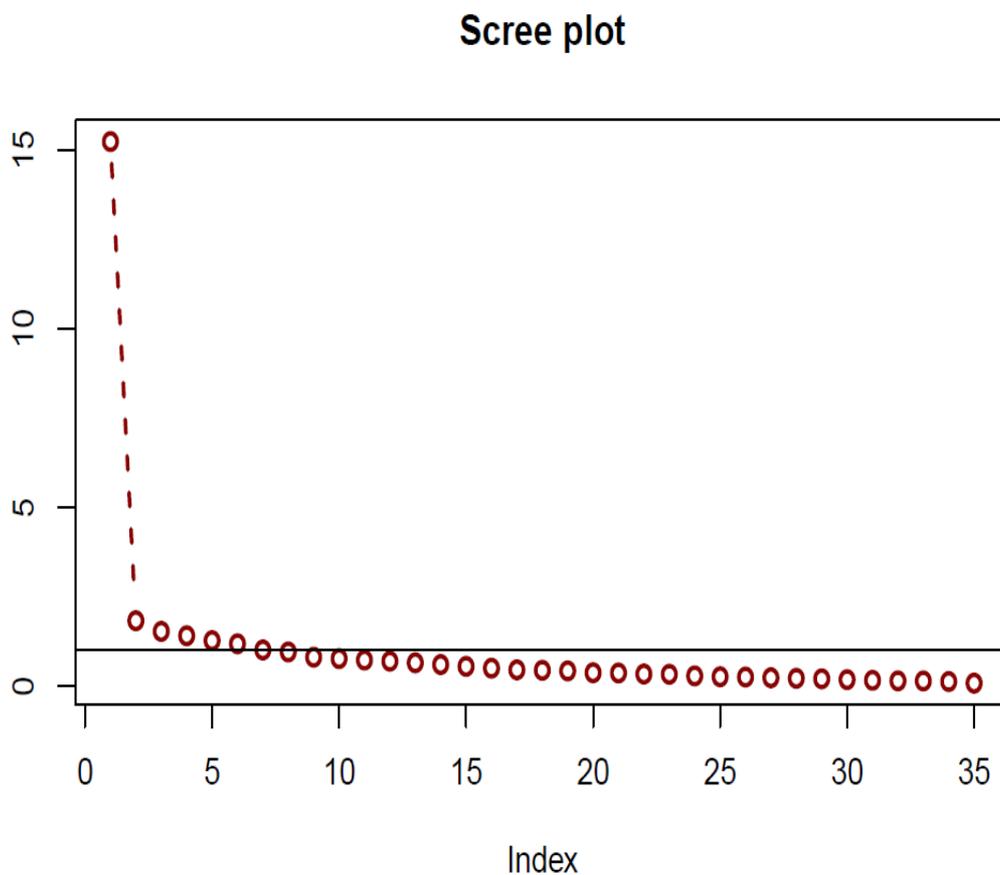
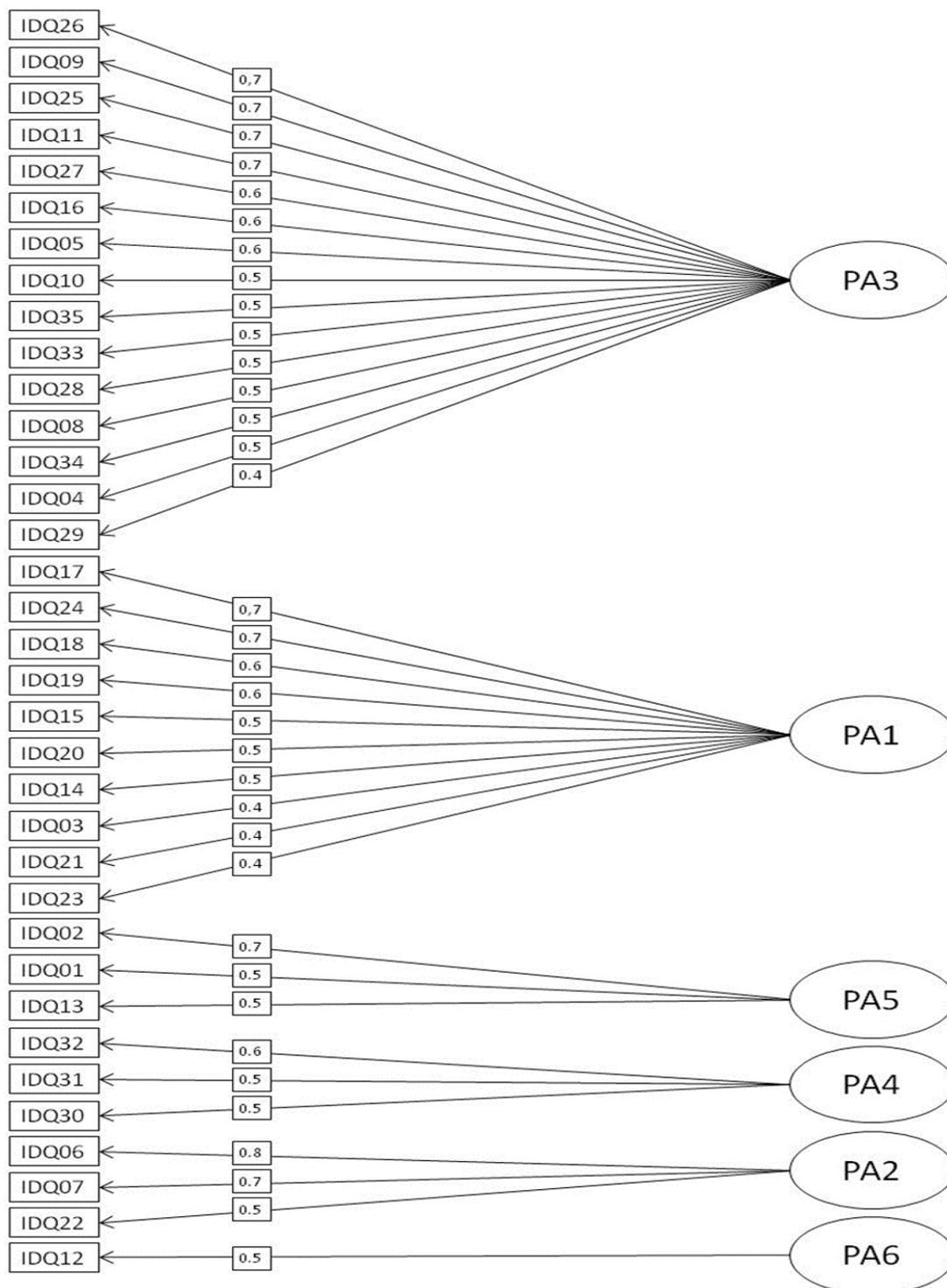
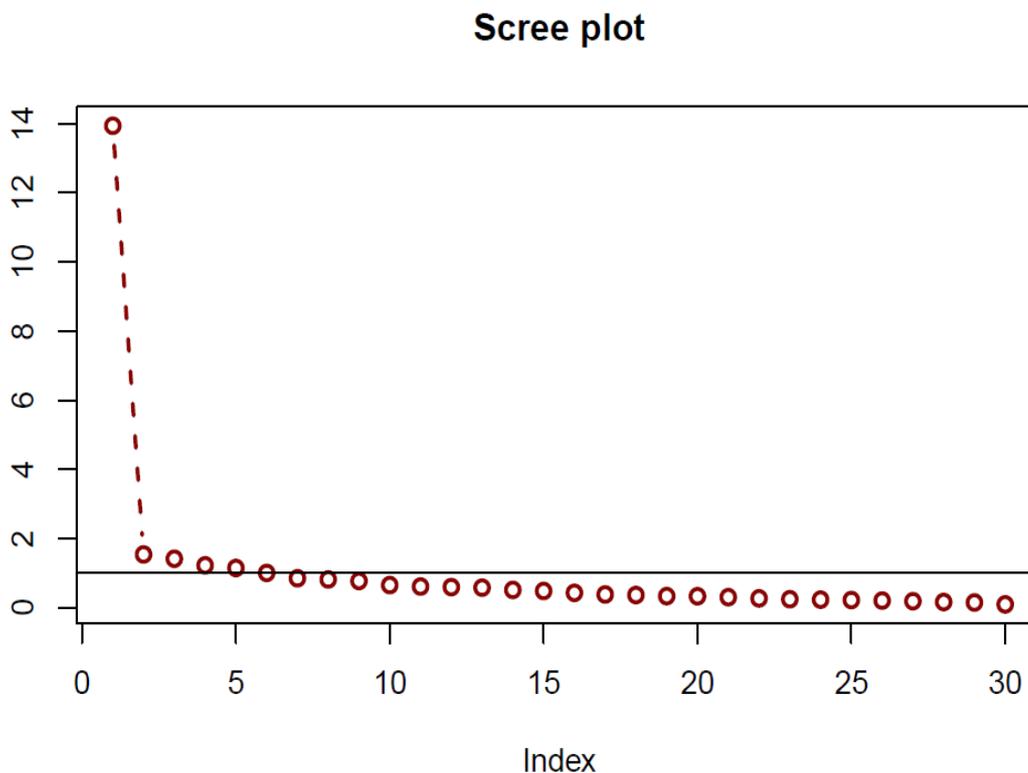


Figura 7.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) sin forzar el número de factores, que según el gráfico de sedimentación marca como punto de corte una solución de seis factores



En las figura 8 se muestra el gráfico de sedimentación que marca como punto de corte una solución de cuatro factores en el caso del análisis factorial exploratorio (AFE) que no incluye los 5 ítems que no pertenecen a ninguno de los factores del IDQ previamente establecidos.

Figura 8.- Gráfico de sedimentación en el análisis factorial exploratorio (AFE) que marca como punto de corte una solución de cuatro factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor



En las figuras 9, y 10 se muestran los gráficos con los pesos factoriales de los AFE mencionados. Se muestran soluciones de dos y cuatro factores. En la solución de cuatro factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ninguno de los factores del IDQ previamente establecidos, dos factores explican el 90% de la variabilidad, tres el 96%, y cuatro el 100%.

Figura 9.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) sin forzar el número de factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor

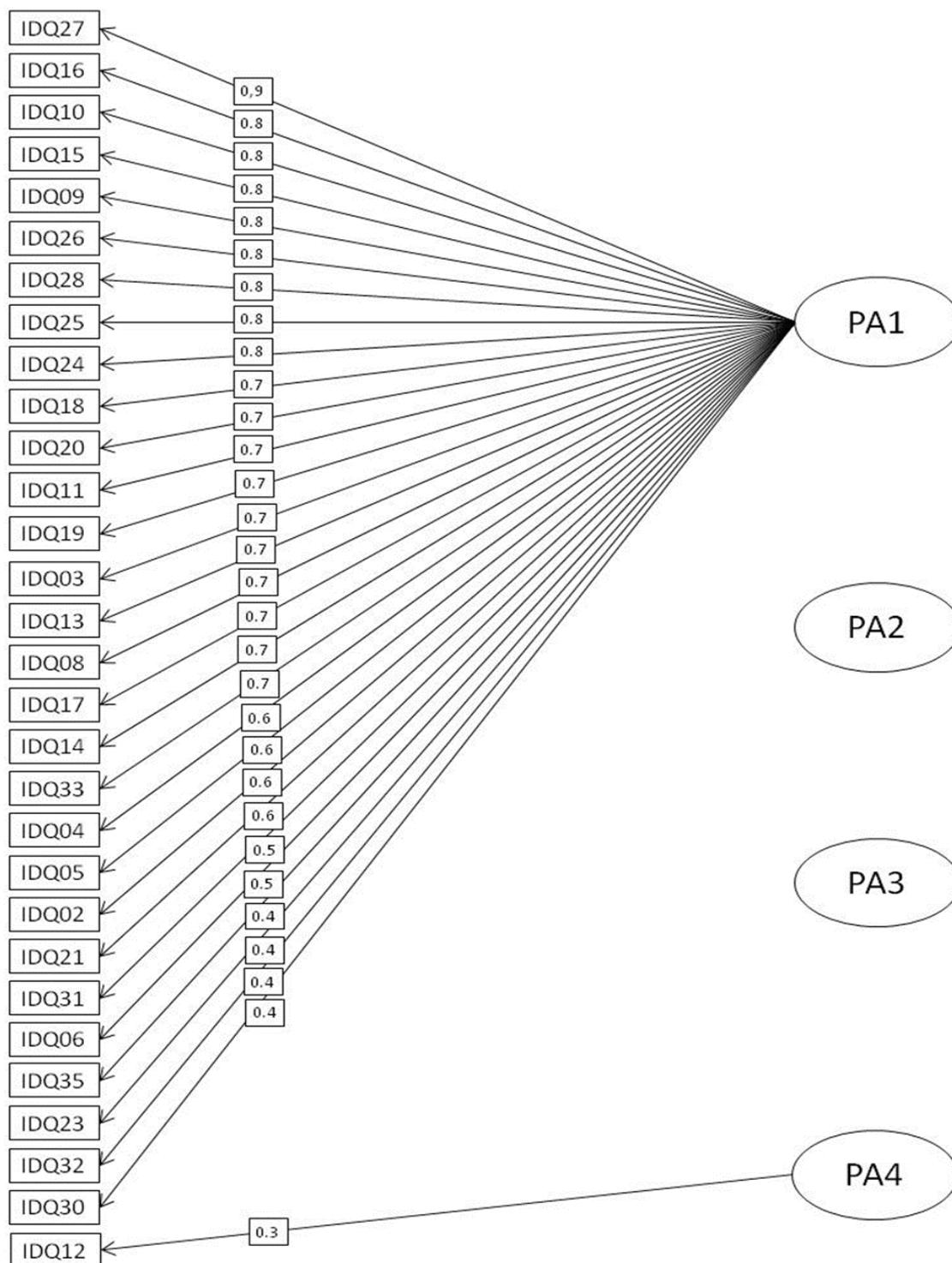
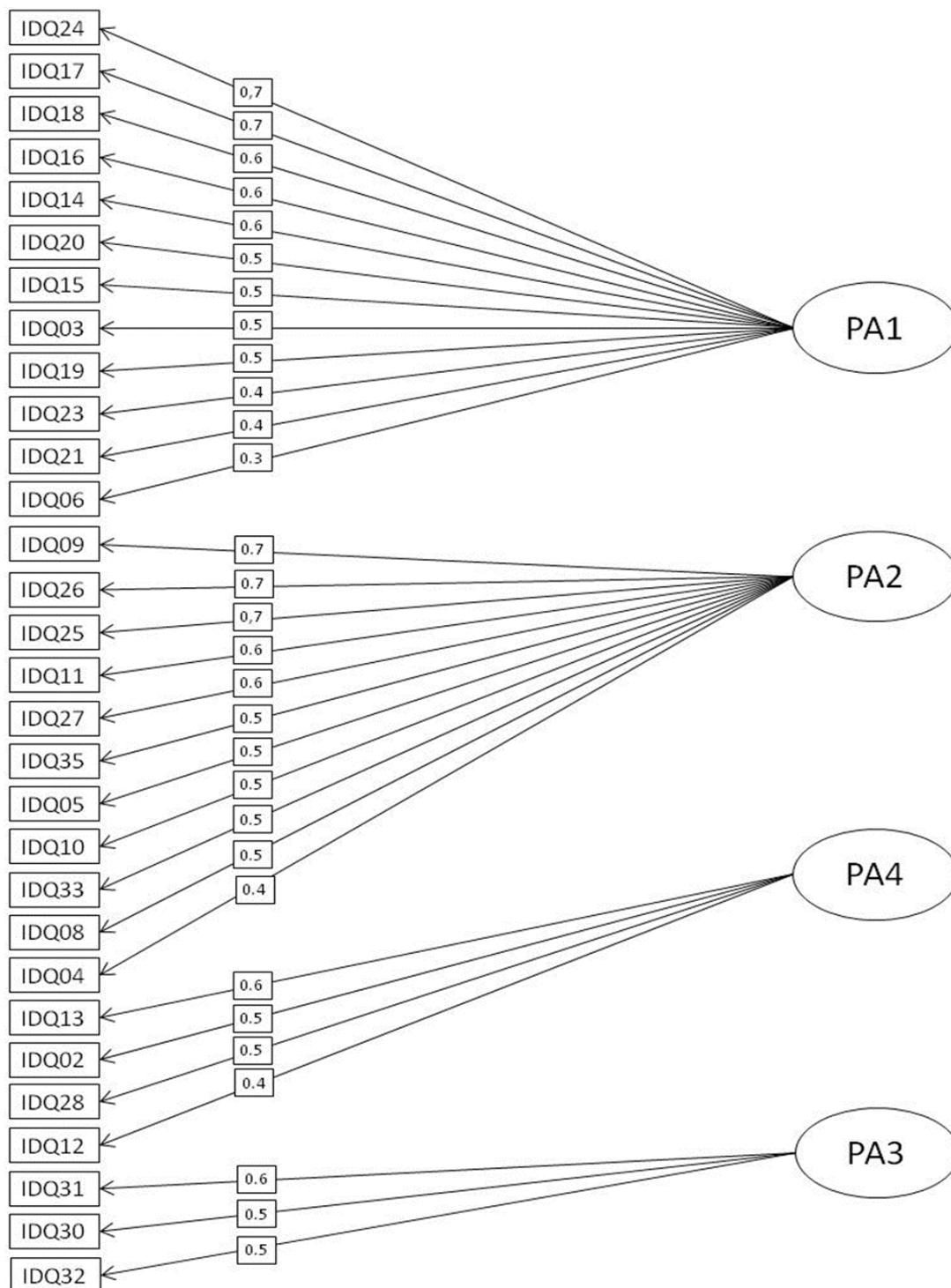


Figura 10.- Gráfico de pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación varimax forzando los cuatro factores menos los 5 ítems que no pertenecen a ningún factor



### 2.9.3. b.- Análisis Factorial Confirmatorio de la versión española del IDQ

Posteriormente para la replicación de los factores en función de la misma estructura interna que los autores de la escala original, se procede al Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) forzando una solución de cuatro factores, mediante el estimador DWLS, como se muestra en la figura 11. Se obtienen diferentes índices de bondad de ajuste:  $\chi^2= 606,34$ ,  $gl= 399$ ,  $p < 0,001$ ,  $ICF= 0,99$ ,  $TLI= 0,99$ ,  $RMSEA= 0,048$ , lo que significa que con los valores introducidos el modelo original de 4 factores se ajusta adecuadamente, y  $SRMR= 0,070$  valor que rebasa el límite establecido, que indicaría que el modelo y los datos no se ajustarían. En la tabla 47 se muestra un resumen de estos estimadores.

Tabla 47.- Estimadores de DWLS: RMSEA, CFI, TLI y SRMR de la versión en castellano del IDQ

Índice	Valor obtenido	Criterio límite	Interpretación
CFI	0,99	> 0,90	Cumple
TLI	0,99	> 0,90	Cumple
RMSEA	0,048	< 0,05	Cumple
SRMR	0,07	< 0,05	No cumple

Los pesos factoriales de los ítems en el modelo de cuatro factores se muestran en la tabla 48. Todos los ítems tuvieron un peso factorial confirmatorio por encima de  $\geq 0,50$ , excepto el ítem 12 que obtuvo un peso factorial por encima del  $\geq 0,30$ .

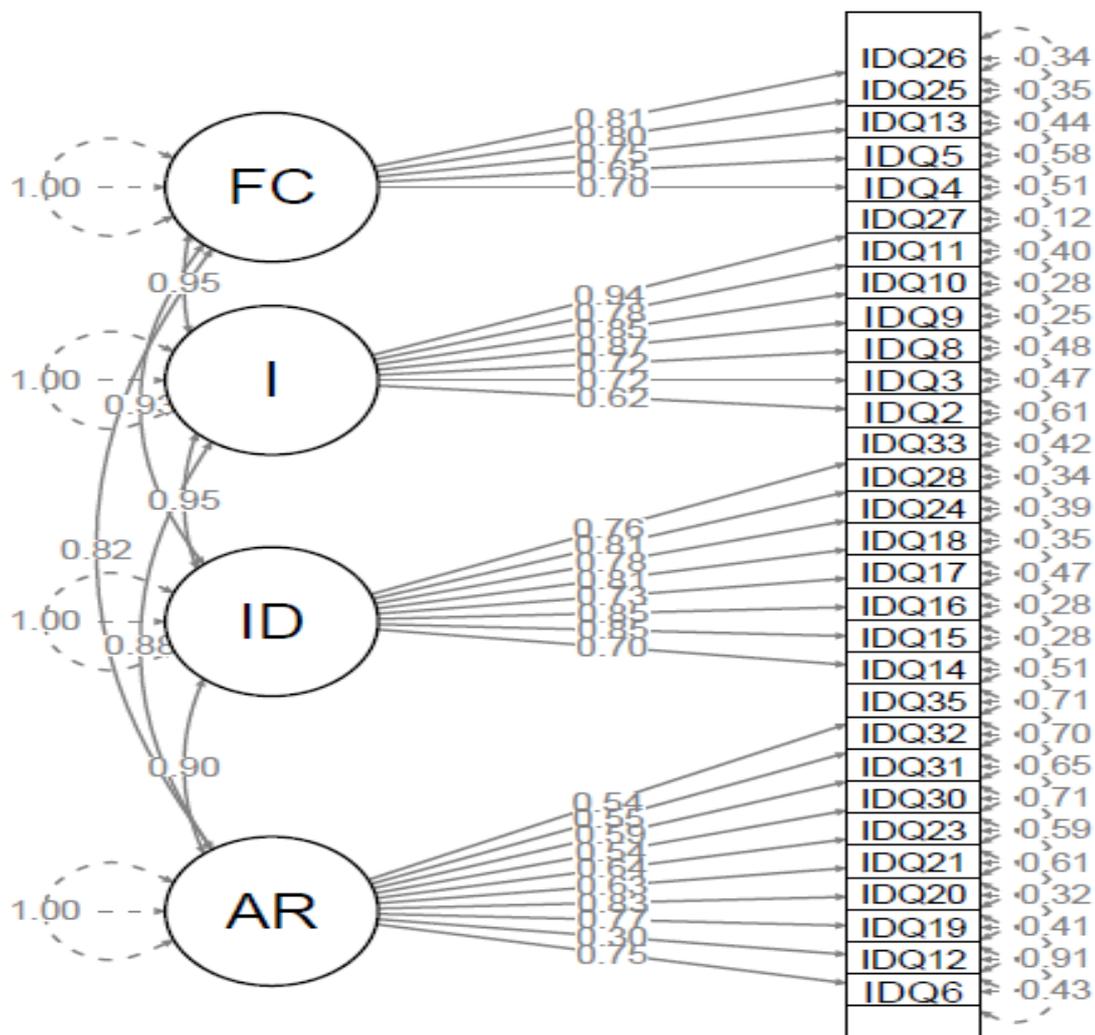
Tabla 48.- Pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial confirmatorio  
(AFC)

Ítems del IDQ	Pesos factoriales
Absorción de Rol	
IDQ 6	0,754
IDQ 12	0,300
IDQ 19	0,770
IDQ 20	0,827
IDQ 21	0,626
IDQ 23	0,642
IDQ 30	0,542
IDQ 31	0,591
IDQ 32	0,552
IDQ 35	0,539
Incoherencia Dolorosa	
IDQ 14	0,700
IDQ 15	0,849
IDQ 16	0,849
IDQ 17	0,727
IDQ 18	0,805
IDQ 24	0,782
IDQ 28	0,811
IDQ 33	0,761

Tabla 48.- Pesos factoriales de los ítems del IDQ en el análisis factorial confirmatorio  
(AFC) (continuación)

Ítems del IDQ	Pesos factoriales
Inconsistencia	
IDQ 2	0,621
IDQ 3	0,725
IDQ 8	0,722
IDQ 9	0,867
IDQ 10	0,849
IDQ 11	0,777
IDQ 27	0,940
Falta de compromiso	
IDQ 4	0,700
IDQ 5	0,645
IDQ 13	0,750
IDQ 25	0,804
IDQ 26	0,813

Figura 11.- Replicación del modelo original de 4 factores del IDQ en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante el estimador *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS).



## 2.9.4.- Estadísticos descriptivos, validez discriminante, y tipificación de la versión española del IDQ.

Este apartado se divide en tres sub-apartados: comparación entre las muestras de sujetos TLP y control, española y la americana; validez discriminante de los ítems, los factores y el IDQ total respecto a las muestras de sujetos TLP y control; y tipificación de la muestra control.

### 2.9.4. a.- Comparación entre las muestras de sujetos TLP y control, española y la americana

La tabla 49 muestra la comparación descriptiva en diferencia de medias, respecto a las escalas y el cómputo global, entre las cuatro poblaciones comparadas, nuestra muestra TLP respecto a la americana y nuestra muestra control, respecto a la americana.

Tabla 49.- Estadísticos descriptivos de las cuatro escalas y puntuación total del IDQ, versión española y americana

Escalas IDQ	TLP		C	
	España n=36	EEUU n=34	España n=195	EEUU n=41
	Media (de)	Media (de)	Media (de)	Media (de)
Absorción Rol	28,7 (12,0)	28,8 (16,5)	14,7 (5,1)	16,5 (11,9)
Incoheren. Dolorosa	34,5 (13,8)	40,2 (14,0)	13,6 (6,2)	22,6 (3,3)
Inconsistencia	29,6 (12,5)	29,8 (12,5)	13,4 (6,3)	17,7 (10,1)
Falta Compromiso	22,7 (9,1)	20,8 (9,3)	9,7 (4,2)	13,4 (7,4)
Total	132,4 (47,0)	137,6 (62,2)	60,6 (21,1)	82,1 (50,4)

Aunque no se disponen de parámetros de comparación estadísticos al no poseer los datos concretos de cada ítem de la muestra americana, se pueden observar los estadísticos descriptivos en España y USA, en cada uno de los factores y en el IDQ total.

En la figura 12, cuando comparamos visualmente la diferencia de medias en las escalas del IDQ de nuestra muestra española de sujetos TLP con la muestra americana de sujetos TLP, en nuestro caso, implican un valor más bajo en ID y valores algo superiores en FC.

En la figura 13, cuando comparamos visualmente, los sujetos con TLP de la muestra española, respecto a la muestra de sujetos control, éstos obtienen una puntuación superior en alteración de la identidad, tanto en el cómputo total como en cada una de las dimensiones en particular.

Por otro parte, si comparamos los sujetos control de nuestra muestra con la americana, observamos que nuestros valores son mucho más bajos.

Para ser más exhaustivos, en la tabla 50, se muestran las medias obtenidas de cada ítem del IDQ, en cada una de las muestras comparadas.

Figura 12.- Comparación entre las muestras española y americana de pacientes con TLP

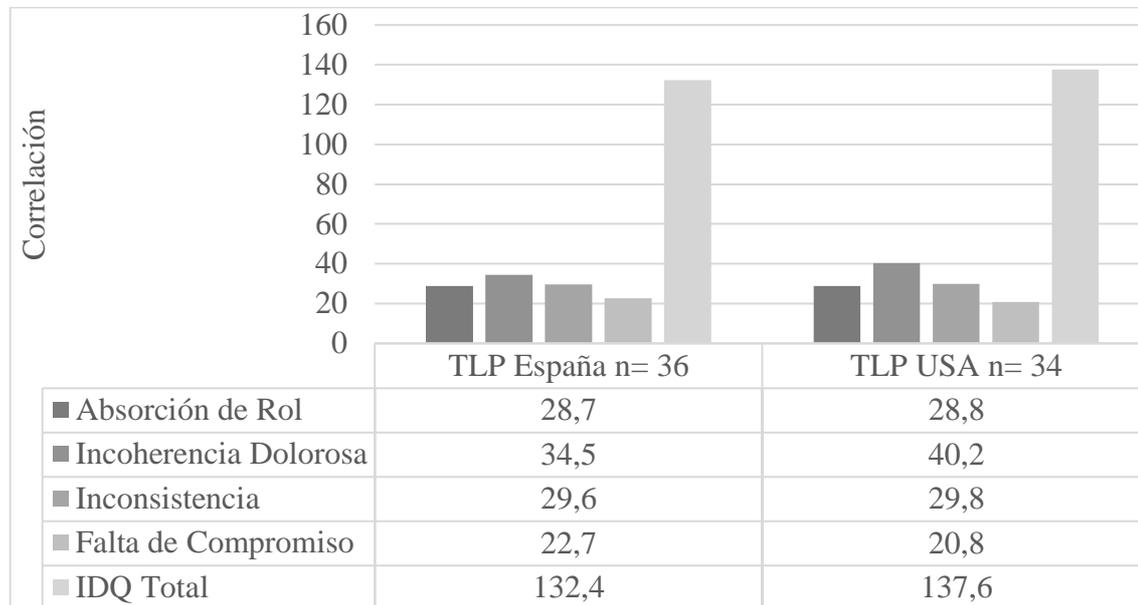


Figura 13.- Comparación entre pacientes con TLP y muestra control en la versión española

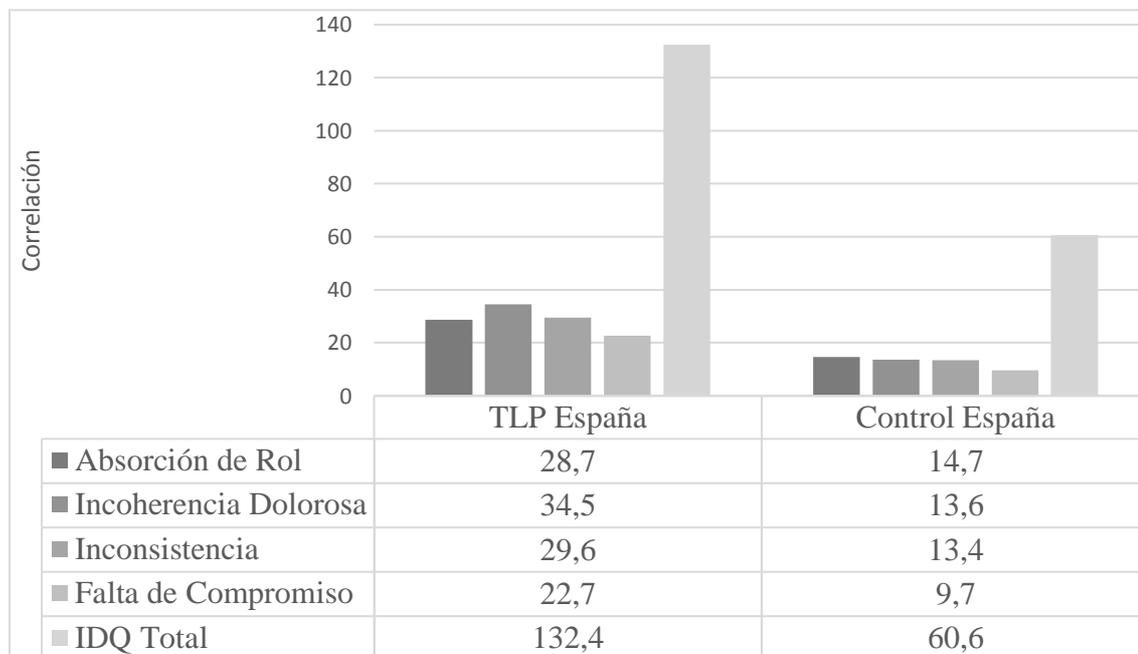


Tabla 50.- Estadísticos descriptivos de cada indicador del IDQ en los sujetos TLP y control de la muestra española y americana

Ítems IDQ	TLP		Control	
	España n=36	EEUU n=34	España n=195	EEUU n=41
	M (de)	M (de)	M (de)	M (de)
1. La identidad se centra en no ser como otra persona	4,03 (2,67)	4,55 (1,91)	2,70 (1,79)	4,20 (1,87)
2. La personalidad cambia drásticamente dependiendo con quién esté; la personalidad es camaleónica	4,22 (2,40)	4,12 (1,78)	2,59 (1,66)	2,65 (1,33)
3. El sentido del Yo depende de la relación con otra persona carismática; tiende a girar en torno a una personalidad fuerte	4,64 (2,35)	4,28 (1,63)	2,13 (1,46)	3,31 (1,71)
4. Los valores tienden a cambiar frecuentemente; no parece tener un conjunto constante de valores fundamentales	3,89 (2,51)	3,06 (1,71)	1,87 (1,26)	1,85 (0,85)
5. Ha tenido dificultades para elegir y comprometerse con una ocupación	5,06 (2,28)	4,39 (2,37)	2,25 (1,52)	3,41 (2,04)
6. Parece estar en conflicto o inseguro acerca de su propio género	2,47 (2,33)	2,42 (1,73)	1,25 (0,92)	1,66 (1,43)
7. Parece estar en conflicto o inseguro acerca de si es heterosexual, homosexual o bisexual	1,72 (1,68)	2,76 (1,98)	1,23 (0,82)	1,80 (1,78)
8. Se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté	4,28 (2,33)	4,24 (2,03)	2,11 (1,46)	2,41 (1,38)
9. Mantiene creencias sumamente inconsistentes o contradictorias	4,06 (2,34)	3,97 (1,74)	1,69 (1,11)	2,10 (1,34)

Tabla 50.- Estadísticos descriptivos de cada indicador del IDQ en los sujetos TLP y control de la muestra española y americana (continuación)

Ítems IDQ	TLP		Control	
	España n=36	EEUU n=34	España n=195	EEUU n=41
	M (de)	M (de)	M (de)	M (de)
10. Se comporta frecuentemente de formas que parecen inconsistentes o contradictorias	4,28 (2,27)	4,73 (1,75)	1,89 (1,21)	2,82 (1,60)
11. Las creencias y acciones parecen a menudo sumamente contradictorias (por ejemplo, apoya valores conservadores sexuales mientras se comporta de una manera promiscua)	3,94 (2,29)	4,00 (1,87)	1,59 (1,08)	2,27 (1,45)
12. Las creencias políticas han cambiado con frecuencia o drásticamente	2,33 (2,11)	2,28 (1,41)	1,97 (1,32)	1,45 (0,71)
13. Tiende a confundir sus propios pensamientos con los de los demás	3,28 (2,58)	3,63 (1,88)	1,64 (1,04)	1,93 (1,25)
14. Carece de un sentido de continuidad en el tiempo o tiene dificultad para recordar día a día lo que ha hecho	4,14 (2,35)	3,88 (1,86)	1,83 (1,10)	2,12 (1,57)
15. Tiende a sentir que no sabe quién es su propio yo	4,11 (2,67)	4,84 (1,90)	1,63 (1,12)	2,95 (1,66)
16. Tiende a sentir vacío interior	5,81 (1,67)	5,79 (1,41)	2,08 (1,45)	3,75 (1,77)
17. En las relaciones íntimas, teme perder su propia identidad	3,86 (2,46)	5,15 (1,80)	1,57 (1,08)	2,80 (1,69)
18. Teme dejar de existir o perder su propia identidad si una relación íntima llegara a su fin	4,33 (2,47)	5,13 (1,72)	1,63 (1,18)	2,59 (1,60)
19. La identidad parece girar en torno a una "causa" o causas cambiantes (por ejemplo, se define a sí mismo por su pertenencia a un movimiento político)	3,11 (2,61)	2,81 (1,89)	1,44 (0,85)	1,83 (1,33)

Tabla 50.- Estadísticos descriptivos de cada indicador del IDQ en los sujetos TLP y control de la muestra española y americana (continuación)

Ítems IDQ	TLP		Control	
	España n=36	EEUU n=34	España n=195	EEUU n=41
	M (de)	M (de)	M (de)	M (de)
20. El sentido de identidad gira en torno a la pertenencia a un grupo estigmatizado (por ejemplo, ser hijo de un alcoholíco o la víctima de un abuso sexual)	4,81 (2,31)	3,06 (1,00)	1,39 (0,95)	2,00 (1,70)
21. Se define a sí mismo en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad	3,03 (2,36)	4,24 (2,00)	1,71 (1,13)	2,20 (1,63)
22. Abarca la identidad de una persona que es “mala”	2,72 (2,50)	2,48 (2,05)	1,32 (0,83)	1,66 (1,44)
23. Aparece en conflicto sobre su identidad racial o étnica (por ejemplo, la rechaza totalmente o bien se autodefine principalmente en base a ella)	2,33 (1,96)	3,73 (1,94)	1,31 (0,90)	1,83 (1,36)
24. Suele sentirse como un “falso yo”, cuya persona social no coincide con la experiencia interna	4,28 (2,61)	5,79 (1,58)	1,64 (1,08)	3,59 (1,91)
25. Tiene problemas para comprometerse con metas o aspiraciones a largo plazo	5,67 (2,12)	5,19 (1,89)	2,14 (1,50)	3,61 (1,86)
26. Las ideas sobre quién le gustaría ser son inestables y cambiantes	4,81 (2,50)	4,55 (1,54)	1,88 (1,15)	2,68 (1,49)
27. Las ideas del propio Yo cambian rápida e impredeciblemente	4,22 (2,58)	4,48 (1,73)	1,46 (0,90)	2,15 (1,30)
28. Los sentimientos sobre sí mismo cambian rápida e impredeciblemente	4,42 (2,44)	5,27 (1,63)	1,86 (1,18)	2,66 (1,64)

Tabla 50.- Estadísticos descriptivos de cada indicador del IDQ en los sujetos TLP y control de la muestra española y americana (continuación)

Ítems IDQ	TLP		Control	
	España n=36	EEUU n=34	España n=195	EEUU n=41
	M (de)	M (de)	M (de)	M (de)
29. Tiene problemas para contar la historia de su vida; sus narraciones tienen grandes lagunas o inconsistencias	3,81 (2,43)	4,67 (1,81)	1,75 (1,22)	2,41 (1,41)
30. Ha tenido experiencias religiosas dramáticas que siente que han cambiado su vida (por ejemplo, como experiencias de “volver a nacer”)	2,00 (1,94)	2,79 (1,10)	1,35 (1,10)	1,27 (0,87)
31. Ha tenido experiencias de “epifanía” (por ejemplo, revelaciones súbitas y dramáticas sobre sí mismo) que siente que han cambiado su vida	3,39 (2,44)	3,24 (2,00)	1,43 (1,01)	1,83 (1,30)
32. Se identifica a sí mismo principalmente con un grupo que parece poco común dado su sexo, raza o etnia	2,14 (1,98)	2,00 (1,66)	1,36 (0,96)	1,24 (0,70)
33. A veces se siente irreal	3,56 (2,69)	4,76 (2,03)	1,45 (1,08)	2,20 (1,52)
34. Tiene recuerdos solo accesibles bajo determinados estados	4,58 (2,45)	3,55 (2,16)	1,94 (1,43)	1,68 (1,08)
35. “Muestra” su identidad de formas que parecen poco habituales o desviadas (por ejemplo, múltiples tatuajes, <i>piercings</i> , estilo o color de pelo muy peculiares)	3,11 (2,48)	2,24 (1,79)	1,52 (1,08)	1,22 (0,91)

#### **2.9.4. b.- Validez discriminante de los ítems, los factores y el IDQ total respecto a las muestras de sujetos TLP y controles**

Para obtener la validez discriminante del cuestionario, el conjunto de ítems se aplica a la muestra resultante de población española de 36 mujeres con diagnóstico de TLP y a una muestra de controles sanos (n= 75) únicamente de sexo femenino. Para obtener ésta segunda muestra, se han eliminado sujetos aleatoriamente para equiparlos por sexo y edad. Así para este cálculo se han utilizado dos muestras de mujeres con una edad similar, ambos grupos homogéneos, sin diferencias entre ellos, para así poder compararlos.

La comparación estratificada de la muestra se ha hecho mediante una estadística no paramétrica, ya que hay pocos pacientes por rango de edad. Para comprobar la igualdad de medias de edad se ha calculado con el estadístico t de Student y se encuentran diferencias significativas entre la muestra de sujetos TLP y la muestra de sujetos controles. Para verificar la igualdad de frecuencias respecto al estado civil, nivel de estudios y ocupación, se ha utilizado el estadístico Chi-cuadrado, y en este caso existen diferencias entre la muestra clínica y la muestra control equiparada en sexo y edad.

Las puntuaciones del IDQ no se distribuyen normalmente por lo que se ha utilizado una estadística no-paramétrica. Así, las diferencias entre pacientes con TLP (n= 36) y sujetos controles equiparados por sexo y edad (n= 75) se han obtenido mediante U Mann-Whitney (comparación de medianas), Z y p. Las puntuaciones obtenidas en las escalas de AR (z= -6,00, p<0,001), ID (z= -7,25, p< 0,001), I (z= -6,52, p< 0,001), FC (z= -6,72, p< 0,001) y en el total del IDQ (z= -7,35, p< 0,001) diferencian significativamente entre la población clínica y la población control (tabla 51).

Tabla 51.- Comparación de pacientes con TLP y controles en cada escala del IDQ

	TLP N= 36		Control N= 75		U Mann- Whitney	Z	p
	Mdn	M (de)	Mdn	M (de)			
AR	28	28,72 (12,02)	13	14,54 (5,32)	400	-6,00	<0,001
ID	36	34,5 (13,88)	11	12,53 (5,06)	201,5	-7,25	<0,001
I	31	29,63 (12,56)	11	12,69 (5,35)	317,5	-6,52	<0,001
FC	24	22,69 (9,07)	9	9 (3,22)	285,5	-6,72	<0,001
IDQ Total	126,5	132,41 (47,04)	55	57,45 (18,31)	183,5	-7,35	<0,001

En las tablas 52, 53, 54, 55 y 56 se muestran los descriptivos de cada uno de los ítems del IDQ divididos por factores, donde se comparan las puntuaciones medias y desviaciones estándar en el cuestionario de alteración de la identidad, entre la muestra clínica de sujetos TLP (n=36) y la muestra control equiparada por sexo y edad (n=75) de personas voluntarias sin enfermedad mental. Esta comparación se hace mediante una prueba no paramétrica de U de Mann- Withney (significación bilateral  $p < 0,001$ ).

Tabla 52.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor Absorción de Rol.

Absorción de Rol	TLP	C	Z	p
	n= 36	n= 75		
	M (de)	M (de)		
6. Parece estar en conflicto o inseguro acerca de su propio género	2,47 (2,33)	1,29 (1,08)	-3,55	< 0,001
12. Las creencias políticas han cambiado con frecuencia o drásticamente	2,33 (2,11)	1,97 (1,31)	-0,33	0,741
19. La identidad parece girar en torno a una “causa” o causas cambiantes...	3,11 (2,61)	1,45 (0,82)	-2,56	0,010
20. El sentido de identidad gira en torno a la pertenencia a un grupo estigmatizado...	4,81 (2,31)	1,33 (0,93)	-7,22	< 0,001
21. Se define a sí mismo en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad	3,03 (2,36)	1,55 (0,93)	-3,00	0,003
23. Aparece en conflicto sobre su identidad racial o étnica...	2,33 (1,95)	1,20 (0,67)	-3,66	< 0,001
30. Ha tenido experiencias religiosas dramáticas que siente que han cambiado su vida...	2,00 (1,94)	1,35 (1,10)	-1,65	0,093
31. Ha tenido experiencias de “epifanía”... que siente que han cambiado su vida	3,39 (2,44)	1,48 (1,17)	-4,57	< 0,001
32. Se identifica a sí mismo principalmente con un grupo que parece poco común dado su sexo, raza o etnia	2,14 (1,98)	1,36 (0,81)	-1,65	0,097
35. “Muestra” su identidad de formas que parecen poco habituales o desviadas...	3,11 (2,48)	1,56 (1,06)	-2,90	0,004

Tabla 53.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor Incoherencia dolorosa.

Incoherencia dolorosa	TLP	C	Z	p
	n= 36	n= 75		
	M (de)	M (de)		
14. Carece de un sentido de continuidad en el tiempo o tiene dificultad para recordar día a día lo que ha hecho	4,14 (2,35)	1,71 (0,95)	-5,10	< 0,001
15. Tende a sentir que no sabe quién es su propio yo	4,11 (2,67)	1,44 (0,84)	-4,73	< 0,001
16. Tiende a sentir vacío interior	5,81 (2,67)	1,75 (1,02)	-7,95	< 0,001
17. En las relaciones íntimas, teme perder su propia identidad	3,86 (2,46)	1,35 (0,66)	-5,29	< 0,001
18. Teme dejar de existir o perder su propia identidad si una relación íntima llegara a su fin	4,33 (2,47)	1,57 (1,09)	-5,50	< 0,001
24. Suele sentirse como un “falso yo”, cuya persona social no coincide con la experiencia interna	4,28 (2,61)	1,48 (0,81)	-5,16	< 0,001
28. Los sentimientos sobre sí mismo cambian rápida e impredeciblemente	4,42 (2,44)	1,85 (1,12)	-4,91	< 0,001
33. A veces se siente irreal	3,56 (2,69)	1,39 (0,97)	-4,10	< 0,001

Tabla 54.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor Inconsistencia

Inconsistencia	TLP	C	Z	P
	n= 36	n= 75		
	M (de)	M (de)		
2. La personalidad cambia drásticamente dependiendo con quién esté; la personalidad es camaleónica	4,22 (2,40)	2,23 (1,52)	-3,82	< 0,001
3. El sentido del Yo depende de la relación con otra persona carismática; tiende a girar en torno a una personalidad fuerte	4,64 (2,35)	2,19 (1,65)	-4,88	< 0,001
8. Se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté	4,28 (2,33)	1,97 (1,33)	-4,74	< 0,001
9. Mantiene creencias sumamente inconsistentes o contradictorias	4,06 (2,34)	1,56 (0,90)	-5,25	< 0,001
10. Se comporta frecuentemente de formas que parecen inconsistentes o contradictorias	4,28 (2,27)	1,87 (1,16)	-4,86	< 0,001
11. Las creencias y acciones parecen a menudo sumamente contradictorias...	3,94 (2,29)	1,45 (0,72)	-5,54	< 0,001
27. Las ideas del propio Yo cambian rápida e impredeciblemente	4,22 (2,58)	1,43 (0,84)	-5,43	< 0,001

Tabla 55.- Estadísticos descriptivos de cada indicador en el factor Falta de Compromiso

Falta de Compromiso	TLP	C	Z	p
	n= 36	n= 75		
	M (de)	M (de)		
4. Los valores tienden a cambiar frecuentemente; no parece tener un conjunto constante de valores fundamentales	3,89 (2,51)	1,72 (1,14)	-4,16	< 0,001
5. Ha tenido dificultades para elegir y comprometerse con una ocupación	5,06 (2,28)	2,09 (1,40)	-5,75	< 0,001
13. Tiende a confundir sus propios pensamientos con los de los demás	3,28 (2,58)	1,49 (0,84)	-2,93	0,003
25. Tiene problemas para comprometerse con metas o aspiraciones a largo plazo	5,67 (2,12)	1,93 (1,21)	-6,88	< 0,001
26. Las ideas sobre quién le gustaría ser son inestables y cambiantes	4,81 (2,50)	1,76 (0,91)	-5,48	< 0,001

Tabla 56.- Estadísticos descriptivos de cada indicador de los ítems que no pertenecen a ningún factor.

Otros	TLP	C	Z	p
	n= 36	n= 75		
	M (de)	M (de)		
1. La identidad se centra en no ser como otra persona	4,03 (2,67)	2,59 (1,74)	-2,25	0,024
7. Parece estar en conflicto o inseguro acerca de si es heterosexual, homosexual o bisexual	1,72 (1,68)	1,28 (1,03)	-1,47	0,141
22. Abarca la identidad de una persona que es “mala”	2,72 (2,50)	1,32 (0,97)	-3,21	< 0,001
29. Tiene problemas para contar la historia de su vida; sus narraciones tienen grandes lagunas o inconsistencias	3,81 (2,43)	1,71 (1,12)	-4,20	< 0,001
34. Tiene recuerdos solo accesibles bajo determinados estados	4,58 (2,45)	1,79 (1,29)	-5,49	< 0,001

#### **2.9.4. c.- Tipificación de la muestra control**

La puntuación total del IDQ oscila en un rango entre 35 a 245 puntos. Las puntuaciones más altas indican mayor alteración de la identidad. En la escala de AR se puede obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 70 puntos, ya que es la que está compuesto por más ítems, un total de 10; la segunda escala que consta de más cantidad de ítems es la de ID con un rango de puntuación que va de 8 a 56 puntos; le sigue la escala de I con puntuaciones de 7 a 49; y por último la escala de FC con valores de 5 a 35 puntos, más la suma de las puntuaciones de los ítems libres que pueden ser de entre 5 a 35 puntos.

Los baremos se han determinado mediante puntuaciones T, estableciéndose niveles mediante transformación lineal para la población control para cada uno de los factores y el puntaje total de alteración de la identidad. En las tablas 57, 58, 59, 60 y 61 se muestra la puntuación directa y T en cada una de las escalas y en el IDQ total, obtenidas de la muestra control de mujeres (n= 75).

Tabla 57.- Puntuaciones directas y T de la escala Absorción de Rol en la muestra de mujeres control (n=75).

Absorción de Rol					
PD	T	PD	T	PD	T
10	41,5	37	92,4	64	143,3
11	43,3	38	94,3	65	145,2
12	45,2	39	96,2	66	147,1
13	47,1	40	98,1	67	149,0
14	49,0	41	100,0	68	150,9
15	50,9	42	101,8	69	152,8
16	52,8	43	103,7	70	154,7
17	54,7	44	105,6		
18	56,6	45	107,5		
19	58,4	46	109,4		
20	60,3	47	111,3		
21	62,2	48	113,2		
22	64,1	49	115,0		
23	66,0	50	116,9		
24	67,9	51	118,8		
25	69,8	52	120,7		
26	71,6	53	122,6		
27	73,5	54	124,5		
28	75,4	55	126,4		
29	77,3	56	128,3		
30	79,2	57	130,1		
31	81,1	58	132,0		
32	83,0	59	133,9		
33	84,9	60	135,8		
34	86,7	61	137,7		
35	88,6	62	139,6		
36	90,5	63	141,5		

Tabla 58.- Puntuaciones directas y T de la escala Incoherencia Dolorosa en la muestra de mujeres control (n= 75)

Incoherencia Dolorosa			
PD	T	PD	T
8	41,0	34	93,0
9	43,0	35	95,0
10	45,0	36	97,0
11	47,0	37	99,0
12	49,0	38	101,0
13	51,0	39	103,0
14	53,0	40	105,0
15	55,0	41	107,0
16	57,0	42	109,0
17	59,0	43	111,0
18	61,0	44	113,0
19	63,0	45	115,0
20	65,0	46	117,0
21	67,0	47	119,0
22	69,0	48	121,0
23	71,0	49	123,0
24	73,0	50	125,0
25	75,0	51	127,0
26	77,0	52	129,0
27	79,0	53	131,0
28	81,0	54	133,0
29	83,0	55	135,0
30	85,0	56	137,0
31	87,0		
32	89,0		
33	91,0		

Tabla 59.- Puntuaciones directas y T de la escala Inconsistencia en la muestra de mujeres control (n= 75)

Inconsistencia			
PD	T	PD	T
7	39,4	33	88,4
8	41,3	34	90,3
9	43,2	35	92,2
10	45,0	36	94,1
11	46,9	37	96,0
12	48,8	38	97,9
13	50,7	39	99,8
14	52,6	40	101,6
15	54,5	41	103,5
16	56,4	42	105,4
17	58,3	43	107,3
18	60,1	44	109,2
19	62,0	45	111,1
20	63,9	46	113,0
21	65,8	47	114,9
22	67,7	48	116,7
23	69,6	49	118,6
24	71,5		
25	73,3		
26	75,2		
27	77,1		
28	79,0		
29	80,9		
30	82,8		
31	84,7		
32	86,6		

Tabla 60.- Puntuaciones directas y T de la escala Falta de Compromiso en la muestra de mujeres control (n= 75)

Falta de Compromiso			
PD	T	PD	T
5	37,5	31	118,7
6	40,6	32	121,8
7	43,7	33	125,0
8	46,8	34	128,1
9	50,0	35	131,2
10	53,1		
11	56,2		
12	59,3		
13	62,5		
14	65,6		
15	68,7		
16	71,8		
17	75,0		
18	78,1		
19	81,2		
20	84,3		
21	87,5		
22	90,6		
23	93,7		
24	96,8		
25	100,0		
26	103,1		
27	106,2		
28	109,3		
29	112,5		
30	115,6		

Tabla 61.- Puntuaciones directas y T de la escala total de alteración de la identidad en la muestra de mujeres control (n= 75)

IDQ									
PD	T	PD	T	PD	T	PD	T	PD	T
35	37,7	61	51,9	87	66,1	113	80,3	139	94,5
36	38,3	62	52,5	88	66,7	114	80,9	140	95,1
37	38,8	63	53,0	89	67,2	115	81,4	141	95,6
38	39,3	64	53,6	90	67,8	116	82,0	142	96,2
39	39,9	65	54,1	91	68,3	117	82,5	143	96,7
40	40,4	66	54,6	92	68,9	118	83,1	144	97,3
41	41,0	67	55,2	93	69,4	119	83,6	145	97,8
42	41,5	68	55,7	94	70,0	120	84,0	146	98,4
43	42,1	69	56,3	95	70,5	121	84,7	147	98,9
44	42,6	70	56,8	96	71,0	122	85,3	148	99,5
45	43,2	71	57,4	97	71,6	123	85,8	149	100,0
46	43,7	72	57,9	98	72,1	124	86,3	150	100,6
47	44,3	73	58,5	99	72,7	125	86,9	151	101,1
48	44,8	74	59,0	100	73,2	126	87,4	152	101,6
49	45,4	75	59,6	101	73,8	127	88,0	153	102,2
50	45,9	76	60,1	102	74,3	128	88,5	154	102,7
51	46,5	77	60,7	103	74,9	129	89,1	155	103,3
52	47,0	78	61,2	104	75,4	130	89,6	156	103,8
53	47,5	79	61,8	105	76,0	131	90,2	157	104,4
54	48,1	80	62,3	106	76,5	132	90,7	158	104,9
55	48,6	81	62,8	107	77,1	133	91,3	159	105,5
56	49,2	82	63,4	108	77,6	134	91,8	160	106,0
57	49,7	83	63,9	109	78,1	135	92,4	161	106,6
58	50,3	84	64,5	110	78,7	136	92,9	162	107,1
59	50,8	85	65,0	111	79,2	137	93,4	163	107,7
60	51,4	86	65,6	112	79,8	138	94,0	164	108,2

Tabla 61.- Puntuaciones directas y T de la escala total de alteración de la identidad en  
la muestra de mujeres control (n= 75) (continuación)

IDQ							
PD	T	PD	T	PD	T	PD	T
165	108,7	191	123,0	217	137,2	243	151,4
166	109,3	192	123,5	218	137,7	244	151,9
167	109,8	193	124,0	219	138,3	245	152,5
168	110,4	194	124,6	220	138,8		
169	110,9	195	125,1	221	139,3		
170	111,5	196	125,7	222	139,9		
171	112,0	197	126,2	223	140,4		
172	112,6	198	126,8	224	141,0		
173	113,1	199	127,3	225	141,5		
174	113,7	200	127,9	226	142,1		
175	114,2	201	128,4	227	142,6		
176	114,8	202	129,0	228	143,2		
177	115,3	203	129,5	229	143,7		
178	115,9	204	130,1	230	144,3		
179	116,4	205	130,6	231	144,8		
180	116,9	206	131,2	232	145,4		
181	117,5	207	131,7	233	145,9		
182	118,0	208	132,2	234	146,5		
183	118,6	209	132,8	235	147,0		
184	119,1	210	133,3	236	147,5		
185	119,7	211	133,9	237	148,1		
186	120,2	212	134,4	238	148,6		
187	120,8	213	135,0	239	149,2		
188	121,3	214	135,5	240	149,7		
189	121,9	215	136,1	241	150,3		
190	122,4	216	136,6	242	150,8		

En las tablas 62, 63, 64, 65 y 66 se muestra la puntuación directa y las puntuaciones T en cada una de las escalas y en el IDQ total, obtenidas de la muestra control de varones (n=58). Para el cálculo de las puntuaciones T se han empleado las medias y desviaciones estándares obtenidas en la sub-muestra varones: absorción de rol (media= 15, 37, de= 4,61), incoherencia dolorosa (media=14, 87, de=7, 49), inconsistencia (media= 14,79, de= 7,46), falta de compromiso (media= 10,68, de= 5,30) e IDQ total (media= 64, 81, de= 23,78).

Según los valores expresados en puntuaciones T se observan puntuaciones ligeramente superiores en el grupo de mujeres respecto a los varones en todas las escalas y la puntuación total, excepto en absorción de rol.

Tabla 62.- Puntuaciones directas y T de la escala Absorción de Rol en la muestra de hombres control (n=58).

Absorción de Rol					
PD	T	PD	T	PD	T
10	38,3	37	96,9	64	155,4
11	40,5	38	99,0	65	157,6
12	42,6	39	101,2	66	159,8
13	44,8	40	103,4	67	161,9
14	47,0	41	105,5	68	164,1
15	49,1	42	107,7	69	166,3
16	51,3	43	109,9	70	168,5
17	53,5	44	112,1		
18	55,7	45	114,2		
19	57,8	46	116,4		
20	60,0	47	118,6		
21	62,2	48	120,7		
22	64,3	49	122,9		
23	66,5	50	125,11		
24	68,7	51	127,2		
25	70,8	52	129,4		
26	73,0	53	131,6		
27	75,2	54	133,7		
28	77,3	55	135,9		
29	79,5	56	138,1		
30	81,7	57	140,3		
31	83,9	58	142,4		
32	86,0	59	144,6		
33	88,2	60	146,8		
34	90,4	61	148,9		
35	92,5	62	151,1		
36	94,7	63	153,3		

Tabla 63.- Puntuaciones directas y T de la escala Incoherencia Dolorosa en la muestra de hombres control (n=58)

Incoherencia Dolorosa			
PD	T	PD	T
8	40,8	34	75,5
9	42,1	35	76,8
10	43,4	36	78,2
11	44,8	37	79,5
12	46,1	38	80,8
13	47,5	39	82,2
14	48,8	40	83,5
15	50,1	41	84,8
16	51,5	42	86,2
17	52,8	43	87,5
18	54,1	44	88,8
19	55,5	45	90,2
20	56,8	46	91,5
21	58,1	47	92,8
22	59,5	48	94,2
23	60,8	49	95,5
24	62,1	50	96,9
25	63,5	51	98,2
26	64,8	52	99,5
27	66,1	53	100,9
28	67,5	54	102,2
29	68,8	55	103,5
30	70,2	56	104,9
31	71,5		
32	72,8		
33	74,2		

Tabla 64.- Puntuaciones directas y T de la escala Inconsistencia en la muestra de  
hombres control (n=58)

Inconsistencia			
PD	T	PD	T
7	39,5	33	74,4
8	40,8	34	75,7
9	42,2	35	77,0
10	43,5	36	78,4
11	44,9	37	79,7
12	46,2	38	81,1
13	47,6	39	82,4
14	48,9	40	83,7
15	50,2	41	85,1
16	51,6	42	86,4
17	52,9	43	87,8
18	54,3	44	89,1
19	55,6	45	90,4
20	56,9	46	91,8
21	58,3	47	93,1
22	59,6	48	94,5
23	61,0	49	95,8
24	62,3		
25	63,6		
26	65,0		
27	66,3		
28	67,7		
29	69,0		
30	70,3		
31	71,7		
32	73,0		

Tabla 65.- Puntuaciones directas y T de la escala Falta de Compromiso en la muestra de hombres control (n=58)

Falta de Compromiso			
PD	T	PD	T
5	39,2	31	88,3
6	41,1	32	90,2
7	43,0	33	92,1
8	44,9	34	94,0
9	46,8	35	95,8
10	48,7		
11	50,6		
12	52,4		
13	54,3		
14	56,2		
15	58,1		
16	60,0		
17	61,9		
18	63,8		
19	65,6		
20	67,5		
21	69,4		
22	71,3		
23	73,2		
24	75,1		
25	77,0		
26	78,9		
27	80,7		
28	82,6		
29	84,5		
30	86,4		

Tabla 66.- Puntuaciones directas y T de la escala total de alteración de la identidad en  
la muestra de hombres control (n=58)

IDQ									
PD	T	PD	T	PD	T	PD	T	PD	T
35	37,4	61	48,3	87	59,3	113	70,2	139	81,1
36	37,8	62	48,8	88	59,7	114	70,6	140	81,6
37	38,3	63	49,2	89	60,1	115	71,1	141	82,0
38	38,7	64	49,6	90	60,5	116	71,5	142	82,4
39	39,1	65	50,0	91	61,0	117	71,9	143	82,8
40	39,5	66	50,5	92	61,4	118	72,3	144	83,3
41	39,9	67	50,9	93	61,8	119	72,7	145	83,7
42	40,4	68	51,3	94	62,2	120	73,2	146	84,1
43	40,8	69	51,7	95	62,6	121	73,6	147	84,5
44	41,2	70	52,1	96	63,1	122	74,0	148	84,9
45	41,6	71	52,6	97	63,5	123	74,4	149	85,4
46	42,0	72	53,0	98	63,9	124	74,8	150	85,8
47	42,5	73	53,4	99	64,3	125	75,3	151	86,2
48	42,9	74	53,8	100	64,7	126	75,7	152	86,6
49	43,3	75	54,2	101	65,2	127	76,1	153	87,0
50	43,7	76	54,7	102	65,6	128	76,5	154	87,5
51	44,1	77	55,1	103	66,0	129	76,9	155	87,9
52	44,6	78	55,5	104	66,4	130	77,4	156	88,3
53	45,0	79	55,9	105	66,9	131	77,8	157	88,7
54	45,4	80	56,3	106	67,3	132	78,2	158	89,1
55	45,8	81	56,8	107	67,7	133	78,6	159	89,6
56	46,2	82	57,2	108	68,1	134	79,0	160	90,0
57	46,7	83	57,6	109	68,5	135	79,5	161	90,4
58	47,1	84	58,0	110	69,0	136	79,9	162	90,8
59	47,5	85	58,4	111	69,4	137	80,3	163	91,2
60	47,9	86	58,9	112	69,8	138	80,7	164	91,7

Tabla 66.- Puntuaciones directas y T de la escala total de alteración de la identidad en  
la muestra hombres control (n=58) (continuación)

IDQ							
PD	T	PD	T	PD	T	PD	T
165	92,1	191	103,0	217	113,9	243	124,9
166	92,5	192	103,4	218	114,4	244	125,3
167	92,9	193	103,9	219	114,8	245	125,7
168	93,3	194	104,3	220	115,2		
169	93,8	195	104,7	221	115,6		
170	94,2	196	105,1	222	116,1		
171	94,6	197	105,5	223	116,5		
172	95,0	198	106,0	224	116,9		
173	95,4	199	106,4	225	117,3		
174	95,9	200	106,8	226	117,7		
175	96,3	201	107,2	227	118,2		
176	96,7	202	107,6	228	118,6		
177	97,1	203	108,1	229	119,0		
178	97,5	204	108,5	230	119,4		
179	98,0	205	108,9	231	119,8		
180	98,4	206	109,3	232	120,3		
181	98,8	207	109,7	233	120,7		
182	99,2	208	110,2	234	121,1		
183	99,7	209	110,6	235	121,5		
184	100,1	210	111,0	236	121,9		
185	100,5	211	111,4	237	122,4		
186	100,9	212	111,8	238	122,8		
187	101,3	213	112,3	239	123,2		
188	101,8	214	112,7	240	123,6		
189	102,2	215	113,1	241	124,0		
190	102,6	216	113,5	242	124,5		

En la tabla 67 se muestran las puntuaciones directas y las puntuaciones T obtenidas en la muestra de mujeres con TLP. Respecto a las puntuaciones T del IDQ total, no hay ningún sujeto que puntúe una o más desviaciones estándar por debajo de la media, 4 mujeres obtienen puntuaciones +/- 1 desviación estándar respecto a la media, 5 mujeres obtienen 2 desviaciones estándar por encima de la media, 5 mujeres obtienen 3 desviaciones estándar por encima de la media, y 17 mujeres obtienen 4 o más desviaciones estándar por encima de la media. Respecto a los factores, solo en los factores inconsistencia y falta de compromiso se han obtenido puntuaciones por debajo de la media. En los cuatro factores la mayor proporción de puntuaciones ha estado situada 4 o más desviaciones estándar por encima de la media, excepto en el factor absorción de rol donde también se han encontrado puntuaciones medias, en igual proporción.

Tabla 67.- Puntuaciones directas y T de las escalas y del total del IDQ en la muestra de mujeres TLP

TLP	IDQ		AR		ID		I		FC	
	PD	T	PD	T	PD	T	PD	T	PD	T
1	60	51,4	10	41,5	14	53,0	14	52,6	17	75,0
2	178	115,9	40	98,1	54	133,0	44	109,2	23	93,7
3	93	69,4	25	69,8	24	73,0	13	50,7	20	84,3
4	98	72,1	19	58,4	29	83,0	16	56,4	11	56,2
5	108	77,6	11	43,3	37	99,0	28	79,0	23	93,7
6	48	44,8	11	43,3	11	47,0	9	43,2	5	37,5
7	204	130,1	39	96,2	56	137,0	49	118,6	35	131,2
8	119	83,6	28	75,4	37	99,0	20	63,9	16	71,8
9	122	85,3	23	66,0	40	105,0	27	77,1	23	93,7
10	119	83,6	16	52,8	18	61,0	42	105,4	27	106,2
11	107	77,1	28	75,4	20	65,0	13	50,7	26	103,1
12	188	121,3	46	109,4	46	117,0	42	105,4	32	121,8
13	88	66,7	18	56,6	31	87,0	18	60,1	13	62,5
14	174	113,7	30	79,2	46	117,0	38	97,9	33	125,0
15	165	108,7	33	84,9	45	115,0	44	109,2	32	121,8
16	63	53,0	16	52,8	19	63,0	7	39,4	16	71,8
17	143	96,7	17	54,7	48	121,0	38	97,9	25	100,0
18	102	74,3	18	56,6	28	81,0	23	69,6	16	71,8
19	52	47,0	10	41,5	9	43,0	11	46,9	5	37,5
20	137	93,4	34	86,7	35	95,0	31	84,7	26	103,1
21	87	66,1	28	75,4	24	73,0	19	62,0	5	37,5
22	189	121,9	36	90,5	49	123,0	44	109,2	34	128,1
23	82	63,4	24	67,9	16	57,0	18	60,1	10	53,1
24	87	66,1	16	52,8	26	77,0	21	65,8	13	62,5
25	155	103,3	46	109,4	41	107,0	28	79,0	29	112,5
26	196	125,7	48	113,2	48	121,0	39	99,8	35	131,2

Tabla 67.- Puntuaciones directas y T de las escalas y del total del IDQ en la muestra de mujeres TLP (continuación)

TLP	IDQ		AR		ID		I		FC	
	PD	T	PD	T	PD	T	PD	T	PD	T
<b>27</b>	201	128,4	49	115,0	47	119,0	48	116,7	35	131,2
<b>28</b>	149	100,0	28	75,4	32	89,0	37	96,0	23	93,7
<b>29</b>	127	88,0	26	71,6	35	95,0	31	84,7	15	68,7
<b>30</b>	165	108,7	38	94,3	45	115,0	32	86,6	25	100,0
<b>31</b>	157	104,4	35	88,6	42	109,0	34	90,3	27	106,2
<b>32</b>	218	137,7	55	126,4	56	137,0	49	118,6	35	131,2
<b>33</b>	107	77,1	25	69,8	11	47,0	34	90,3	29	112,5
<b>34</b>	188	121,3	37	92,4	54	133,0	44	109,2	30	115,6
<b>35</b>	165	108,7	35	88,6	41	107,0	38	97,9	25	100,0
<b>36</b>	126	87,4	36	90,5	28	81,0	24	71,5	23	93,7

## **2.10.- Discusión del estudio 1**

---

### **2.10.1.- Proceso de traducción y adaptación y validez de contenido de la versión española del IDQ**

En el presente trabajo se ha obtenido la versión española del IDQ mediante el método *back-translation* (Brislin, 1970, 1986). Este sistema de traducción es un protocolo metodológico que aporta los pasos para la aplicación de criterios de calidad y de rigurosidad en la adaptación de los ítems. Del mismo modo, se garantiza que el IDQ contiene el constructo teórico y clínico diseñado por los autores para la versión americana del instrumento. Este método se hace imprescindible para poder utilizar el IDQ en futuros estudios multilingües posteriores.

En la versión española de la prueba se mantienen respecto a la versión original el mismo número de ítems y alternativas de respuesta. En cuanto al nombre del instrumento, también lo hemos traducido, en el caso de las siglas preferimos quedarnos con las de la versión inglesa, para facilitar la comunicación entre clínicos e investigadores.

En el estudio original, el IDQ es completado por informadores expertos que conocían bien a los pacientes, con un promedio de 18 años de experiencia, y habían visitado a los pacientes en un promedio de 53 sesiones, atendidos hasta 2 años de tratamiento (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En el segundo estudio de Westen y colaboradores, los profesionales también contaban con una media de 18 años de experiencia, con más de 6 horas de contacto clínico con el paciente pero con menos de 2 años de tratamiento (Westen et al., 2011). En nuestro estudio hemos modificado la consigna de aplicación para que el cuestionario pueda ser implementado en la práctica clínica no solo de los

profesionales de la salud mental de unidades específicas y de tratamiento de las personas con TLP sino también en relación a la práctica relacionada con el diagnóstico o los tratamientos más focalizados o de terapia más breve. En nuestro estudio hemos realizado una prueba piloto con un grupo pequeño de participantes. Tres profesionales respondieron al IDQ en base a 13 de sus pacientes, informando que en su práctica clínica habitual en la sanidad pública, no inciden, por ejemplo, en aspectos tan concretos como las experiencias de epifanía o los cambios en las orientaciones políticas, a no ser que estas sean verbalizadas espontáneamente. Esto nos indica que es posible una modificación de la consigna en el sentido de que el profesional no debe contestar el cuestionario de modo unilateral en base al paciente, sino que podría ser más adecuado que fuera contestado por el usuario junto con la supervisión del terapeuta. Con la finalidad de un cambio en las estrategias de obtención de la respuesta a los ítems, hemos realizado varias modificaciones. Así, en 27 de los 35 se ha eliminado la coletilla “el paciente” como se puede ver en el apéndice 2. Creemos que esta modificación aumenta el número de contextos y profesionales en los que el IDQ puede ser aplicado, al tiempo que garantiza que los componentes del cuestionario, al ser consensuados con el paciente, reflejan el estado real de su trastorno de la identidad.

En el estudio original de Wilkinson-Ryan y Westen, la mayoría de los especialistas que participaron informaron una orientación psicodinámica primaria, pero ni esto ni la disciplina (psicólogos, psiquiatras, y trabajadores sociales) pudieron predecir los puntajes de ningún factor (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En el segundo estudio de Westen y colaboradores, los profesionales fueron únicamente psicólogos y psiquiatras, y estaban formados en varias orientaciones teóricas: más de la mitad de tipo ecléctica, seguidos por cognitivo-conductual y psicodinámica (Westen et al., 2011). En nuestro caso, los

profesionales evaluadores se han compuesto exclusivamente por psicólogos especialistas en psicología clínica, con orientación integradora. Pensamos que para la aplicación de este cuestionario no se requiere de una formación teórica específica en ninguna corriente psicológica, ni de un entrenamiento para el personal para poder administrar la escala IDQ. Como decíamos cuando describimos este instrumento, el hecho de que el IDQ sea congruente con una concepción de la identidad más próxima a criterios clínicos del DSM con una formulación libre de un sesgo por contenidos teóricos determinados, que a una orientación o corriente psicológica determinada, facilita que pueda ser aplicado por profesionales sin una formación exclusiva o específica en un modelo. Sin embargo, es preciso destacar, igualmente, que consideramos que el IDQ debe ser una herramienta de uso clínico, por lo tanto, utilizado por un especialista de la psicología o psiquiatría. Nuestra recomendación general sería que el clínico pudiera aplicar los ítems conjuntamente con el paciente para indagar sobre los aspectos de su propio *self* mediante ejemplos concretos mostrados por la persona, o propuestos por el terapeuta experto.

Estudios previos que han utilizado el IDQ para sus investigaciones concluyen que se puede realizar tanto de forma autoadministrada (Breu, Guggenbichler, Wollmann, y Lovasz, 2008) como heteroadministrada (Gazzillo et al., 2013; Ghaffari Nejad et al., 2010; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), con una adecuada clarificación de los ítems.

La mayoría de ítems no presentó dificultades en la traducción por estar escritos en un lenguaje sencillo con mínima jerga especializada, por ejemplo, esto es el caso de los ítems 8 y 21. El ítem 8 ofrece pocas posibilidades de elección entre las diferentes alternativas de traducción (“se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de “con quien esté” “con quién se encuentre”). Y el ítem 21 muestra pocas diferencias de significado entre las distintas opciones de traducción (“se define”, “se autodefine”, “se define a sí

mismo” en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad”. Por el contrario, el ítem 4 y 24, a modo de ejemplo, fueron dos ítems que fueron especialmente problemáticos de traducir y adaptar, con diferencias de significado entre la versión final respecto a la primera versión seleccionada de la traducción. En el ítem 4, los traductores de la primera versión ofrecieron 4 posibilidades diferentes (“no parece tener un conjunto de valores nucleares” “no da la impresión de que tenga un grupo de valores nucleares constantes” “no parece tener un conjunto de valores centrales constante” y “no parece tener un conjunto constante de valores fundamentales”). Y en el ítem 24, sucede algo parecido, en que se ofrecen distintas posibilidades de traducción (“tiende a sentir un “falso yo”, “una identidad falsa”, “suele sentirse como un “falso yo”, “cuya representación social no coincide con su experiencia interna”, cuya persona social no coincide con su experiencia interior”, cuya persona social no se corresponde con la experiencia interior”, “cuyo personaje social no coincide con la experiencia interna”).

En población adolescente, uno de los cuestionarios que ha sido más validado a nivel internacional a otras culturas y entornos y en los que ha sido más estudiada la validez de contenido es el AIDA. Por mencionar algunos, el AIDA de Bosnia y Herzegovina, ha tenido que adaptar algunos modismos por no existir en el idioma (Kravic, 2013). En el AIDA griego 15 de los 58 elementos tuvieron que ser cambiados o reformulados para capturar el contenido equivalente con una redacción diferente en la cultura griega (Milidou, 2013). En el AIDA mejicano, algunos ítems no cumplieron con todos los criterios para la equivalencia de la prueba y, por lo tanto, debieron reformularse, teniendo en cuenta la cultura mexicana, y pone evidencia de que las diferencias culturales, incluso las presentes en los diversos países de habla hispana, deben modelarse cuidadosamente (Kassin, De Castro, Arango, y Goth, 2013). En la versión albanesa del AIDA kosovar,

aplicada a una muestra clínica y comunitaria, se tuvieron que cambiar siete ítems después de la prueba piloto para mejorar las propiedades psicométricas, y se modificó la formulación de algunos ítems para mejorar la comprensión y/ o la probabilidad de respuestas sintomáticas (Uka y Deva, 2013). En el AIDA Búlgaro, seis ítems tuvieron que reformularse, y cuatro cambiarse ligeramente para mejorar la comprensión al considerar modismos específicos y aspectos específicos de la cultura, para alcanzar una verdadera equivalencia de contenido (Bistran, Polnareva, Avramova, y Terziev, 2015).

En cuanto al procedimiento de evaluación, registro, codificación, corrección e interpretación, el IDQ es más simple que en el caso de otros instrumentos. Respecto a la evaluación, formas de evaluación en formato de entrevista como es la Entrevista Estructural del Kernberg (O. Kernberg, 1984) y el IPOP-A (Ammaniti et al., 2012) que es la versión para adolescentes de la misma entrevista estructural, implican un instrumento que no está estructurado y con un tiempo de aplicación que oscila entre los dos y tres días. Estas entrevistas implican una mayor complicación en su aplicación al tener un formato de registro de las respuestas abierto que impide la estandarización y el cálculo estadístico de las respuestas. En cuanto al registro y codificación, el IDQ es menos complicado, que una entrevista estructurada, como la STIPO-R (Clarkin et al., 2016), que además, de ser de una longitud considerablemente extensa, requiere de una preparación previa del entrevistador para el aprendizaje en el registro y codificación. El IDQ también es más ameno en su administración que una entrevista semiestructurada, como el ISI (Marcia, 1966), que se puede llegar a tardar en administrar hasta media hora, y en el que se han de dominar las habilidades de entrevista para poder dirigir las respuestas.

En nuestro estudio, para simplificar la tarea de corrección, hemos facilitado una plantilla donde trasladar las respuestas numéricas, de forma que, en cinco columnas se

puedan sumar las escalas y los ítems que no pertenecen a ninguna escala por separado, y de la conjunción de estas escalas obtener la puntuación total. Este formato ayuda a poder llevar a cabo su interpretación de manera aún más sencilla, como se muestra en el apéndice 5.

En la interpretación el IDQ es más comprensible que los instrumentos que parten de modelos psicodinámicos (Briere y Runtz, 2002; Clarkin et al., 2016; Hurt et al., 1986; O. Kernberg, 1984b; Leichsenring, 1999), y de los modelos sociales de la psicología del desarrollo (Balistreri et al., 1995; Bennion y Adams, 1986; Berzonsky et al., 2013; Bosma, 1992; Marcia, 1966), en los que se ha de estar formado en el modelo en el que están sustentados.

### **2.10.2.- Cálculo de la fiabilidad y consistencia interna de la versión española del IDQ**

En la escala total del IDQ se ha obtenido una fiabilidad en un rango considerado excelente en la muestra clínica ( $\alpha= 0,93$ ) y en la muestra control ( $\alpha= 0,91$ ), datos que no podemos comparar con el estudio original puesto que estos no aportan el resultado del cálculo de la fiabilidad total del IDQ. Respecto a los factores, si comparamos nuestros resultados con los del estudio original de Wilkinson-Ryan y Westen (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), vemos que en su caso obtienen fiabilidades ligeramente más altas, en todos los factores. En nuestro estudio, para el cálculo de la fiabilidad hemos utilizado una muestra de 36 sujetos con TLP en el caso de la muestra clínica y una muestra de 195 sujetos en el caso de la muestra control, en ambas podemos decir que presentan un tamaño suficiente grande para obtener resultados significativos. Sin embargo, los autores no especifican el tipo de sujetos con los que ha estado formada la muestra de sus análisis de fiabilidad, esto es, si han utilizado el conjunto de la muestra total de 95 sujetos, la

submuestra de 34 sujetos con TLP o si han optado por utilizar una muestra conformada por los dos subgrupos de trastornos de la personalidad del estudio, el TLP y los otros trastornos de la personalidad que no incluían el TLP ( $n=20$ ), lo que habría dado un total de una muestra de 54 sujetos.

Nuestros resultados mostraron que la versión española del IDQ tuvo una fiabilidad en los factores de la muestra clínica en un rango moderado-alto ( $\alpha= 0,71$  a  $\alpha=0,88$ ) aunque algo más baja en la muestra control ( $\alpha= 0,64$  a  $\alpha=0,82$ ). Así, atendiendo al criterio de un valor igual o superior a 0,70 los valores de fiabilidad son satisfactorios en todos los factores de la muestra clínica y control, excepto en las escalas de absorción de rol ( $\alpha= 0,67$ ) y de falta de compromiso ( $\alpha= 0,64$ ) de esta última.

Estos resultados, con la muestra clínica, son similares a los obtenidos con la versión americana del IDQ con una fiabilidad en el rango de  $\alpha=0,82$  a  $\alpha=0,9$ . El que la fiabilidad de la muestra control haya resultado ser más baja, puede ser debido, en nuestra opinión, a varios motivos: uno de los motivos, es que el IDQ es una escala con pocos ítems, por lo tanto, la fiabilidad obtenida sigue siendo aceptable; otro de los motivos, es que es una escala eminentemente clínica y los sujetos controles no se identifican con los ítems como los sujetos límites, esto quiere decir, que el IDQ no sería una escala para poder ser aplicada a la población general.

A nivel de análisis descriptivo, si observamos la muestra control, podemos ver que es una muestra en la que predominan personas que han realizado estudios secundarios o superiores, o están activas laboralmente, es por esta causa que creemos, que el constructo al que representa el factor falta de compromiso ( $\alpha= 0,64$ ) es el que es menos sólido o

consistente en la muestra de sujetos sanos, en el que se obtiene un valor de fiabilidad menor.

En concreto, si comparamos nuestros resultados de la muestra clínica con el primer estudio de Wilkinson-Ryan y Westen (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), obtenemos valores de fiabilidad ligeramente inferiores cada uno de los factores AR, ID, I y FC. En cambio, si comparamos con el segundo estudio de Westen y colaboradores (Westen et al., 2011), nuestros resultados implican una fiabilidad ligeramente inferior en AR y FC y superior en los factores de ID e I. Y si comparamos entre ellos, los dos estudios de Westen y colaboradores en el cuestionario de alteración de la identidad, es decir, el primer estudio de Wilkinson-Ryan y Westen (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) con el segundo estudio de Westen y colaboradores (Westen et al., 2011), los resultados del IDQ son superiores en todos los factores, AR, ID, e I, excepto en FC, respecto al IDQ-A. Esto en principio puede ser debido, a que aunque conceptualmente las escalas del IDQ y del IDQ-A son similares, se trata de dos cuestionarios distintos, con algunos ítems que coinciden en significado, pero con otros que son específicos para ser aplicados exclusivamente a la población a la que se dirigen en cada caso, adultos y adolescentes, respectivamente (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Es por eso, que la escala principal del IDQ-A es la de FC normativo más específica de una población con una identidad en desarrollo.

En ninguno de los dos estudios previos de Westen y colaboradores se ha publicado la fiabilidad de la puntuación total del IDQ (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En el estudio del que disponemos de la fiabilidad total es el de Neacsiu (Neacsiu et al., 2015), en su escala BIDS de 7 ítems extraídos del IDQ original, obtiene una fiabilidad del  $\alpha = 0,90$ . El IDQ y el BIDS son cuestionarios distintos para poder hacer

comparaciones entre ellos, ya que el BIDS es sólo una forma breve del IDQ, pero si comparamos nuestro estudio con el de Neacsiu (Neacsiu et al., 2015), nosotros obtenemos un fiabilidad superior ( $\alpha= 0,93$ ). De la BIDS, al no estar compuesta por factores, solo se puede obtener la fiabilidad total del conjunto de ítems. En nuestra opinión, la propuesta de Neacsiu y colaboradores (Neacsiu et al., 2015), podría ser una opción válida cuando se dispone de poco tiempo para la administración de escalas, pero más limitada y menos enriquecedora en cuanto al conocimiento e información que se extrae de los sujetos.

En cuanto a la fiabilidad por ítems, en la muestra de sujetos con TLP, los ítems que menos peso aportan para el cálculo de la fiabilidad de la escala total son el ítem 1 que no pertenece a ningún factor y el ítem 35 de la escala AR con una correlación total menor a 0,20. Si de la escala total elimináramos el ítem 1 ( $r= 0,154$ ) la fiabilidad de la escala aumentaría hasta  $\alpha= 0,938$ , y si suprimiéramos el ítem 35 ( $r= 0,143$ ) la fiabilidad aumentaría hasta  $\alpha= 0,937$ . Eliminar estos ítems no aumentaría la fiabilidad en gran medida, e iría en detrimento de su validez de constructo y de contenido. Si estos ítems mantienen esta baja consistencia interna en otras poblaciones, y en el caso de una ulterior revisión del test, su contenido podría ser revisado.

El ítem 1 (“la identidad se centra en no ser como otra persona”) muestra problemas para la comprensión del significado en sí mismo, es por eso que creemos que es un ítem que perjudicaría al constructo que pretende medir, a no ser que sea bien explicado. Este ítem no pertenece a ninguno de los factores. Respecto, al ítem 35 (“el paciente “muestra” su identidad de formas que parecen poco habituales o desviadas (por ejemplo, múltiples tatuajes, *piercings*, estilo o color de pelo muy peculiares)”, opinamos que desde el sentido común no es patológico ya que implica unos contenidos normalizados desde hace unos años. Sin embargo, como expondremos a continuación, este ítem, a pesar de su baja

correlación con el resto de los ítems de la escala, discriminó significativamente pacientes de controles sanos. En relación a la escala a la que pertenece que es AR, el ítem 35 tampoco funciona bien ( $r=0,054$ ), si lo suprimiéramos la fiabilidad aumentaría a  $\alpha=0,749$ . Aunque los ítems 1 y 35 tienen una fiabilidad más baja y no discriminan tan bien como el resto se comportan mejor en la población control, lo que probablemente sea debido al mayor tamaño de la muestra.

Otros ítems que aportan poco peso a la consistencia interna de la escala total, en la población de sujetos con TLP, son el 31 ( $r=0,231$ ) de la escala AR (“experiencias de epifanía”), 32 ( $r=0,270$ ) de la escala AR (“identificarse con un grupo poco común dado su sexo, raza o etnia”), y 34 ( $r=0,284$ ) que no pertenece a ninguna escala (“recuerdos solo accesibles bajo determinados estados”). Si lo suprimiésemos la fiabilidad aumentaría hasta  $\alpha=0,936$ .

Un ítem que no pertenece a ninguna escala y que discrimina poco en ambas muestras es el ítem 7 (“parece estar en conflicto o inseguro acerca de si es heterosexual, homosexual o bisexual”), con valores de consistencia interna de  $r=0,204$  en población clínica y de  $r=0,204$  en población control.

Por el contrario, un ítem que aumenta la consistencia interna de la escala, en la muestra de sujetos que padecen TLP es el 27 ( $r=0,854$ ) del factor Inconsistencia, ya que define claramente el concepto de alteración de la identidad (“las ideas del propio Yo cambian rápida e impredeciblemente”).

En la población control, los ítems que aportan menos peso a la consistencia interna de la escala total son el 5, 7, 12 y 23. El ítem 5 de la escala FC ( $r=0,239$ ) (“dificultades para elegir y comprometerse con una ocupación”), si lo eliminásemos la fiabilidad aumentaría

hasta  $\alpha = 0,915$ . El hecho de que este ítem discrimine poco puede ser en parte porque la muestra de sujetos control es una muestra que estuvo formada en una parte por estudiantes universitarios. El ítem 12 ( $r = 0,228$ ) (“las creencias políticas han cambiado con frecuencia o drásticamente”) de la escala AR, puede ser debido a nuestro propio entorno cultural y político no tan polarizado, más heterogéneo y variado que cuando se pregunta a los pacientes de Norteamérica. Si lo elimináramos la fiabilidad aumentaría hasta  $\alpha = 0,914$ . Otro ítem que aporta poco peso a la consistencia interna es el 23 ( $r = 0,294$ ) de la escala AR (“en conflicto sobre su identidad racial o étnica”), si lo eliminásemos la fiabilidad de la escala aumentaría hasta  $\alpha = 0,913$ . Puede ser debido también por el diferente entorno sociocultural español respecto al norteamericano, donde nuestra muestra sería más homogénea interracialmente.

Por escalas, en la población clínica, un ítem que aporta poco peso a la fiabilidad de la muestra clínica es el ítem 6 ( $r = 0,224$ ) de la escala AR (“en conflicto o inseguro acerca de su propio género”). Y en la población control, el ítem 5 de la escala FC es el único que mantiene un peso factorial por debajo de 0,3 ( $r = 0,279$ ).

El criterio adoptado de  $r \geq 0,2$  implica que todos los ítems tienen una discriminación aceptable, y de esta manera no eliminamos ítems, y mantenemos la estructura interna original. Incluso, adoptando un criterio más estricto y exigiendo más consistencia interna a los ítems del test, la mayoría de ítems supera el 0,3. Aunque hay ítems con los que se disminuye la consistencia interna, la homogeneidad de la escala y en definitiva la fiabilidad de contenido de la escala, se ha optado por mantener el número de ítems de la escala original para respetar la amplitud clínica del constructo original del IDQ.

### **2.10.3.- Replicación de factores y validez de constructo de la versión española del IDQ**

Para disponer de un tamaño de muestra aceptable en un análisis exigente como es el análisis factorial optamos por hacer los análisis con una muestra mixta de 36 personas con TLP y 195 voluntarios sin enfermedad, y en total contamos con un tamaño de 231 sujetos. En el estudio original para disponer de una tamaño de muestra aceptable también utilizaron una muestra mixta de sujetos TLP (n=34), otros TPs (n=20), y no TPs (n=41) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Por eso es que pensamos que en nuestro caso, juntar ambas muestras ha permitido realizar los análisis que mejor replican al modelo original.

#### **2.10.3. a.- Análisis Factorial Exploratorio de la versión española del IDQ**

Los autores, después de realizar el análisis factorial de componentes principales, deciden mantener 5 ítems en el conjunto del cuestionario, aunque estos no pertenecen a ninguna de las escalas del IDQ. Nosotros, inicialmente realizamos varios análisis factoriales exploratorios, sin forzar la solución de cuatro factores, con y sin los 5 ítems. Posteriormente, se realizó un análisis forzando los factores mediante rotación ortogonal varimax con la finalidad de analizar cómo se distribuía el peso de los distintos ítems, y comprobar si esos ítems podían ser redistribuidos en las escalas, o por el contrario, tener un contenido homogéneo y formar otras escalas o una única escala.

Así, de los resultados obtenidos, tanto si nos guiamos de la covarianza obtenida en las correlaciones entre ítems, como de la varianza explicada por cada factor, podemos concluir que si extraemos del análisis los ítems que los autores de la escala original no incluyen en ningún factor, con un número menor de factores habría suficiente para representar el contenido que explica el constructo. Según las correlaciones entre los ítems

se observa visualmente que con dos factores casi sería suficiente. Uno formado por la identidad de género/orientación sexual, identidad “mala”, la necesidad de una etiqueta de identidad, y la identidad racial o étnica, y otro con el resto de ítems, además del ítem 12 sobre identidad política.

De acuerdo a los modelos explicados por el porcentaje de varianza acumulada según los distintos factores, obtenemos varias soluciones posibles. La primera solución, sin forzar el número de factores, sería la de un único factor, esto lo podríamos hacer si eliminásemos del cuestionario el ítem 6 sobre identidad de género, el ítem 7 sobre orientación de género, y el ítem 12 sobre orientación política. Otra estructura viable sería plantear la existencia de dos factores, eliminando el ítem sobre orientación política, y optando por un segundo factor con tan solo dos ítems sobre la identidad/orientación sexual.

Cuando forzamos la solución de cuatro factores sucede lo mismo ya que el ítem sobre orientación política no tiene peso en ningún factor, y los ítems sobre identidad/orientación sexual, conforman un factor junto con el ítem 22 sobre identidad “mala”. En este caso la absorción de rol constituye un factor, la incoherencia dolorosa otro, y la inconsistencia y la falta de compromiso aparecen en unidos en un único factor.

En cambio, según el punto de corte marcado por el gráfico de sedimentación en la muestra de sujetos no pacientes, podríamos llegar a una solución de 6 factores: el primer factor estaría compuesto por ítems de la absorción de rol que aparece relacionada con la incoherencia dolorosa; el segundo factor, lo compondrían los ítems de la escala inconsistencia junto con los ítems de la escala falta de compromiso; el tercer factor estaría compuesto por los ítems sobre experiencias religiosas (ítem 30), de epifanía (ítem 31), y

de pertenencia a la identidad sexual, étnica y racial (ítem 32); el cuarto factor estaría formado por los ítems de identidad/orientación sexual (ítems 6 y 7) e identidad “mala” (ítem 22); el quinto factor lo compondrían el ítem 1 (“identidad centrada en no ser como otra persona”), el ítem 2 (“identidad camaleónica”), y el ítem 13 (“confusión de los pensamientos con los demás”); y por último el sexto factor sería el ítem 12 sobre la orientación política.

Sin forzar el número de factores, sin incluir los 5 ítems que no se asignan a ninguno de los factores, eliminando el ítem 12 sobre orientación política, obtenemos una solución de un factor, y si mantenemos el ítem 12, obtenemos una solución de dos factores, siendo el ítem 12 el único componente del segundo factor.

Si forzamos la solución de 4 factores sin incluir los 5 ítems que en el estudio original no tuvieron peso factorial en ningún factor, de la misma manera aparecen relacionados los factores absorción de rol e incoherencia dolorosa en un único factor, y la inconsistencia y falta de compromiso en otro. Por otro lado, aparece otro factor sobre las experiencias religiosas, de epifanía, y la identificación poco común con la identidad sexual, racial, y étnica, y otro formado por ítems sobre la confusión de los propios pensamientos con los de los demás, identidad camaleónica, sentimientos sobre sí mismo cambiantes, y la orientación política.

En la literatura hay estudios, en población adolescente, que optan por soluciones de un número más reducido de factores. Goth y colaboradores (Goth et al., 2012), para la prueba AIDA propone un modelo global de dos polos “integración/ difusión de la identidad”, y dos factores primarios “continuidad/ discontinuidad” e “coherencia/ incoherencia”. Estos dos factores, a su vez se subdividen en tres componentes secundarios. La escala de

continuidad/ discontinuidad de la identidad se divide en: 1) “estabilidad en objetivos/ falta de perspectiva, 2) estabilidad en roles/ falta de afiliación, y 3) autoreflexión emocional positiva/ desconfianza en estabilidad emocional”. Y la escala de coherencia/ incoherencia de la identidad se divide en: 1) imagen consistente del *self*/ contradicción, 2) autonomía del yo/ sobreidentificación o sugestionabilidad, y 3) autoreflexión cognitiva/ representaciones difusas. El modelo de Goth y colaboradores, nos parece muy útil para poder evaluar la identidad del adolescente que sufre de TLP, pero está limitado por el rango de edad que abarca que es desde los 12 a los 18 años y por tanto no se puede utilizar en población adulta. Berman y colaboradores (Berman et al., 2004), asumen que, para el cuestionario IDS, la identidad se compone de tres factores: angustia, incomodidad e interferencia. Por su parte, Berzonsky y colaboradores (Berzonsky et al., 2013) proponen para el ISI-5 un modelo de tres factores: estilo informativo, normativo, y de evitación difusa. Y Kaufman y colaboradores (Kaufman et al., 2015), para el SCIM también proponen un modelo de tres factores, según la identidad esté consolidada, perturbada, o ausente, aunque no aportan información sobre qué componentes concretos componen la identidad.

En población adulta disponemos de modelos que proponen un número menor de factores. Así, Neacsiu y colaboradores (Neacsiu et al., 2015) para el BIDS, defienden un modelo de un único componente de la alteración de la identidad, que explicaría el 62% de la varianza (con pesos factoriales que fueron desde 0,62 a 0,87 en los siete ítems que componen la escala). Y en el PSQ, en su versión italiana, se analizó la validez de constructo en una muestra clínica (n= 237) y comunitaria (n= 296), obteniéndose una estructura de 3 factores: diferentes estados del *self*, variabilidad del estado de ánimo y pérdida de control del comportamiento (Berrios, Kellett, Fiorani, y Poggioli, 2016).

Del mismo modo, hay autores que optan por soluciones con un mayor número de dominios pero la mayoría se centra en aspectos del desarrollo infantil y adolescente. En el modelo de Bennion y Adams (Bennion y Adams, 1986) el instrumento diagnóstico EOM-EIS-II se compone de 7 escalas. El GIDS de Bosma y colaboradores (Bosma et al., 2012) está formado por 6 escalas. El IPO-CH/A de Clarkin tiene 5 escalas (Biberdzic et al., 2013). Por su parte, la versión alemana del IPO-A reveló una estructura de cinco factores: difusión de identidad, pruebas de realidad, mecanismos de defensa, agresión e inestabilidad de objetivos (Rodríguez, Rostami, Walter, Bender, y Krischer, 2018). Finalmente, el DIDS mostró un ajuste significativamente mejor, con un modelo de 6 factores, en vez de 5 (exploración en amplitud, toma de compromisos, exploración reflexiva, exploración en profundidad e identificación con compromisos), con el factor “exploración en profundidad” dividiéndose en “exploración en profundidad” y “reconsideración del compromiso” (Mastrotheodoros y Motti-Stefanidi, 2017).

Para población adulta algunos autores también defienden modelos con un mayor número de factores. El FIS de Serafini y Adams (Serafini y Adams, 2002), según los análisis factoriales, se compone de 5 escalas. Y en la versión italiana del FIS la opción de 5 factores resultó ser consistente en todos los grupos de género y edad, aunque una versión revisada con tres elementos adicionales, podría ser útil para mejorar la confiabilidad de la escala (Crocetti, Sica, Schwartz, Serafini, y Meeus, 2010).

Morey y colaboradores (Jackson & Trull, 2001; Morey, 1991), en el PAI-BOR, modifican el modelo inicial de cuatro factores (inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones negativas y autolesiones) por un modelo posterior de seis factores (falta de control, inestabilidad anímica, vacío crónico, preocupaciones de separación, relaciones negativas y gastos imprudentes).

### **2.10.3. b.- Análisis Factorial Confirmatorio de la versión española del IDQ**

Según el estudio original, la construcción clínica de la alteración de la identidad ha estado relativamente mal definida, ya que ninguna teoría compartida anteriormente hubiera predicho la existencia de cuatro factores ortogonales en la alteración de la identidad, o que la inconsistencia o incoherencia subjetiva y objetiva no estuvieran correlacionadas entre sí (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

No obstante, en nuestro estudio, la decisión de optar por la solución de 4 factores es tomada en base a que, en general, podemos decir que los resultados para el modelo en el análisis resultaron favorables. Se obtuvieron pesos factoriales por encima de  $\geq 0,5$  en todos los ítems (excepto en el ítem 12 que fue por encima de  $\geq 0,3$ ), como los autores de la versión original del test que, de hecho, emplearon como criterio el valor de  $\geq 0,5$  (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) y se lograron obtener tres valores aceptables en los índices descritos (RMSEA, CFI y TLI) con excepción del  $\chi^2$  y el índice SRMR. Estos resultados no del todo coincidentes ponen en evidencia que recurrir a un solo índice o incluso a dos de ellos no sería una estrategia apropiada para juzgar y validar el modelo, sino que resulta más apropiado emplear un conjunto de índices que permitan hacer una valoración más completa. Según estos resultados se confirmaría la validez de constructo o estructura conceptual del IDQ. Es por eso que optamos por mantener la misma estructura factorial de cuatro dimensiones y respetar el constructo original de los autores, replicado, en sus respectivos estudios, con adultos y adolescentes (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Para resumir, nosotros nos decantamos por la estructura de cuatro factores de la alteración de la identidad, que se ha visto replicada en población adolescente (Westen et

al., 2011). No obstante, tras el exhaustivo estudio de la alteración de la identidad en el IDQ vemos que en la construcción del IDQ se han empleado diferentes tipos de constructos en la formulación del *self*, tales como identidad de género, identidad racial, identidad religiosa, identidad política, identidad profesional, por mencionar algunos, que podrían en sí mismo formar escalas independientes, como lo hacen algunos de los cuestionarios creados para población adolescente (Balistreri et al., 1995; Bennion y Adams, 1986). No dejamos de señalar que la interpretación más sencilla del cuestionario de alteración de la identidad es en base a la puntuación total del IDQ, contemplando la identidad perturbada desde una perspectiva global y unificada.

#### **2.10.4.- Estadísticos descriptivos, validez discriminante, y tipificación de la versión española del IDQ**

Dado la extensión de este apartado, vamos a diferenciarlo en tres sub-apartados; comparación de medias entre las muestra de sujetos TLP y control, española y americana; validez discriminante de los ítems, los factores y el IDQ total respecto a las muestras de sujetos TLP y control; y tipificación de la muestra control.

##### **2.10.4. a.- Comparación de medias entre las muestras de sujetos TLP y control, española y americana**

Nuestros resultados muestran que los estadísticos descriptivos, cuando son comparados con los obtenidos en pacientes con TLP en la versión americana original del instrumento (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), implican valores medios similares, aunque con algunas excepciones.

En lo que respecta a los factores, en nuestro caso, el factor ID ( $\bar{x} = 34,5$ ), es el que mejor representa a los sujetos con TLP y el que menos la FC ( $\bar{x} = 22,7$ ) en el sentido que

las mujeres con TLP han obtenido puntuaciones medias más elevadas en incoherencia dolorosa y en puntuado en menor grado en la falta de compromiso. Esto es igual, en comparación con los hallazgos de Wilkinson-Ryan y Westen, en que el factor más elevado en el TLP fue la ID y la FC el que menos (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Nuestros valores descriptivos son diferentes a los obtenidos por Ghaffari y colaboradores, en que el factor más alterado en los pacientes TLP fue la I, y el menos alterado fue la AR (Ghaffari Nejad et al., 2010).

En nuestro caso, hemos obtenido una puntuación inferior ( $\bar{x} = 34,5$ ) a la obtenida en la versión americana del IDQ ( $\bar{x} = 40,2$ ), lo que podría deberse a una probable mayor gravedad de los pacientes con TLP de la muestra utilizada según los nueve criterios positivos para el diagnóstico del TLP según el DSM-IV ( $\bar{x} = 7,4$ ;  $de = 1,4$ ) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Por el contrario, en la muestra española hemos obtenido un valor ligeramente superior en FC ( $\bar{x} = 22,7$ ;  $de = 9,1$ ), respecto a la americana ( $\bar{x} = 20,8$ ;  $de = 9,3$ ) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Pensamos que esto puede ser debido a que en nuestro entorno hay más políticas de protección al desempleo y a la desocupación laboral.

En cambio si comparamos el factor FC de la muestra de TLP española respecto a la muestra control española, vemos que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con TLP de los sujetos controles ( $Z = -6,72$   $p < 0,001$ ). Estos resultados son similares a los obtenidos por el estudio de Jørgensen, en que se evaluó el estilo de identidad con el instrumento ISI en un grupo de pacientes mujeres con TLP ( $n = 66$ ) y en un grupo control de mujeres estudiantes de psicología ( $n = 65$ ). Los resultados mostraron que el estilo difuso-evitativo fue significativamente más alto en el grupo con TLP (59%), frente al del grupo control (12%). Las respuestas más maduras y adaptativas en el

cuestionario ISI fueron significativamente mayores en el grupo control siendo el nivel de compromiso significativamente menor en el grupo de TLP (Jørgensen, 2009).

Respecto a las pequeñas diferencias encontradas en ítems, en concreto, por mencionar, el ítem 23 de la escala AR “Aparece en conflicto sobre su identidad racial o étnica (por ejemplo, la rechaza totalmente o bien se auto-define principalmente en base a ella)”, mostró en nuestro estudio valores algo más bajos tanto en la población española clínica como en la control, respecto a la americana. Pensamos que esto puede ser debido al contexto intercultural e interracial de la población americana respecto a nuestra muestra que es predominantemente de origen caucásico. No obstante, en nuestro estudio, cuando comparamos con la muestra de 75 mujeres estratificada en base al género y la edad, encontramos diferencias entre la muestra de sujetos TLP y la control en el ítem 23 ( $z = -3,66$   $p < 0,001$ ). No es así en el ítem 32 de la escala AR “Se identifica a sí mismo principalmente con un grupo que parece poco común dado su sexo, raza o etnia” ( $Z = -1,65$   $p < 0,097$ ), en que no se observan diferencias entre la muestra americana y la española, ni entre sujetos TLP y controles, ni después de la estratificación.

#### **2.10.4. b.-Validez discriminante de los ítems, los factores y el IDQ total respecto a las muestras de sujetos TLP y control.**

Al comparar los resultados de ambos grupos de muestras, TLP versus control, el IDQ diferencia la población clínica y la población control.

A nivel cualitativo, se puede observar que en la muestra de sujetos con TLP hay más cantidad de mujeres solteras (52%) y divorciadas (31%), con estudios secundarios (55%) y primarios (36%), sin empleo (59%) y activas (38%). Y en la muestra de no pacientes hay más sujetos solteros (61%) y en pareja (36%), con estudios secundarios (60%) y

superiores (31%), y activos laboralmente (51%) y sin empleo (41%). Esto nos indica que la muestra de pacientes, es una población con una funcionalidad más baja a nivel académico- laboral e interpersonal que en el caso de los sujetos no pacientes, con un nivel de estudios finalizados más elevado, mayor implicación laboral, y menor número de separaciones o divorcios. Esta diferencia en funcionalidad es lógica, dado que, parte de la muestra control que ha participado eran estudiantes universitarios.

Respecto a la puntuación total del IDQ obtuvimos una diferencia de medias significativa entre la muestra clínica de TLP y la control ( $z = -7.35$   $p < 0,001$ ). Estos resultados son concordantes con un estudio previo en el que, pacientes ambulatorios con TLP, mostraron una puntuación más alta en el PAI-BOR en la escalas de problemas de identidad, y autolesión en comparación con una muestra clínica sin TLP (Stein, Pinsker-Aspen, y Hilsenroth, 2007).

En el estudio Westen y colaboradores los especialistas calificaron la presencia o ausencia del criterio de alteración de la identidad según el DSM-IV, lo que dividió a los pacientes en dos grupos, con y sin alteración de la identidad. De los 35 ítems del cuestionario, 28 discriminaron significativamente entre pacientes con y sin alteración de la identidad (pruebas t de dos colas, nivel 0,05), 32 ítems distinguieron a sujetos con TLP de aquellos sin TP; y 17 ítems diferenciaron a los sujetos con TLP de aquellos con otros TPs. En nuestro caso, hemos llevado a cabo también una comparación de medias de cada ítem para determinar qué ítems distinguirían a los pacientes con TLP. De los 35 ítems del IDQ, 31 diferenciaron sujetos TLP de sujetos no pacientes. Los ítems que no fueron capaces de diferenciar entre ambas poblaciones fueron: el 7 que no pertenece ninguna escala (“parece estar en conflicto o inseguro acerca de si es heterosexual, homosexual o bisexual), el 12 de la escala AR (“las creencias políticas han cambiado con frecuencia o

drásticamente”), el 30 de la escala AR (“ha tenido experiencias religiosas dramáticas que siente que han cambiado su vida...”), y el 32 de la escala AR (“se identifica a sí mismo principalmente con un grupo que parece poco común dado su sexo, raza o etnia”). Este resultado es comentado a continuación con mayor extensión.

Según los autores de la versión original del IDQ, los 7 ítems que no predijeron el criterio de alteración de la identidad fueron ítems describían fenómenos inusuales, como por ejemplo el ítem 35, en que los sujetos respondieron con una puntuación de 1: “la identidad se muestra de formas que parecen inusuales o desviadas (múltiples tatuajes, *piercings*, peinados o colores de pelo peculiares)”. Los autores sustentan el contenido de este ítem ya que la apariencia desviada podría ser un indicador de alteración de la identidad en la población psiquiátrica o general, aunque no se habrían detectado diferencias dado el tamaño de la muestra no suficientemente grande (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En nuestro estudio, el ítem 35 ( $Z = -2,900$ ;  $p = 0,004$ ) ha sido capaz de diferenciar ambas muestras. Aunque como expusimos anteriormente, es un ítem que está algo desfasado para la sociedad actual, ya que años atrás podría estar relacionado con población más marginal, actualmente tatuarse o llevar *piercings* es algo común y generalizado. No obstante esta normalización de estas prácticas nuestros resultados apoyan su alta prevalencia en pacientes con TLP.

En la literatura existen estudios sobre aspectos relacionados con la apariencia desviada en la población psiquiátrica. En un estudio sobre el arte corporal, esta variable se asocia con un mayor riesgo de conductas autolesivas e intentos de suicidio (Solano et al., 2014). Investigaron la relación entre arte corporal, es decir, tatuajes y *piercings* e intentos de suicidio en 44 pacientes ( $n = 24$  mujeres) ingresados en la Clínica Psiquiátrica de Génova por un intento de suicidio. El 58,3% de los pacientes tenía un diagnóstico de episodio de

depresión mayor, el 41,6% de TP (TLP 72%; TP narcisista 34%; TP obsesivo-compulsivo 42% y TP paranoide 23%). El 75% de los pacientes con más de un tatuaje tuvieron un diagnóstico en los ejes I y II del DSM e intentaron suicidarse más de una vez. El 40% de la muestra tuvo un tatuaje y un tercio un *piercing*, cuya presencia en la población estadounidense de la misma edad se estima en un 26%. Sin embargo, estos resultados tuvieron una significación estadística limitada debido al pequeño tamaño de la muestra. Concluyeron que existe un vínculo particular mente-cuerpo que correlacionaría con los intentos de suicidio y el arte corporal en pacientes adultos (Solano et al., 2014).

En un estudio de caso único (Morioka, Ohkubo, y Amikura, 2014), en que una paciente inusual con dependencia a la cirugía estética/ plástica con TLP, se quitó ella misma los párpados superiores después de rechazarse su solicitud de revisión de blefaroplastia. Esta autolesión impulsiva se atribuyó a la ansiedad de lo que el paciente consideraba abandono por parte del cirujano. Solicitó la eliminación de tatuajes. En comparación con otros trastornos mentales, incluido el trastorno dismórfico corporal, la preocupación por la apariencia en el TLP es menos profunda y cambia de una parte del cuerpo a otra (Morioka, Ohkubo, y Amikura, 2014).

A continuación, se van a comentar los ítems 2, 3, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 27, 29, 33 y 34, que son otros ítems capaces de diferenciar entre sujetos con TLP y sujetos voluntarios sanos sin patología mental según los resultados en nuestro estudio en relación con los resultados encontrados en otros estudios.

La alteración de la identidad sexual y las relaciones homosexuales se han asociado con el TLP (Molina Ramos, Carrasco Perera, Pérez Urdaniz, y Sánchez Iglesias, 2002). La identidad de género, el sentido de identidad de una persona como hombre o mujer,

constituye un aspecto importante de la formación de identidad. En un estudio, se examinó la presencia de trastorno o confusión de identidad de género en 100 mujeres diagnosticadas con TLP. Las mujeres que informaron sobre una orientación sexual bisexual u homosexual tuvieron una puntuación significativamente más alta en la medida dimensional de la disforia de género que las mujeres que informaron sobre una orientación sexual heterosexual, y también recordaron un comportamiento significativamente del sexo apuesto durante la infancia (Singh, McMMain, y Zucker, 2011). En la misma línea, en otro estudio del mismo año, refieren que la alteración de la identidad en forma de sentido inestable de sí mismo podría ser la explicación de que los individuos de minorías sexuales (es decir, no heterosexuales) tuvieran mayor problemática en el uso de sustancias. Los autores examinaron las medidas la orientación sexual de mujeres ( $n = 16.629$ ) y hombres ( $n = 13.553$ ) consumidores de alcohol/ drogas ilícitas a lo largo de la vida. Los resultados mostraron que el aumento de la prevalencia de estas sustancias, así como una menor edad de inicio del consumo de alcohol entre las mujeres, se asoció con niveles elevados de alteración de la identidad, y asociación que se replicó en los encuestados de minorías sexuales masculinas (Talley, Tomko, Littlefield, Trull, y Sher, 2011). En nuestro estudio, en concordancia con estos dos estudios anteriores, el ítem 6 ( $Z = -3,55$   $p < 0,001$ ) de la escala AR (“Parece estar en conflicto o inseguro acerca de su propio género”) es un ítem que diferencia claramente entre sujetos TLP y controles. En discordancia de lo obtenido previamente (Singh et al., 2011; Talley et al., 2011), nuestro estudio no obtuvo diferencias entre las dos muestras en otro de los ítems sobre orientación sexual como es el ítem 7 ( $Z = -1,47$   $p = 0,141$ ) (“Parece estar en conflicto o inseguro acerca de si es heterosexual, homosexual o bisexual”), lo que podría ser debido al tamaño de la muestra.

Las diferencias significativas entre sujetos TLP y controles de la muestra española, del factor I ( $Z = -6,72$   $p < 0,001$ ), parecería estar apoyado por el estudio del “síndrome *bordeline* central” de Grinker (citado en Fossa, 2010), que se caracterizaba por sujetos que parecen conocer su identidad, pero no siempre su conducta es consistente con ella, mostrando muy poco compromiso con el otro, con depresiones, expresiones de rabia abiertas o actuadas y ausencia de una identidad consistente (Fossa, 2010). La inconsistencia, se muestra reflejada, predominantemente, en ítems entre otros, como el ítem 10 ( $Z = -4,86$   $p < 0,001$ ) (“se comporta frecuentemente de formas que parecen inconsistentes o contradictorias”), o el ítem 27 ( $Z = -5,43$   $p < 0,001$ ) (“Las ideas del propio Yo cambian rápida e impredeciblemente”). De la misma forma que lo hace la personalidad “como sí” de Grinker (citado en Fossa, 2010), en los que no hay indicación de un sentido de identidad bien desarrollado, las vidas de estos sujetos parecen haberse estructurado con reglas y regulaciones establecidas por otros, indicando así que no han establecido un sentido de identidad personal (Fossa, 2010). Este proceso se muestra en ítems como: el ítem 2 ( $Z = -3,82$   $p < 0,001$ ) (“La personalidad cambia drásticamente dependiendo con quién esté; la personalidad es camaleónica”), el ítem 3 ( $Z = -4,88$   $p < 0,001$ ), (“El sentido del Yo depende de la relación con otra persona carismática; tiende a girar en torno a una personalidad fuerte”), el ítem 8 ( $Z = -4,74$   $p < 0,001$ ) (“Se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté”), y el ítem 13 ( $Z = -2,93$   $p < 0,001$ ) (“Tiende a confundir sus propios pensamientos con los de los demás”) que diferencian claramente entre sujetos con TLP y controles.

En concordancia con estudios previos sobre la identidad narrativa como una continuidad personal del pasado, presente y futuro, y los recuerdos autobiográficos que generan un autoconcepto (Fuchs, 2007; Gold y Kyratsous, 2017; Jørgensen et al., 2012),

nuestros resultados, mediante el ítem 14 ( $Z = -5,10$   $p > 0,001$ ) (“Carece de un sentido de continuidad en el tiempo o tiene dificultad para recordar día a día lo que ha hecho”) implican una diferenciación significativa entre sujetos con TLP y control.

Del mismo modo, si comparamos nuestros resultados con estudios sobre coherencia narrativa, encontramos datos a favor, como en el ítem 29 (“Tiene problemas para contar la historia de su vida; sus narraciones tienen grandes lagunas o inconsistencias”) ( $Z = -4,20$   $p < 0,001$ ), en qué diferencia entre población control y clínica. Por ejemplo, la investigación empírica de Adler y colaboradores sobre la alteración de la identidad analizan entrevistas extensas de historias de vida en un grupo de 20 sujetos con características de TLP y 20 sujetos que no padecen el trastorno, encontrando que la coherencia narrativa distingue claramente a ambos grupos (Adler, Chin, Kolisetty, y Oltmanns, 2012). En la misma línea, otro estudio sobre el sentido de sí mismo alterado, realizado en 70 adolescentes hospitalizados con TLP y trastorno de identidad registrado en formato autoinformado directamente e indirectamente a través de narraciones incoherentes en la Entrevista de Apego Infantil, confirma que presentan niveles más altos de difusión de identidad y más bajos de coherencia narrativa de eventos pasados (Lind, Vanwoerden, Penner, y Sharp, 2019). Otro estudio previo en el que se había utilizado el IDQ apunta a ese mismo resultado encontrándose una asociación negativa entre los rasgos del TLP y la alteración de la identidad con la coherencia narrativa (Breu et al., 2008).

Otro ítem que mostró diferencias significativas entre sujetos TLP y control es el ítem 33 (“A veces se siente irreal”) ( $Z = -4,10$   $p < 0,001$ ) de la escala ID. El contenido de este ítem se asemeja al concepto de “*border psicótico*” de Grinker (citado en Fossa, 2010), ya que implica un deficiente sentido de identidad, deficiencias en el sentido de realidad, síntomas depresivos y afectividad negativa (Fossa, 2010).

En el presente estudio encontramos varios ítems con diferencias significativas entre sujetos con TLP y sujetos control que pondrían de manifiesto cómo la emoción del momento y el vínculo emocional con el otro, guían y dan sentido a la propia identidad. De estos, 3 ítems pertenecen al factor I: el ítem 2 (“la personalidad cambia drásticamente dependiendo con quién esté; la personalidad es camaleónica”) ( $Z = -3,82$ ;  $p = 0,000$ ); el ítem 3 (“el sentido del Yo depende de la relación con otra persona carismática; tiende a girar en torno a una personalidad fuerte ( $Z = -4,88$ ;  $p = 0,000$ ); el ítem 8 (“se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté”) ( $Z = -4,74$ ;  $p = 0,000$ ); y otro que no pertenece a ningún factor, el ítem 34 (“tiene recuerdos solo accesibles bajo determinados estados”) ( $Z = -5,49$ ;  $p = 0,000$ ). Si buscamos en la literatura encontramos un artículo que describe muy bien este fenómeno, sugiriendo que el núcleo emocional puede servir como un órgano de percepción que le da al individuo su relación principal con la realidad y un vínculo emocional con los demás (West, 2004). Se entiende que este núcleo emocional funciona de manera narcisista para preferir las experiencias de igualdad y en aversión a las experiencias de diferencia. Sin embargo, no existe un sentido estable y continuo del "yo" asociado con esta forma de funcionamiento, ya que el individuo está inmerso en el último afecto para entrar en la conciencia y, en consecuencia, llega a confiar intensamente en el otro para determinar su sentido de ser (el otro se convierte en un autorregulador). El desarrollo del funcionamiento del ego le da al individuo un sentido más estable y continuo de "yo" permitiendo que el individuo sea menos dependiente del otro y orientándolo a la realidad de una manera más adecuada a sus necesidades generales (West, 2004).

#### **2.10.4. c.- Tipificación de la muestra control**

Para la baremación se ha aplicado la fórmula para el cálculo de puntuaciones T en cada una de las posibles puntuaciones obtenidas, para que así yendo a la tabla sea más fácil de corregir y no haya que calcular cada resultado de cada sujeto que responda la escala de alteración de la identidad.

Nosotros pensamos que la puntuación de corte estimada inferida a partir de la puntuación obtenida en la muestra control de mujeres española podría ser de 76, siguiendo la norma de una desviación por encima de la media. Así una puntuación de 58 en la escala total se correspondería a una nota T de 50,3, siendo esta la media que obtiene el conjunto de sujetos de la muestra control en función del sexo y la edad. A partir de una desviación típica por arriba, con una puntuación T igual o superior a 60, que se correspondería a una puntuación de 76 podría ser considerada patológica, y por debajo de 76 nos indicaría la ausencia de alteración de la identidad. Puntuaciones directas inferiores a 41, que sería la puntuación correspondiente a una desviación típica por debajo de la media, no se considerarían como indicativas de alteración de la identidad. Únicamente las puntuaciones que estuvieran desviadas por encima reflejarían que el sujeto presenta problemas o dificultades en algunos aspectos concretos o dimensiones en particular de la identidad. Por ende, sería a partir de dos desviaciones estándares que la persona refiere graves o severas alteraciones de la identidad, con una puntuación estándar de 94 puntos.

En cuanto a las escalas, se considerarían puntuaciones patológicas obtener puntuaciones superiores a: absorción de rol más de 20 puntos, en incoherencia dolorosa más de 18 puntos, en inconsistencia más de 18 puntos y en falta de compromiso más de 13 puntos.

Por tanto, nos hemos planteado aventurarnos a clasificar las puntuaciones del IDQ a nivel cuantitativo- cualitativo, en función de un criterio dimensional de distribución de la normalidad, así, diremos que de 35 a 75 puntos (hasta + 1 de) no existe alteración de la identidad; de 76 a 93 puntos (+ 1 de) la alteración es leve o mínima; de 94 a 112 puntos (+ 2 de) la alteración es moderada; de 113 a 131 (+ 3 de) puntos la alteración es grave; y de 131 a 245 (+ 4 de) indica alteración de la identidad severa.

El hecho de haber obtenido puntuaciones ligeramente superiores en el grupo de mujeres respecto a los varones en todas las escalas y la puntuación total, excepto en absorción de rol, puede ser debido a diferencias en la asunción de roles de género propios del sexo femenino o masculino, y mayor implicación en estos por parte de los hombres. Pero puede ser un hallazgo espurio y no ser representativo por el reducido tamaño de la muestra. De la misma forma, estudios posteriores deberían analizar si estos hallazgos en la población general son iguales en la población clínica de sujetos TLP. En relación a esta comparación, que nosotros conozcamos, sólo un estudio previo encontró que en las mujeres con TLP era mayor el criterio de alteración de la identidad respecto al grupo de hombres con TLP. Las mujeres y los hombres no difirieron en el número medio de criterios de TLP en la Entrevista de diagnóstico para los Trastornos de la personalidad del DSM-IV (DIPD-IV): mujeres (media= 6,73; de= 1,37) y hombres (media= 6,31; de= 1,29), respectivamente ( $p > 0,01$ ). Pero proporcionalmente, se encontraron diferencias significativas únicamente en el criterio de alteración de la identidad: el 67,4% de mujeres (118 de una muestra de 175 mujeres) y el 47,7% de hombres (31 de una muestra de 65 hombres) ( $\chi^2 = 7,843$ ,  $p = 0,005$ ) (D. Johnson et al., 2003).

Las puntuaciones T obtenidas por nuestra muestra de mujeres con TLP implican un nivel de alteración de la identidad severo. La comparación de la muestra española con la

muestra americana con una media ligeramente superior a la nuestra (media= 82,1, de= 50,4) podría hacer que el punto de corte se situara 57 puntos de diferencia más elevados para considerarse patológico. Es decir que, a partir de 133 puntos que la identidad saldría alterada.

A continuación se muestran otros cuestionarios que han sido validados y cuentan con baremos.

En población adolescente, encontramos varios cuestionarios que cuentan con una validación. El EIPQ presentó pruebas de confiabilidad moderadamente alta y validez de constructo y validez concurrente mediante asociación con la entrevista de Marcia (Balistreri, Busch-Rossnagel, y Geisinger, 1995). El ISI-5 cuenta con buena fiabilidad test-retest y consistencia interna, validez convergente y discriminante (Berzonsky et al., 2013). Por su parte, la DIDS es adecuada para estudios de cambio longitudinal en el desarrollo de identidad (Mastrotheodoros y Motti-Stefanidi, 2017).

En población adulta, también existen cuestionarios sobre la identidad en que se ha llevado a cabo la validación y se han obtenido baremos. Un estudio investigó la confiabilidad entre evaluadores de la Entrevista Estructural de Kernberg diseñada para evaluar la organización de la personalidad neurótica, límite y psicótica en 69 pacientes. Se encontró una fiabilidad satisfactoria ( $K_{sw} = 0,42$ ; IC del 95%: 0,07 a 0,77). Los autores concluyeron que los especialistas capacitados en el diagnóstico de la organización estructural de la personalidad pueden utilizar de manera fiable esta entrevista (Ingenhoven et al., 2009). La versión inglesa de la STIPO en una muestra de 142 sujetos psiquiátricos, mostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,86 para la identidad; 0,85 para las defensas primitivas; y 0,69 para la prueba de realidad), con una

buena fiabilidad interevaluadores (coeficientes de correlación intraclase – CCI de 0,96 para la identidad; 0,97 para las defensas primitivas; y 0,72 para la prueba de realidad) y validez discriminante (Stern et al., 2010). El EOMS-EIS-II tiene adecuada validez convergente, discriminatoria, concurrente, predictiva y de consistencia interna (Bennion y Adams, 1986). El EOM-EIS cuenta con validez de constructo, en relación a la Escala de Sentido del *Self* (SOSS, de sus siglas en inglés *Sense of Self Scale*), la Escala de claridad de autoconcepto (SCCS, de sus siglas en inglés *Self-Concept Clarity Scale*), la Escala de autocontrol (SMS, de sus siglas en inglés *Self-Monitoring Scale*) (Ickes, Park, y Johnson, 2012). El BPI cuenta con buena consistencia interna ( $\alpha= 0,68 -0,91$ ) y fiabilidad test- retest ( $\alpha= 0,73 -0,89$ ) (Leichsenring, 1999). Los estudios con el FIS han demostrado que posee validez sustantiva (estructura de factores, consistencia interna y validez de constructo), y validez externa (Serafini y Adams, 2002). El IASC consta de buena consistencia/ confiabilidad interna y validez en muestras de población general, clínicas y universitarias (Briere y Runtz, 2002). El IDS tiene una alta consistencia interna ( $\alpha= 0,84$ ), y fiabilidad test-retest ( $r= 0,82$ ) (Berman, Montgomery, y Kurtines, 2004). En el SCIM se aprecia una alta consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach= 0,89), confiabilidad test-retest ( $\alpha= 0,93$ ,  $r= 0,88$ ; coeficiente de correlación intraclase= 0,88) y validez de constructo adecuada (Kaufman et al., 2015). El BIDS sostiene buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach= 0,82), y confiabilidad test-retest durante un período de 5 semanas (Pearson's  $r= 0,77$ ) (Herr et al., 2014 sin publicar). Y en un estudio posterior, el BIDS muestra una alfa de Cronbach excelente ( $\alpha=0,90$ ). La validez se estableció utilizando los ítems de alteración de la identidad y vacío del SCID-II (evaluados como parte del módulo de TLP), y las correlaciones de Spearman indicaron una validez convergente aceptable ( $\rho= 0,50$ ;  $\rho= 0,66$ , respectivamente,  $p<0,01$ ) (Neacsiu et al., 2015). Respecto al IDQ, en el estudio de Lovasz, el IDQ

obtuvo buena consistencia interna y validez predictiva y concurrente (Breu et al., 2008).

De la misma forma, también se han validado y estudiado las propiedades psicométricas de estos instrumentos sobre la alteración de la identidad en otros idiomas y culturas. Un instrumento que ha sido validado en población adolescente, es la versión alemana del IPO-A, que se midió en 144 pacientes hospitalizados con edades comprendidas entre 13 y 18 años y mostró consistencia interna y validez convergente, con correlaciones significativas con instrumentos de autoinforme juvenil bien validados que evalúan la patología de la personalidad y la psicopatología (Rodríguez, Rostami, Walter, Bender, y Krischer, 2018).

En población adulta, también se ha llevado a cabo la adaptación de instrumentos sobre la identidad a nivel intercultural. Las propiedades del FIS italiano, se analizaron en una muestra de 1.201 adolescentes tardíos y adultos emergentes. Consta con validez convergente, demostrada a través de asociaciones teóricamente consistentes entre las dimensiones FIS y las medidas de compromiso de identidad y sentido de coherencia (Crocetti, Sica, Schwartz, Serafini, y Meeus, 2010). El IPO ha sido validado en su versión italiana, se han evaluado las propiedades psicométricas en una muestra compuesta por 696 voluntarios no clínicos y 121 pacientes psiquiátricos. Los análisis factoriales confirmatorios de los ítems del IPO apoyaron una solución de cuatro factores, estos fueron Inestabilidad del sentido de sí mismo/otros, Inestabilidad de metas, Inestabilidad de comportamientos y Psicosis) con buenos índices de bondad de ajuste. Las cuatro escalas mostraron buenos niveles de coherencia interna y, en la muestra no clínica, buena confiabilidad test-retest. Todas las dimensiones discriminaron entre sujetos clínicos y no clínicos, mientras que solo la Inestabilidad

de uno mismo/otros y la Inestabilidad de metas discriminaron a los pacientes con TLP de los pacientes con otros diagnósticos (Preti et al., 2015). La versión alemana del IPO-16 validado en una muestra de población general (n= 2502) obtuvo una confiabilidad test-retest a los dos meses de 0,85 (Zimmermann, Benecke, Hörz-Sagstetter y Dammann, 2015).

Así, de los 10 instrumentos de valoración de la identidad en población adolescente (ver tabla 22) y de los 12 instrumentos de valoración de la identidad en adultos (ver tabla 25), únicamente la versión italiana del PSQ cuenta con un punto de corte establecido. En el PSQ italiano, realizan una validación cruzada, con una tasa del 94,9% de sujetos correctamente clasificados, basado en el análisis discriminante y las puntuaciones medias observadas. Los autores sustentan la utilidad clínica del PSQ a nivel cuantitativo con puntuaciones superiores a 26 (eje I) y superiores a 28 (eje II) como puntos de corte para ayudar en los procesos de diagnóstico de la alteración de la identidad (Berrios, Kellett, Fiorani, y Poggioli, 2016).

A modo de resumen los resultados del estudio 1 son los siguientes. Siguiendo el método de traducción y traducción inversa se ha conseguido una adaptación adecuada de la versión en lengua española del IDQ. La fiabilidad de Cronbach en la muestra de TLP (n=36) fue en el IDQ puntuación total de 0,93 mientras que en las escalas AR fue de 0,71, en ID de 0,86, en I de 0,88 y en FC de 0,82. En la muestra control (n=195) la fiabilidad fue para el IDQ total de 0,91 mientras que para las escalas AR fue de 0,67, en ID de 0,82, en I de 0,82 y en FC de 0,64. En el AFE, encontramos opciones de simplificación de la escala. Podríamos optar por una solución de un único componente, si se eliminase un ítem en nuestro entorno, relacionado con la ideología política; una solución de dos factores, uniendo las escalas relacionadas de absorción de rol con incoherencia dolorosa, e

inconsistencia con falta de compromiso, y; soluciones de tres factores, siendo el tercero sobre la identidad de género/ orientación sexual. En el AFC, se mostraron los siguientes valores del estimador DWLS;  $\chi^2= 606,344$ ,  $gl=399$ ,  $p<0,001$ , CFI= 0,99, TLI= 0,99, RMSEA= 0,048, y SRMR= 0,070. Los sujetos con TLP puntuaron, en comparación con el grupo control, significativamente más alto en todos los factores. La puntuación de corte estimada inferida de la muestra control de mujeres española podría ser de 76.

# **3.- ESTUDIO 2. RELACIÓN DE LA ALTERACIÓN DE LA IDENTIDAD CON TIPOS DE SINTOMATOLOGÍA Y MALTRATO INFANTIL EN MUJERES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

---

### 3.1.- Justificación estudio 2

---

La alteración de la identidad es una construcción que ha recibido una atención empírica limitada, y es algo que sorprende, dado que aparte de ser un criterio para el TLP, está entre las características propuestas de todos los TPs del DSM-5, con gran relevancia para otros diagnósticos psiquiátricos (Kaufman et al., 2015).

Aunque la alteración de la identidad es un problema transdiagnóstico de salud mental, los modelos modernos etiológicos para su aparición son limitados. Las publicaciones sociales, de desarrollo, clínicas y neuropsicológicas que exploran los procesos de identidad están desconectadas. Las teorías existentes han sentado las bases para comprender los componentes importantes de la patología de la identidad pero muchas pasan por alto los procesos biológicos, conductuales e interactivos por los cuales pueden surgir estas dificultades. Vulnerabilidades transdiagnósticas para la psicopatología y procesos conductuales de riesgo interactúan para hacer emerger la alteración de la identidad en el transcurso del desarrollo (Kaufman y Crowell, 2018).

En este estudio, analizaremos si la alteración de la identidad está relacionada con el conjunto de la composición del TLP o con alguna de sus dimensiones emocionales, comportamentales, relacionales o del procesamiento de la información. Exploraremos si la alteración de la identidad está asociada no sólo al diagnóstico sino también a los síntomas de psicopatología general, y rasgos asociados a características de personalidad en mujeres con TLP.

Por otra, parte, como ya sabemos, existe una amplia evidencia que demuestra que en el origen de la patología límite, además de la vulnerabilidad biológica, se contemplan factores que tienen que ver con las influencias ambientales. Como ya hemos expuesto en

la introducción, está ampliamente demostrado que existe una relación entre los antecedentes de trauma y el desarrollo del TLP. En varios estudios, se muestra esta influencia en las áreas disfuncionales del TLP, como la alteración de la identidad.

La alteración de la identidad se puede definir como interferencia con el sentido de uno mismo. Los pacientes que han sufrido un trauma o negligencia infantil corren el riesgo de experimentar un trastorno de identidad junto con el estado de ánimo, la ansiedad, trastornos psicóticos o por abuso de sustancias (Peppard, 2008).

El sentido de sí mismo es esa experiencia continua de ser una persona completa y auténtica que se deriva del control de sus propias actividades siendo una característica definitoria del TLP. Este constructo es parte del desarrollo normal del ser y, cuando se debilita por un trauma o negligencia en el desarrollo, es una vulnerabilidad transdiagnóstica para desarrollar muchos trastornos diferentes, incluidos la depresión y los trastornos disociativos, de alimentación y de personalidad (Basten y Touyz, 2019).

En este segundo estudio nos proponemos estudiar cuál es la influencia concreta del peso de la historia de maltrato infantil que puede influir en los fallos en la construcción de la identidad.

Para eso se han utilizado pruebas *gold estándar* en la medida de diferentes síntomas y tipos de adversidad, tales como DIB-R, SCID-II, SCL-90-R, y CTQ-SF, para así, tener una cobertura general de los aspectos a investigar. La asociación del IDQ con estas pruebas nos permitirá analizar y extraer conocimiento de la relación de los componentes de la identidad con las variables clínicas de diagnóstico del TLP, trastornos de la personalidad, sintomatología general y maltrato infantil.

## **3.2.- Objetivos del estudio 2**

---

Los objetivos del segundo estudio son dos:

### **3.3.1.- Relacionar la alteración de la identidad con variables clínicas y psicopatológicas en el TLP**

Determinación de la relación entre la alteración de la identidad y síntomas clínicos y psicopatológicos relacionados con el TLP. En concreto, con la sintomatología del diagnóstico del TLP, los trastornos de la personalidad, y con la sintomatología general.

### **3.3.2.- Caracterizar la influencia del maltrato infantil en la alteración de la identidad en el TLP**

Caracterización de la influencia de los antecedentes de malos tratos en la infancia sobre la alteración de la identidad, según los subtipos de maltrato, y según las dimensiones que componen la identidad en particular.

### **3.3.- Hipótesis del estudio 2**

---

#### **3.3.1.- Variables relacionadas con la alteración de la identidad en el TLP**

En primer lugar, especulamos que los sujetos con TLP que presenten mayor alteración de la identidad presentarán mayores puntuaciones en sintomatología clínica y psicopatológica en general.

##### **3.3.1. a.- Relación de la alteración de la identidad y la sintomatología del diagnóstico del TLP**

Una mayor alteración de la identidad implicará mayor presencia sintomatología en relación al diagnóstico del TLP.

##### **3.3.1. b.- Relación de la alteración de la identidad y los trastornos de la personalidad**

Una mayor alteración de la identidad implicará mayor presencia rasgos de los diferentes trastornos de la personalidad.

##### **3.3.1. c.- Relación de la alteración de la identidad y la sintomatología general**

Una mayor alteración de la identidad implicará mayor presencia de sintomatología general.

#### **3.3.2.- Asociación entre el maltrato infantil y la alteración de la identidad en el TLP**

Y en segundo lugar, los que presentan historia de más antecedentes de malos tratos en la infancia obtendrán mayores puntuaciones en alteración de la identidad.

### **3.4.- Metodología**

---

El estudio 2 es un estudio de tipo correlacional bivariado, en que se analiza la relación de la alteración de la identidad en pacientes con TLP con variables clínicas y psicopatológicas, y los antecedentes de maltrato infantil.

### **3.5.- Muestra**

---

#### **3.5.1.- Análisis descriptivo de la muestra**

La muestra de 36 mujeres es la misma muestra que la del estudio 1, y ha sido obtenida a partir de listados de pacientes con diagnóstico activo de TLP en los Centros de Salud Mental de Adultos de Reus y Tarragona del H.U.I.P.M.

Pese a haberse informado del objetivo del estudio y de garantizar la confidencialidad, de la muestra original con la que contamos y a la que se invita a participar (n=74), nos encontramos con que desde el inicio 3 personas deciden voluntariamente no tomar parte, y por lo tanto no firman el consentimiento informado.

De los restantes, sólo participan 5 varones, por lo que, al ser un número tan reducido, decidimos prescindir de esta submuestra, con la finalidad de evitar la contaminación de los resultados.

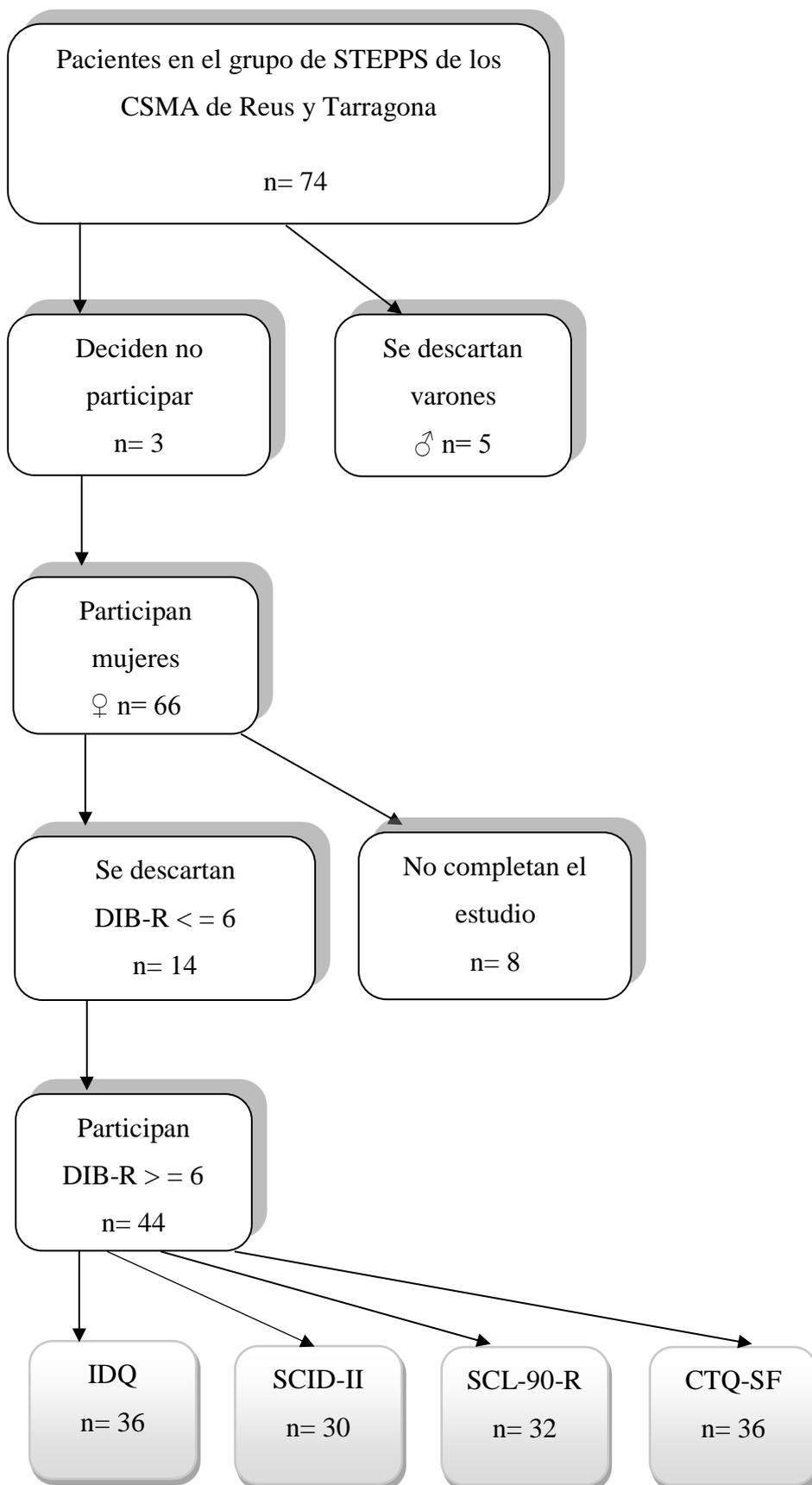
A los que aceptan participar, se les realiza una evaluación inicial para determinar si son candidatos o no, según los siguientes criterios de inclusión: cumplir criterios de TLP en la entrevista DIB-R ( $\geq 6$  puntos), edad entre 18 y 47 años, y la obtención del consentimiento informado; y los siguientes criterios de exclusión: no entender el estudio y por tanto, no poder firmar el consentimiento informado, organicidad o analfabetismo, y la presencia de otra psicopatología severa en el eje I, como esquizofrenia, psicosis inducida por tóxicos, síndrome orgánico, dependencia de alcohol u otras sustancias psicoactivas, trastorno bipolar, retraso mental o episodio depresivo mayor en curso.

En lo que se refiere a los criterios diagnósticos, 14 sujetos no llegan al punto de corte de 6 puntos que plantea la DIB-R, por lo que son eliminados.

Además, en el transcurso de las semanas en que se llevan a cabo las exploraciones psicométricas, hay 8 sujetos que no finalizan la totalidad del protocolo. Esto es debido a que se realiza en tres fases, y es de una extensión considerable. Otro motivo, es la propia psicopatología que les impide mantener el compromiso con los evaluadores, cabe señalar que incluso, en el transcurso de estos años, tres de las usuarias han fallecido por suicidio consumado. Este proceso se muestra en la figura 12.

Los estadísticos descriptivos han sido obtenidos con una muestra de 36 pacientes, todas ellas mujeres con diagnóstico de TLP, de origen caucásico, con edades comprendidas entre los 18 y 47 años, con una media de edad de 34,7 y una desviación estándar de 7,8. En algunos análisis se ha utilizado una n de tamaño inferior, derivado de la ausencia de datos en algunas de las escalas aplicadas, este es el caso de la SCID-II (n=30) y el SCL-90-R (n=32).

Figura 12.- Proceso de cribado, diagnóstico de TLP, y escalas aplicadas en la muestra del estudio 2



Las características demográficas de la muestra de sujetos con TLP se presentan en la tabla 68.

En lo que se refiere al estado civil, se ha diferenciado entre tres grupos: solteras (n= 18) que constituyen el grupo más numeroso representan el 52% de la muestra; casadas, en pareja de hecho, o viviendo en pareja (n= 6) que son el 17%, y divorciadas o separadas (n= 11), siendo éstas el 31%.

Por otra parte, en lo relativo al nivel académico hemos dividido en tres niveles dependiendo del nivel de estudios completados, según el sistema educativo español actual y anterior a 2010: sin estudios, o con estudios primarios lo tiene el 36% (n=8) de la muestra, con estudios secundarios lo tienen la mayoría llegando al 55% (n=12), y con estudios superiores está la menor proporción con el 9% (n=2) del total de la muestra.

En cuanto al trabajo, hemos clasificado en tres niveles según la actividad realizada en el momento reciente: nunca ha trabajado, inactivo, parado o discapacitadas es la categoría más prevalente con un 59% (n=19), las activas laboralmente con el 38% (n=12), y estudiantes es la categoría menos prevalente con solo un 3% (n=1).

Tabla 68.- Características demográficas de las muestras de sujetos con diagnóstico  
TLP mediante DIB-R.

Variables	DIB-R	
	N	%*
Sexo		
Femenino	36	100%
Masculino	-	-
Estado civil		
Soltero	18	52%
Pareja/ casado	6	17%
Divorciado	11	31%
Nivel estudios**		
Primarios	8	36%
Secundarios	12	55%
Superiores	2	9%
Trabajo		
Estudiante	1	3%
Sin empleo	19	59%
Activo	12	38%

\*Se ha utilizado el porcentaje válido.

\*Nivel de estudios: Estudios primarios (sin estudios, educación infantil, estudios primarios o EGB (Educación General Básica). Estudios secundarios: ESO (Educación Secundaria Obligatoria), Bachillerato, BUP (Bachillerato Unificado Polivalente), COU (Curso de Orientación Universitaria), FP I-II (Formación Profesional de primer y segundo nivel), CFGMFP (Ciclo Formativo de Grado Medio de Formación Profesional). Estudios superiores: CFGS (Ciclo Formativo de Grado Superior), diplomaturas, licenciaturas, grados, posgrados, másteres y doctorados.

### 3.6.- Medidas

---

Las variables clínicas han sido recogidas mediante los siguientes instrumentos:

- Para la evaluación de la sintomatología clínica se ha usado la Entrevista Diagnóstica para el TLP - Revisada (DIB-R, de sus siglas en inglés *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised*) (Zanarini et al., 1990); en concreto, se ha empleado la versión española de dicha entrevista (Barrachina et al., 2004), descrita en el estudio 1.

- Para la medida de la alteración de la identidad se ha utilizado la traducción en lengua castellana del Cuestionario de Alteración de la Identidad descrita en el estudio 1 (Romero et al., 2018) (ver apéndice 3) (IDQ, de sus siglas en inglés *Identiy Disturbance Questionnaire*) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

- Para estudiar la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad se ha utilizado la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM- IV (SCID-II de sus siglas en inglés *Structured Clinical Interview for DSM-IV- Axis II Personality Disorders*) (First et al., 1997), en concreto, se ha usado la versión española de esta entrevista (Gomez-Beneyto et al., 1994). Consta de 119 preguntas y evalúa los trastornos de personalidad de evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial.

- Para el estudio de los síntomas psicopatológicos se ha utilizado el Test de los 90 síntomas (SCL-90-R, de sus siglas en inglés *Symptom Checklist-90-R*) (Derogatis, 1977, 1994), en concreto se ha empleado la adaptación española (De Las Cuevas et al., 1991). Consta de 90 ítems que describen síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica como en normal, y valora la intensidad en una escala Likert de 5 puntos,

que va de 0 “si no ha tenido esa molestia en absoluto” hasta 4 que representa la máxima intensidad. El tiempo empleado es de quince minutos, y es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad. Se interpreta en función de nueve dimensiones primarias, que ha sido definidas sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos:

- Somatizaciones (SOM) evalúa malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).
- Obsesiones y compulsiones (OBS) explora pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles.
- Sensitividad interpersonal (SI) detecta sentimientos de inferioridad e inadecuación cuando la persona se compara con sus semejantes.
- Depresión (DEP) valora el estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
- Ansiedad (ANS) contempla nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
- Hostilidad (HOS) identifica pensamientos, sentimientos y acciones de enojo.
- Ansiedad fóbica (FOB) alude al miedo (personas, lugares, objetos, situaciones) irracional y desproporcionado.
- Ideación paranoide (PAR) indica proyección, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

- Psicoticismo (PSIC) referida a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

- Para la determinación del maltrato infantil se ha utilizado el Cuestionario de Trauma Infantil- versión corta – Short Form (CTQ-SF de sus siglas en inglés *Childhood Trauma Questionnaire- Short Form*) (Bernstein y Fink, 1997; Bernstein et al., 2003), en concreto, se ha utilizado la versión española reducida, el Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia- Forma Breve, validada por nuestro grupo (Hernandez et al., 2013). Es un instrumento para la autoevaluación de forma retrospectiva del maltrato, el abuso y la negligencia infantil. Consta de 28 ítems puntuados en una escala tipo Likert de 5 puntos, con opciones de respuesta que van desde “Nunca” a “Muy a menudo”, de la que se obtiene una puntuación total. La versión reducida, igual como la original, cumple criterios de fiabilidad y validez y un buen ajuste de la estructura de cinco factores. Cada tipo de maltrato está representado por cinco elementos para proporcionar una adecuada fiabilidad y la cobertura de contenidos al tiempo que reduce el número total de elementos en cada escala y el tiempo de aplicación. Los elementos preguntan sobre experiencias durante la infancia y la adolescencia en cinco tipos de maltrato, estos son el abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia física y la negligencia emocional (tabla 23), se han derivado empíricamente, además, tiene una escala de validez de tres ítems (Minimización/ Negación) que fue desarrollada para detectar la tendencia a subestimar el maltrato e identifica la tendencia a dar respuestas socialmente deseables.

Las escalas son:

- Abuso emocional (AE): Agresiones verbales contra el sentido de valor de un niño o el bienestar o cualquier conducta humillante o degradante dirigida a un niño por un adulto o persona mayor.

- **Abuso físico (AF):** Agresiones físicas en el niño por un adulto o persona mayor que plantea un riesgo, o resultado de lesiones.
  
- **Abuso sexual (AS):** Contacto sexual o conducta entre un niño menor de 18 años de edad y un adulto o persona mayor.
  
- **Negligencia emocional (NE):** Fracaso de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas del niño, incluido amor, pertenencia, cuidado y apoyo.
  
- **Negligencia física (NF):** Fracaso de los cuidadores para proveer las necesidades físicas básicas del niño, incluyendo alimentos, vivienda, vestido, seguridad y atención de la salud (también se incluye mala supervisión de los padres poniendo en peligro la seguridad de los niños).

### **3.7.- Procedimiento**

---

Se sigue el mismo procedimiento que en el estudio 1 (ver 2.7.1.- Cronograma)

### 3.8.- Análisis de datos

---

Para los análisis estadísticos se ha utilizado el paquete de *IBM SPSS Statistics*® para Windows versión 26.0.

Se realizan los siguientes análisis:

- Para el análisis descriptivo de la muestra en las variables cualitativas se han calculado las frecuencias absolutas y los porcentajes (%), y las variables cuantitativas se han expresado a través de la media aritmética ( $\bar{x}$ ) y desviación estándar (S).
- El restablecimiento de valores perdidos y/o no aplicables en las respuestas a las preguntas del test han sido imputados por la moda (Mo) del ítem (valor más frecuente en todos los sujetos).
- Para cada instrumento se corrigen los resultados de las escalas realizando un sumatorio y obteniendo así una puntuación total.
- En el caso de CTQ-SF, antes de realizar dicho sumatorio, se han recodificado los ítems inversos (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28).
- Para la evaluación de la normalidad de las distribuciones de cada variable se ha utilizado la prueba *Kolmogorov-Smirnov*. Los resultados indican que las escalas del IDQ y algunas de las escalas del CTQ como son el abuso sexual y físico no se distribuyen con normalidad en la muestra clínica.
- En el análisis de las correlaciones entre variables mediante una prueba no paramétrica se ha optado por el coeficiente de correlación rho de Spearman ( $\rho$ ), debido a que permite medir la asociación o interdependencia entre dos variables aleatorias cuando las mediciones se realizan en una escala ordinal, o cuando no existe distribución normal,

y los supuestos son menos estrictos. En concreto, se ha realizado un análisis correlacional bivariado mediante Spearman entre: IDQ y DIB-R, IDQ y SCID-II, IDQ y SCL-90-R, IDQ y CTQ-SF. Se ha optado por un planteamiento unilateral.

- La intensidad de la correlación se ha clasificado en débil ( $\rho= 0,1$  a  $\rho= 0,3$ ), moderada ( $\rho= 0,4$  a  $\rho= 0,6$ ) y fuerte ( $\rho= 0,7$  a  $\rho= 0,9$ ) (Dancey y Reidy, 2011).
- La significación estadística se ha establecido en un valor de  $p < 0,01$  y  $p < 0,05$ .

### **3.9.- Resultados**

---

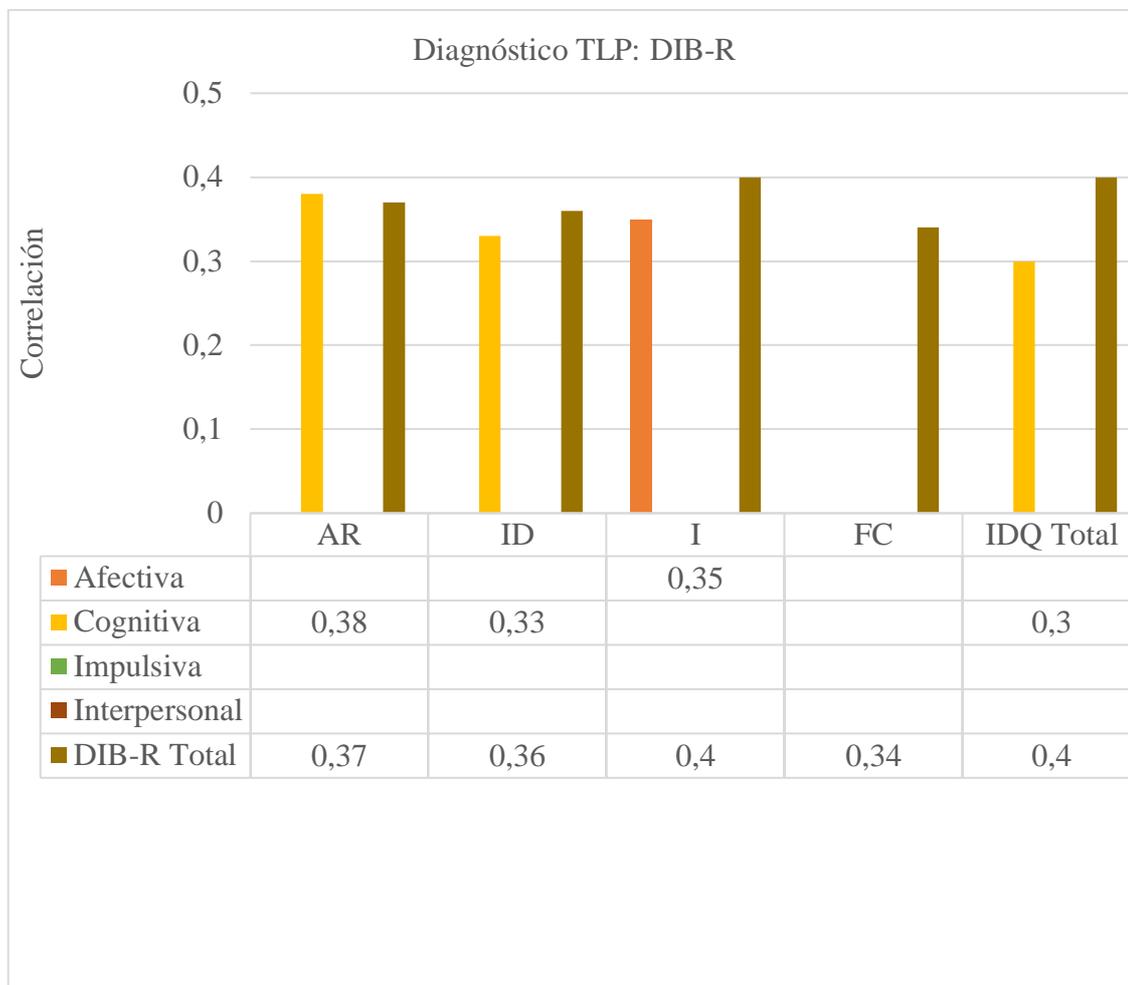
A continuación se muestran las relaciones encontradas del IDQ con los cuestionarios aplicados a la muestra de 36 sujetos.

#### **3.9.1.- Relación de la alteración de la identidad con variables clínicas y psicopatológicas relacionadas en el TLP**

##### **3.9.1.a.- Resultados con la DIB-R**

La figura 15 muestra que varias escalas del IDQ se han relacionado positivamente con la escala cognitiva, afectiva y con la puntuación total de la DIB-R. En concreto, la escala cognitiva presenta una correlación directa y significativa y de intensidad entre débil y moderada con los factores AR ( $\rho=0,38$ ;  $p<0,01$ ) e ID ( $\rho=0,33$ ;  $p<0,05$ ) así como con el IDQ total ( $\rho=0,30$ ;  $p<0,05$ ). La escala afectiva, por su parte, sólo presenta una correlación directa y significativa con el factor I ( $\rho=0,35$ ;  $p<0,05$ ), de intensidad débil. Finalmente, la puntuación total en la escala DIB-R correlaciona de forma directa y significativa con los factores AR ( $\rho=0,37$ ;  $p<0,05$ ), ID ( $\rho=0,36$ ;  $p<0,05$ ), I ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,01$ ), FC ( $\rho=0,34$ ;  $p<0,05$ ) y con el IDQ total ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,01$ ), siendo dichas correlaciones de intensidad entre débil y moderada.

Figura 15.- Correlación entre las escalas del IDQ y la DIB-R.



### 3.9.1.b.- Resultados con el SCID-II

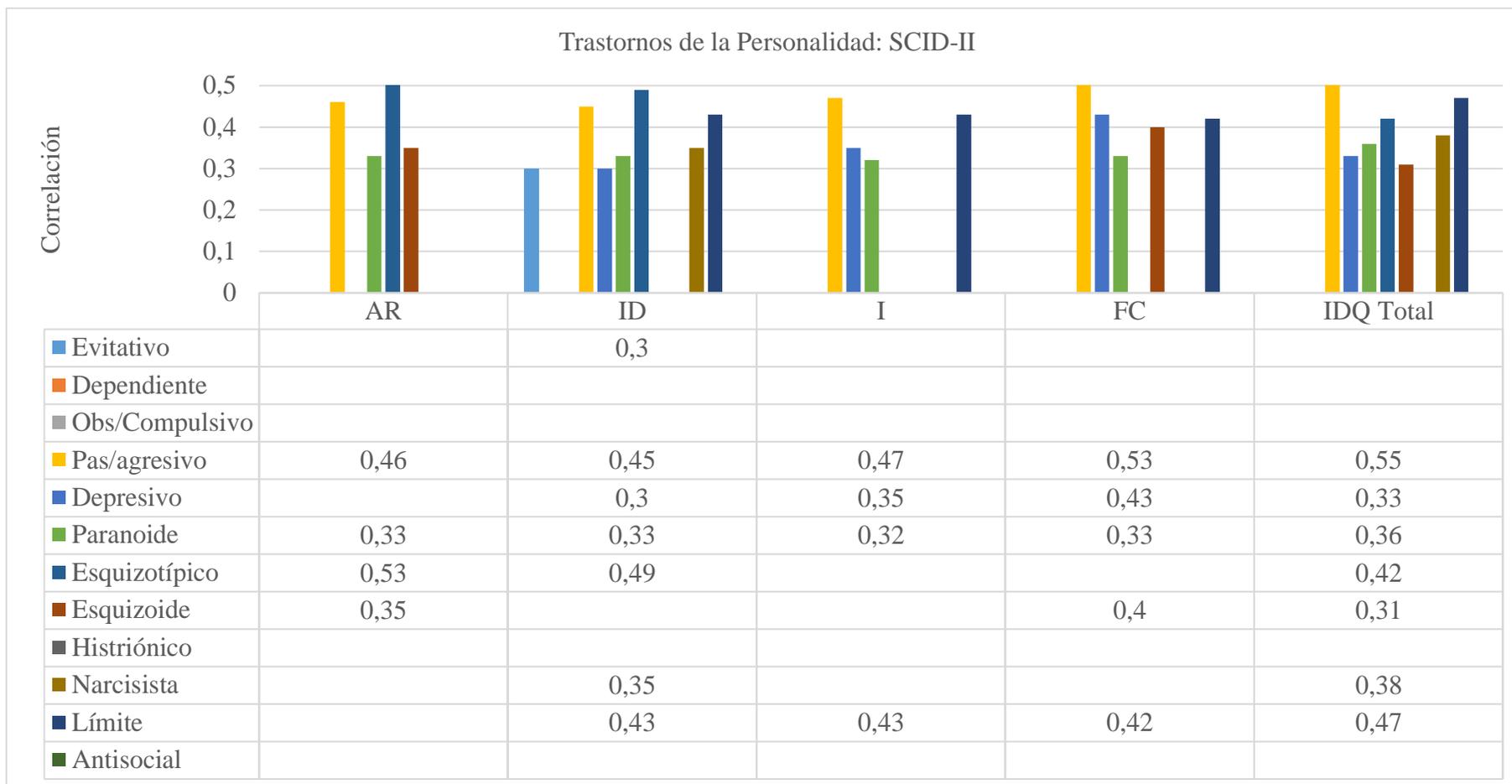
Como era de esperar, el IDQ se ha correlacionado directa y positivamente con el TPL del SCID-II, no obstante, también lo ha hecho con otros TPs del eje II del DSM-IV, especialmente con el TP pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, y en menor medida con el esquizotípico, esquizoide, narcisista y evitativo, como se observa en la figura 16.

En concreto, las puntuaciones en TLP evaluado con el SCID-II han presentado una correlación directa y positiva, de intensidad moderada con los factores ID ( $\rho=0,43$ ;  $p<0,01$ ), I ( $\rho=0,43$ ;  $p<0,01$ ), FC ( $\rho=0,42$ ;  $p<0,01$ ), y con el IDQ total ( $\rho=0,47$ ;  $p<0,01$ ).

En cuanto a los factores se refiere, el factor AR se ha correlacionado positivamente de forma moderada con el TP pasivo-agresivo ( $\rho=0,46$ ;  $p<0,01$ ), y el TP esquizotípico ( $\rho=0,53$ ;  $p<0,01$ ) y de forma más débil con el TP paranoide ( $\rho=0,33$ ;  $p<0,05$ ), y con el TP esquizoide ( $\rho=0,35$   $p<0,05$ ). El factor ID se ha correlacionado positivamente de forma moderada con el TP pasivo-agresivo ( $\rho=0,45$ ;  $p<0,01$ ), y con el TP esquizotípico ( $\rho=0,49$ ;  $p<0,01$ ) y de forma débil con el TP evitativo ( $\rho=0,30$ ;  $p<0,05$ ), el TP depresivo ( $\rho=0,30$ ;  $p<0,05$ ), el TP paranoide ( $\rho=0,33$ ;  $p<0,05$ ) y con el TP narcisista ( $\rho=0,35$ ;  $p<0,05$ ). El factor I se ha correlacionado positivamente de forma moderada con el TP pasivo-agresivo ( $\rho=0,47$ ;  $p<0,01$ ), y de forma débil con el TP depresivo ( $\rho=0,35$ ;  $p<0,05$ ), y con el TP paranoide ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ). El factor FC se ha correlacionado positivamente de forma moderada con el TP pasivo-agresivo ( $\rho=0,53$ ;  $p<0,01$ ), y con el TP depresivo ( $\rho=0,43$ ;  $p<0,01$ ), y entre débil y moderada con el TP paranoide ( $\rho=0,33$ ;  $p<0,05$ ) y con el TP esquizoide ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,05$ ).

En cuanto a la puntuación global sobre la alteración de la identidad, el IDQ total se ha correlacionado positivamente de forma moderada con el TP pasivo-agresivo ( $\rho=0,55$ ;  $p<0,01$ ), con el TP esquizotípico ( $\rho=0,42$ ;  $p<0,01$ ) y de forma leve con el TP depresivo ( $\rho=0,33$ ;  $p<0,05$ ), con el TP paranoide ( $\rho=0,36$ ;  $p<0,05$ ), con el TP esquizoide ( $\rho=0,31$ ;  $p<0,05$ ) y con el TP narcisista ( $\rho=0,38$ ;  $p<0,05$ ).

Figura 16.- Correlación entre las escalas del IDQ y la SCID-II.

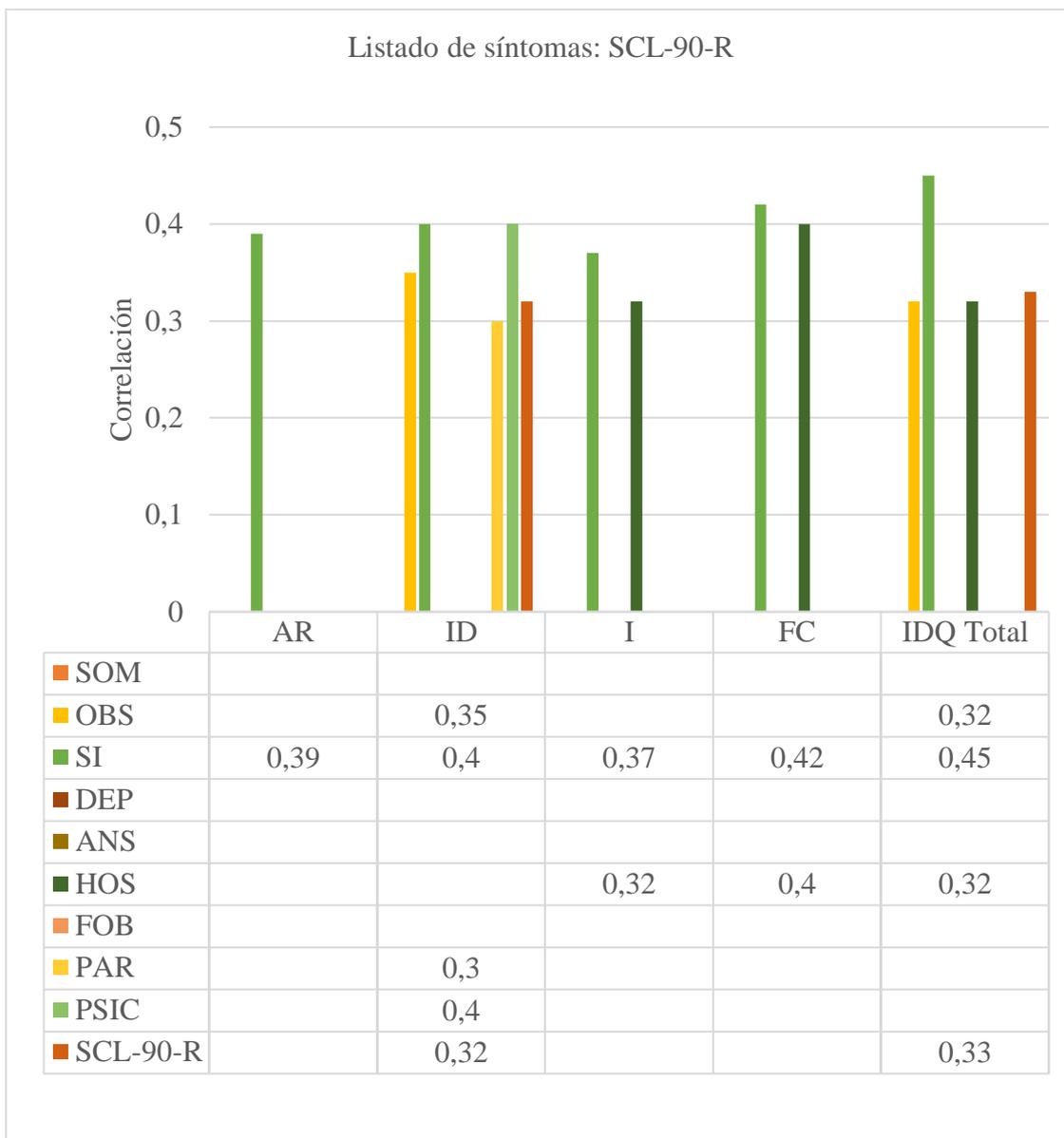


### 3.9.1.c.- Resultados con el SCL-90-R

Por lo que respecta a síntomas psicopatológicos, evaluados con el SCL-90-R, los factores del IDQ se han correlacionado positivamente y de forma directa con diferente sintomatología, especialmente la sensibilidad interpersonal y la hostilidad, pero también con las obsesiones, la ideación paranoide y el psicoticismo, como se muestra en la figura 17.

El factor AR solo se ha relacionado positivamente con la SI ( $\rho=0,39$ ;  $p<0,05$ ), con un valor de intensidad entre débil y moderado. El factor ID se ha correlacionado positivamente con intensidades entre débiles y moderadas con la escala de OBS ( $\rho=0,35$ ;  $p<0,05$ ), SI ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,05$ ), PAR ( $\rho=0,30$ ;  $p<0,05$ ), PSIC ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,05$ ) y con la puntuación total del SCL-90-R ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ). En el factor I han aparecido correlaciones positivas de intensidad débil con la escala SI ( $\rho=0,37$ ;  $p<0,05$ ) y HOS ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ). La FC también se ha correlacionado positivamente con SI ( $\rho=0,42$ ;  $p<0,01$ ) y HOS ( $\rho=0,40$ ;  $p<0,05$ ), con valores que indican una relación de intensidad moderada. El IDQ total se ha correlacionado positivamente con la escala OBS ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), SI ( $\rho=0,45$ ;  $p<0,01$ ), HOS ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), y con el SCL-90-R total ( $\rho=0,33$ ;  $p<0,05$ ), también con intensidades entre débiles y moderadas.

Figura 17.- Correlaciones entre las escalas del IDQ y de la SCL-90-R.



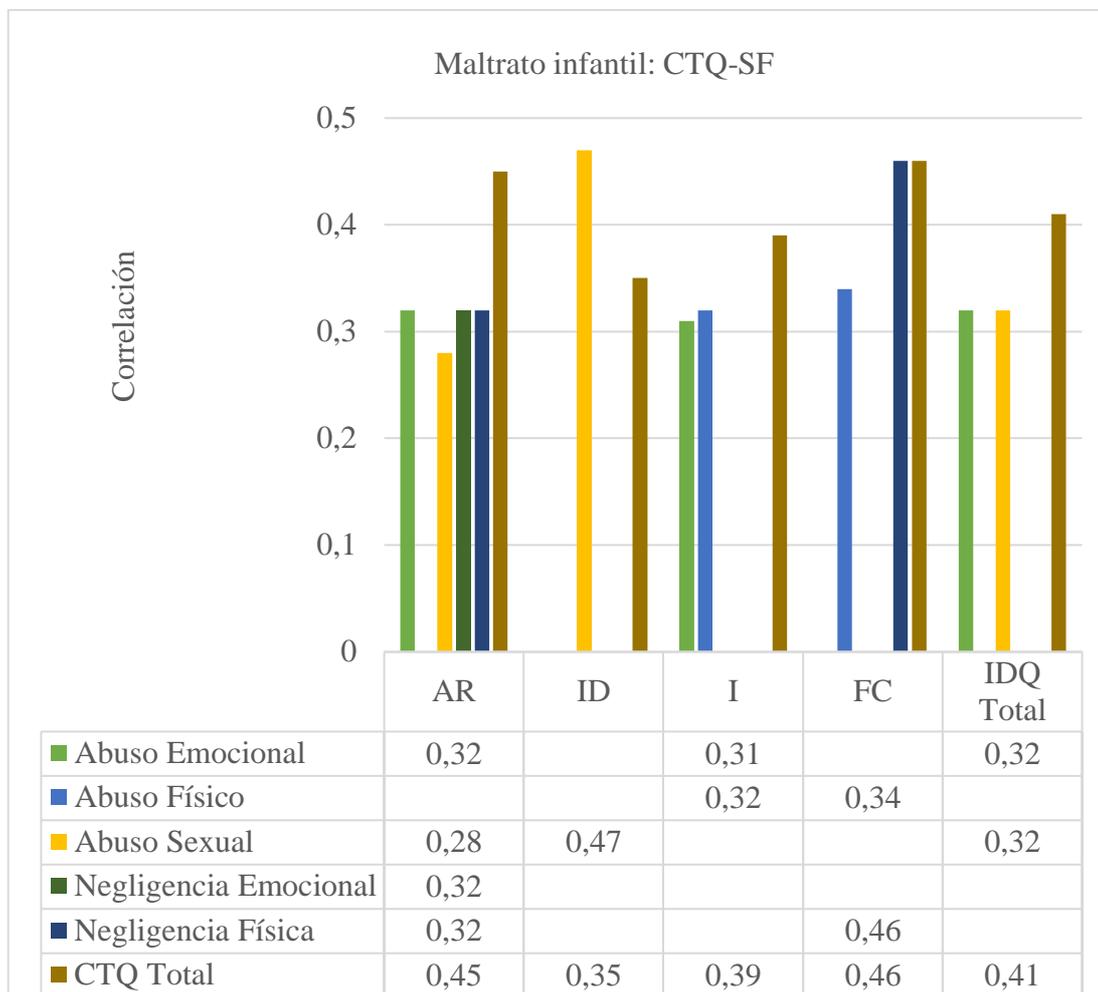
### 3.9.2.- Influencia del maltrato infantil sobre la alteración de la identidad en el TLP

En lo que respecta al maltrato infantil evaluado mediante el CTQ-SF, el IDQ se ha correlacionado positivamente con cada una de las escalas, abuso emocional, físico y sexual, y negligencia emocional y física, en diferente medida, como se aprecia en la figura 18.

El factor AR se ha correlacionado de forma directa, positiva y con intensidad débil con las escalas de AE ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), AS ( $\rho=0,28$ ;  $p<0,05$ ), NE ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), NF ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), y de con intensidad moderada con el CTQ-SF total ( $\rho=0,45$ ;  $p<0,01$ ). El factor ID se ha correlacionado positivamente y de forma moderada con AS ( $\rho=0,47$ ;  $p<0,01$ ), y con el CTQ-SF total ( $\rho=0,35$ ;  $p<0,05$ ), lo ha hecho de forma más débil. El factor I se ha relacionado positivamente con el AE ( $\rho=0,31$ ;  $p<0,05$ ), AF ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), y con el IDQ total ( $\rho=0,39$ ;  $p<0,05$ ), con unos valores de intensidad de débil a moderado. La FC se ha correlacionado con intensidades entre débil y moderada con el AE ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), NF ( $\rho=0,46$ ;  $p<0,01$ ) y con el CTQ-SF total ( $\rho=0,46$ ;  $p<0,010$ ). El IDQ total se ha correlacionado positivamente también con un nivel de intensidad entre débil y moderado con el AE ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), AS ( $\rho=0,32$ ;  $p<0,05$ ), y con el CTQ-SF total ( $\rho=0,41$ ;  $p<0,01$ ).

Por su parte, el CTQ-SF total se ha correlacionado positivamente, de manera moderada, con todas la escalas del IDQ, AR ( $\rho=0,45$ ;  $p<0,01$ ), I ( $\rho=0,39$ ;  $p<0,01$ ), FC ( $\rho=0,46$ ;  $p<0,01$ ) y con el IDQ total ( $\rho=0,41$ ;  $p<0,01$ ), excepto con la escala ID ( $\rho=0,35$ ;  $p<0,05$ ) que la correlación ha sido más débil.

Figura 18.- Correlación entre las escalas del IDQ y el CTQ-SF



## **3.10.- Discusión del estudio 2**

---

### **3.10.1.- Relación de la alteración de la identidad con variables clínicas y psicopatológicas en el TLP**

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general, que establece que a mayor alteración de la identidad, los sujetos con TLP presentarán mayor sintomatología clínica y psicopatológica en general.

#### **3.10.1. a.- Relación de la alteración de la identidad con la sintomatología diagnóstica del TLP**

El estudio original de Westen y colaboradores (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) tiene la limitación de la fiabilidad del diagnóstico, dado que no utilizan entrevistas estructuradas. Sin embargo, en nuestro caso esto lo hemos solventado utilizando procedimientos de diagnóstico más confiables, como son la DIB-R y la SCID-II. La versión revisada de la entrevista DIB ha demostrado más eficacia diagnóstica y especificidad ante otros trastornos del Eje II que la DIB original (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, y Chauncey, 2011).

De las escalas de la DIB-R que se han correlacionado positivamente con el IDQ, la escala afectiva y la escala cognitiva. Nos ha sorprendido que únicamente el factor I del IDQ se haya correlacionado positivamente con la escala afectiva de la DIB-R, y dos de ellos, AR, ID, y el IDQ total lo han hecho con la con la escala cognitiva. Esto podría ser debido a factores metodológicos, como el tamaño de la muestra, pero nosotros pensamos que puede ser debido tanto a que el IDQ no mide síntomas de depresión o ansiedad, sino de difusión de la identidad.

#### Factores del IDQ que se han relacionado con la escala afectiva de la DIB-R:

- La asociación encontrada del factor I con la escala afectiva de la DIB-R es acorde parcialmente, por ejemplo, con un estudio que utiliza el IDQ, en que después de identificar empíricamente tres subtipos de personalidad en adolescentes con anorexia nerviosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado); 1) alto funcionamiento/perfeccionismo; 2) desregulación emocional; 3) sobre control/ constricción, encuentran que el subtipo 1 no presenta trastornos de la identidad, pero el subtipo 2, el desregulado emocionalmente, sí se relaciona con las dimensiones del IDQ, en este caso con la ID y AR (Gazzillo et al., 2013).

#### Factores del IDQ que se han relacionado con la escala cognitiva de la DIB-R:

- Así, el factor AR se ha correlacionado positivamente con la escala cognitiva de la DIB-R, formada por ítems como “sexto sentido para las cosas que han ocurrido”, “experiencias de clarividencia, como la visión de que algo iba a ocurrir en otro lugar”, y que se podrían corresponder a las “experiencias religiosas o de "epifanía" del IDQ.
- El factor ID se ha correlacionado positivamente con la escala cognitiva de la DIB-R, en la que aparecen ítems como “sentir que usted no era una persona real”, “su cuerpo estaba desapareciendo y disolviéndose” que se puede corresponder con la misma afirmación de “sentirse irreal”, “dejar de existir si una relación íntima llega a su fin” del IDQ. La escala cognitiva cuenta con un ítem de despersonalización, que en la literatura neurobiológica (Pally, 2002) se caracteriza por una experiencia subjetiva alterada con respecto a la familiaridad de uno mismo y el entorno, pero con pruebas de realidad intactas. Informando los pacientes de sentimientos como ser irreal, extraño, remoto y tener sensaciones de no estar presentes y otras ilusiones perceptivas (Pally, 2002).

- En nuestro estudio no hemos obtenido ninguna relación del factor I con la escala cognitiva.
- En nuestro estudio no hemos obtenido ninguna relación del factor FC con la escala cognitiva. Esto concuerda, con el estudio original de Wilkinson- Ryan y Westen, en que uno de los factores más débiles para predecir el TLP ha sido la FC. Las investigaciones sobre la identidad han puesto énfasis sobre este constructo, por ejemplo, el DSM-5 describe la alteración de la identidad en el TLP como "objetivos, valores y aspiraciones vocacionales cambiantes", y Erikson y Marcia describen la difusión de la identidad como "falta de compromisos con la carrera, la religión o los valores" (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).
- El IDQ total se ha asociado positivamente con la escala cognitiva de la DIB-R, que valora pensamientos alterados, experiencias perceptuales infrecuentes, de carácter transitorio y circunscrito y atípico, y la importancia de determinar si las experiencias descritas ocurren de forma natural o bajo la influencia del alcohol u otras drogas. Este resultado puede tener que ver, en la línea de lo comentado anteriormente respecto a los factores correspondientes tanto a AR e ID, como a I, por los "cambios rápidos e impredecibles de las ideas del propio yo" y con FC, por "la confusión de los propios pensamientos con los de los demás" del IDQ. Lo que pensamos más importante, de la relación de la alteración de la identidad con la escala cognitiva del DIB-R tendría que ver con esa construcción de la realidad del *self*, de pensamiento y perceptual distorsionada. Este resultado guarda relación con un estudio de Zanarini, que incluye la alteración de la identidad dentro del área de los síntomas cognitivos, porque según su criterio se basa en percepciones falsas del yo, (como por ejemplo, "Soy malo" o "Estoy dañado irreparablemente") (Zanarini et al., 2007).

Factores del IDQ que han salido relacionados con la escala de impulsividad de la DIB-R:

- No se ha encontrado ninguna asociación positiva de ningún factor del IDQ con la escala de impulsividad de la DIB-R. Este resultado va en contra de la literatura que sostiene que la alteración de la identidad se correlaciona positivamente con la gravedad de la psicopatología y el comportamiento autolesivo en muestras de TLP, implicando un problema de salud mental grave y potencialmente mortal (Levy et al., 2007). No se han encontrado diferencias en la alteración de la identidad y la dependencia de sustancias en sujetos con TLP y sin TLP (Ghaffari Nejad et al., 2010). Un estudio que apoya parcialmente nuestros resultados, en una muestra evaluada con la entrevista STIPO no mostró relaciones significativas con la variable clínica relacionada con el rasgo biológico de impulsividad, salvo en el dominio agresión que explora conductas relacionadas con la impulsividad ( $U= 95,5$ ;  $P=0,002$ ; tamaño del efecto= $0,48$ ) (Esguevillas et al., 2018).

Factores del IDQ que han salido relacionados con la escala de relaciones interpersonales de la DIB-R:

- No se ha encontrado ninguna asociación de los factores del IDQ con la escala de relaciones interpersonales de la DIB-R, algo que también sorprende. Este resultado podría ir en consonancia con el estudio de Esguevillas en el que no se encontró relación del diagnóstico de TLP mediante DIB-R y el dominio de Relaciones objetales de la STIPO, ni en ninguna de sus subescalas Relaciones de amistad, Relaciones íntimas y de sexualidad, Modelo interno de relación (Esguevillas et al., 2018).

Factores del IDQ que han salido relacionados con la puntuación total de la DIB-R:

- Hemos obtenido asociaciones con cada una de las escalas del IDQ total, en concreto las escalas AR, ID, I, FC y IDQ total, con la puntuación total de la DIB-R. Esto concuerda con lo que otros estudios proponen de que la difusión de identidad es el mejor predictor para el TLP y un factor de riesgo específico a diferencia del afecto negativo y la impulsividad que pueden ser manifestaciones que podrían estar asociadas a otros trastornos (Levy, 2005), esto último más en concordancia con la menor relación del IDQ en afectos y ausencia de asociación en impulsividad de nuestro estudio.

En concreto la asociación encontrada en nuestro estudio de la puntuación total del IDQ con la puntuación total de la DIB-R, estaría en consonancia con otro estudio de tipificación de la entrevista STIPO que mostró buena validez concurrente de una de las variables clínicas habituales del TLP como es la alteración de la identidad con el diagnóstico clínico propio del TLP (Esguevillas et al., 2018).

### **3.10.1. b.- Relación de la alteración de la identidad con los trastornos de la personalidad**

En cuanto a los trastornos de personalidad que han sido evaluados con la entrevista SCID-II, se han encontrado las siguientes asociaciones con los factores del IDQ:

- En lo que respecta a nuestro objeto de estudio, el Trastorno Límite de la Personalidad, podemos ver como la ID ha salido relacionada positivamente, con “experiencias subjetivas angustiantes de sentirse incoherente, confuso o vacío y la falta de sentido de sí mismo a través del tiempo”. Con la I, como el “sentirse, creer o comportarse diferente dependiendo de con quién esté”. Con la FC, con los “cambios de valores e inestable visión de futuro de quién le gustaría ser”. Y con el IDQ total, en lo que respecta a inestabilidad del *self*, y no se ha obtenido ninguna asociación con el factor AR.

Estos hallazgos concuerdan con el estudio original de Wilkinson-Ryan y Westen (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), donde se examinaron las correlaciones parciales de la alteración de la identidad con dos subtipos de pacientes (emocionalmente desregulado y e histriónico) encontrados en otro estudio anterior (Shedler y Westen, 1998; Westen y Shedler, 1999), los que se aproximaron al tipo emocionalmente desregulado, el análisis indicó una relación muy fuerte entre la gravedad del TLP y el factor ID ( $r= 0,58$ ,  $df= 70$ ,  $p< 0,001$ ). También concuerdan con los resultados del segundo estudio de Westen y colaboradores, en que se encontraron asociaciones positivas del TLP con todos los factores FC ( $r$  parcial=  $0,23$ ,  $p<0,001$ ), ID ( $r$  parcial= $0,40$ ,  $p<0,001$ ) y I ( $r$  parcial=  $0,17$ ,  $p<0,05$ ), excepto en AR en que ellos sí encontraron una correlación positiva y significativa del diagnóstico del TLP con la AR ( $r$  parcial=  $0,24$ ,  $p<0,01$ ) (Westen et al., 2011), y nosotros en cambio, la AR es el único factor en el que no obtuvimos esta significación. Un estudio con resultados contradictorios, es el estudio de Esguevillas, en el que no encontró relación del dominio Identidad evaluado con la STIPO y el diagnóstico de TLP evaluado con el SCID-II, pero sí que encontró correlaciones positivas del dominio Identidad y el diagnóstico del TLP evaluado con la DIB-R, concretamente con la escala subescala Identidad- Sentido del *self* ( $U= 126$ ;  $p=0,027$ ; tamaño del efecto= $0,35$ ) (Esguevillas et al., 2018).

- Respecto al TP esquizotípico, igual que en nuestro estudio, este TP ha salido asociado con la ID, igualmente como en el segundo estudio de Westen y colaboradores (Westen et al., 2011), que obtuvieron una correlación positiva en ID ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ), que indica que aspectos concretos de la alteración de la identidad son más susceptibles de presentarse en unos diagnósticos que en otros. Pensamos que esto puede ser debido a los rasgos de extravagancia de este trastorno, y esta coincidencia está en consonancia con la investigación histórica y actual sobre el TLP que ha revelado relación con la

psicopatología del espectro de la esquizofrenia y del TP esquizotípico, como son los criterios de alteración de la identidad y de los sentimientos de vacío (Zandersen y Parnas, 2019).

- Por otra parte, en nuestro caso, al contrario de la literatura, no hemos encontrado ninguna asociación con el TP histriónico en ningún factor del IDQ. En el estudio de Wilkinson-Ryan y Westen (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000), los TLP que se aproximaban al tipo histriónico encontrado en un estudio previo de Westen y Shedler (Shedler y Westen, 1998; Westen y Shedler, 1999), encontraron relaciones significativas con el factor AR ( $r= 0,24$ ,  $df= 82$ ,  $p= 0,03$ ), ligeramente positiva con los factores I ( $r= 0,19$ ,  $df= 82$ ,  $p= 0,08$ ) y FC ( $r= 0,13$ ,  $df= 82$ ,  $p= 0,28$ ), y ligeramente negativa con ID ( $r= -0,07$ ,  $df= 82$ ,  $p= 0,50$ ). Según estos autores, algunos elementos de la alteración de identidad, como la AR y la I, estarían más asociados con características histriónicas que limítrofes (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En el segundo estudio de Westen y colaboradores, el TP histriónico estuvo relacionado con el factor AR ( $r$  parcial= $0,10$ ,  $p<0,05$ ) (Westen et al., 2011).

- En nuestro estudio se han obtenido relaciones significativas del TP paranoide con todos los factores del IDQ. Este resultado no es acorde con el encontrado en el segundo estudio de Westen y colaboradores en que no obtuvieron ninguna asociación positiva con el trastorno paranoide (Westen et al., 2011).

- En nuestro estudio obtuvimos relaciones significativas con el TP esquizoide en AR, FC y en la puntuación total del IDQ, resultado que es contrario a del segundo estudio de Westen y colaboradores que no obtuvo ninguna asociación de las escalas del IDQ con el trastorno esquizoide (Westen et al., 2011).

- En nuestro estudio no se ha encontrado ninguna asociación significativas del IDQ con el TP dependiente, TP obsesivo-compulsivo, TP histriónico, ni TP antisocial. El

segundo estudio de Westen y colaboradores, tampoco encontró relaciones significativas en ninguna de las escalas del IDQ con el TP dependiente (Westen et al., 2011). Un estudio sin embargo, sí que encontró asociación de las escalas del IASC con características de TLP y TP antisocial (Briere y Runtz, 2002). En relación a estos datos, un estudio que buscó correlaciones en relación a la comorbilidad de los TP con el dominio de Identidad de la STIPO, no encontró diferencias entre los pacientes que tenían comorbilidad con el TP histriónico ni el TP narcisista. En cambio, sí que encontró diferencias significativas con el TP antisocial, evaluado con la entrevista SCID-II, en el dominio Identidad de la STIPO ( $U=52,5$ ;  $p=0,002$ ; tamaño del efecto=0,48), y en las subescalas Identidad-Capacidad de invertir ( $U=51$ ;  $p=0,002$ ; tamaño del efecto=0,48) e Identidad-Representación de los otros ( $U=71$ ;  $p=0,013$ ; tamaño del efecto=0,39) (Esguevillas et al., 2018).

Factores del IDQ que se han correlacionado positivamente con los diferentes TPs de la SCID-II:

- El factor AR se ha relacionado positivamente con el TP pasivo-agresivo, escala formada por ítems como “no es justo que otras personas tengan más que usted” o “se queja de que la mayoría de las cosas malas le ocurren a usted”. La AR se ha correlacionado positivamente con el TP paranoide, formado por ítems como “estar alerta para evitar que los otros abusen o le hieran” que podrían estar relacionado con la “pertenencia a un grupo estigmatizado”, con el TP esquizotípico, formado por afirmaciones como “las cosas que no tienen un significado especial para los demás, buscan enviarle algún mensaje”, “sentir que puede hacer que las cosas ocurran solo por desearlo o pensar en ello”, “experiencias sobrenaturales”, “auras o campos de energía alrededor de las personas” nos recuerdan a las experiencias religiosas o de epifanía, y con

el TP esquizoide, con ítems como “no involucrarse sexualmente con alguien”, que podría estar relacionado con contenidos de “estar en conflicto o inseguro acerca de su propio género”. Así el factor AR se ha relacionado con cuatro TPs de la SCID-II, de los que actualmente se mantienen vigentes en la clasificación diagnóstica DSM-5 (APA, 2013), tres de ellos han sido del clúster A o grupo de raros o excéntricos. Sorprende sin embargo, que el factor AR no se haya encontrado asociado con el TLP. Este resultado va en contra del encontrado en el segundo estudio de Westen y colaboradores, en que la AR estuvo relacionada con el TP histriónico ( $r$  parcial=0,10,  $p<0,05$ ), TP obsesivo-compulsivo ( $r=0,23$ ,  $p<0,001$ ), y con el TLP ( $r$  parcial=0,24,  $p<0,01$ ) (Westen et al., 2011).

- El factor ID es el factor que más se ha correlacionado con los distintos TPs de la SCID-II, en concreto lo ha hecho con siete diagnósticos de personalidad. Así, la ID se ha relacionado positivamente con un trastorno de la personalidad del clúster C, este ha sido el TP evitativo, formado por ítems “le resulta difícil ser “abierto” incluso con las personas cercanas” o “le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales” podrían tener que ver con “la sensación de falso yo”, cuya persona social no coincide con la experiencia interna”. Este resultado es contrario al segundo estudio de Westen y colaboradores, en el que no obtuvieron relaciones significativas con el TP evitativo (Westen et al., 2011). Con los antiguos diagnósticos, también del clúster C, el TP pasivo-agresivo, en ítems como “cuando no quiere hacer algo, con frecuencia “se le olvida” hacerlo”, con “la dificultad para recordar día a día lo que ha hecho”, y “rehúsa agresivamente a hacer lo que los otros quieren y que luego se siente mal y se disculpa”, con “en las relaciones íntimas, el paciente teme perder su propia identidad”, y con el TP depresivo, con ítems como “se descalifica a sí mismo” o “piensa en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro”, que podrían estar relacionados con “sentimientos sobre sí mismo cambiantes”. Del clúster A la ID se ha relacionado con el

TP paranoide con ítems tipo “se pregunta si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo” o “mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre usted porque podrían utilizar la información en su contra” puede tener que ver con el “falso yo”; y con el TP esquizotípico, por ejemplo “siente nervioso cuando está con otras personas”, “siente que lo están observando” o “que están hablando de usted”, puede tener que ver con el “falso yo”. Del clúster B la ID se ha correlacionado positivamente, además de con el TLP, con el TP narcisista, en ítems “es importante pasar tiempo con personas que son importantes o con influencias”, “necesario seguir ciertas reglas o costumbres sociales”, se podría corresponder de nuevo, con el “falso yo”, y la “envidia a otros”, con el “sentimiento de vacío interior”. En el segundo estudio de Westen y colaboradores la ID estuvo relacionada con el TP esquizotípico ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ) y con el TLP ( $r$  parcial= $0,23$ ,  $p<0,001$ ) (Westen et al., 2011). Esto indicaría que en nuestro estudio, el factor ID estaría relacionado con trastornos de la personalidad de todos los clústeres, incluido el TLP, y en otros estudios la ID estaría relacionada con varios trastornos de la personalidad (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000) .

- El factor I se ha correlacionado positivamente cuatro trastornos de personalidad, entre ellos el TLP. Estos han sido el TP pasivo-agresivo, que representa a alguien “malhumorado y que le gusta meterse en discusiones”, “rehúsa agresivamente a hacer lo que los otros quieren y luego se siente mal y se disculpa”, que recuerda al ítem de esta escala sobre “creencias y comportamientos contradictorios”; con el TP depresivo en ítems como “cree ser una persona incapaz y no se siente bien consigo mismo” que podría estar relacionado con “el sentido del yo depende de otra persona carismática, de una personalidad fuerte”; y con el TP paranoide con ítems como “detecta amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace” “se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera” que podrían tener que ver con “se comporta de

formas inconsistentes o contradictorias”. En el segundo estudio de Westen y colaboradores la I estuvo relacionada con el TP esquizotípico ( $r=0,22$ ,  $p<0,01$ ), además de con el TLP ( $r$  parcial= $0,17$ ,  $p<0,05$ ) (Westen et al., 2011). Esto indicaría que aunque el factor I está asociado con el paciente límite, también lo está en otros trastornos de la personalidad (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

- El factor FC se ha correlacionado positivamente con cinco trastornos de personalidad, incluido el TLP. Uno de cada clúster, junto con el TP pasivo-agresivo, en aspectos como “resistencia pasiva a cumplir con tareas sociales o laborales cotidianas”, y el TP depresivo, “culpable por cosas que no ha hecho”, “decaído”, “pesimista”. Con el TP paranoide “guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado”, “no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo”, y con el TP esquizoide, “disfruta con pocas o ninguna actividad”. Este resultado no es acorde con el segundo estudio de Westen y colaboradores (Westen et al., 2011) en el que ellos encontraron que la FC estuvo relacionada con el TP antisocial ( $r$  parcial=  $0,29$ ,  $p<0,001$ ), TP narcisista ( $r$  parcial= $0,22$ ,  $p<0,01$ ) y con el TP histriónico ( $r$  parcial= $0,10$ ,  $p<0,05$ ). Esto indicaría que aunque el factor FC es un componente central en la alteración de la identidad y está elevado en pacientes con TLP, también lo está en otros tipos de psicopatología, y no sería específico del TLP (Westen et al., 2011; Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

- El IDQ total se ha correlacionado positivamente con el TP pasivo agresivo, definido como resistencia pasiva a las demandas para un funcionamiento adecuado; con el TP depresivo, definido por un patrón persistente de pensamientos y conductas depresivas; con el TP paranoide, definido por desconfianza y suspicacia de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas; con el TP esquizoide, definido por distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión

emocional; con el TP narcisista, definido por un patrón de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía; y con el TLP, definido por inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, e impulsividad. Esto indicaría que la alteración de la identidad en sí misma está relacionada con el diagnóstico de TLP, pero también lo está con otros tipos de trastornos de la personalidad (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Nuestros resultados son acordes con un estudio que evalúa 41 pacientes con la STIPO y la SCID-II, con puntuaciones más altas y significativas en los pacientes que tenían algún diagnóstico comórbido de otro TP del clúster B, en las subescalas Identidad- Capacidad de invertir ( $U= 127,5$ ;  $p= 0,035$ ; tamaño del efecto=0,33) e Identidad- Representación de los otros ( $U= 131$ ;  $p=0,037$ ; tamaño del efecto=0,33), y una tendencia en el modelo interno de relación ( $U= 133,5$ ;  $p=0,052$ ), y una tendencia en el dominio de Identidad general ( $U= 136,5$ ;  $p=0,055$ ) (Esguevillas et al., 2018).

Para concluir, nosotros como hemos dicho, y en consonancia con el actual manual de clasificación del DSM-5 (APA, 2013), creemos que la alteración de la identidad puede estar presente en otros diagnósticos de personalidad, no únicamente en la patología límite. Esto también está apoyado en estudios de investigación. En el estudio de Modestin y colaboradores los resultados no apoyaron la conceptualización DSM de la alteración de la identidad como una característica exclusiva del TLP, ni el concepto de Kernberg de la alteración de la identidad como un elemento esencial de la organización límite de la personalidad, sino que se puede encontrar en casi todos los tipos de TPs (Modestin et al., 1998). En otro estudio se ha encontrado que los pacientes con TLP con alta difusión de identidad sufrieron con mayor frecuencia trastornos de personalidad concurrentes ( $p<0,05$ ), que los pacientes con baja difusión de la identidad (Sollberger et al., 2011).

### **3.10.1. c.- Relación de la alteración de la identidad con la sintomatología general**

Las escalas del SCL-90-R que han salido relacionadas con el IDQ, han sido obsesiones-compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), hostilidad (HOS), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSIC).

- Todas las escalas del IDQ han salido relacionadas con la dimensión sensibilidad interpersonal (SI) del SCL-90-R. El factor AR que es el único que ha salido asociado con una escala de sintomatología general, se ha relacionado con la escala sensibilidad interpersonal (SI), en ítems como “sentirse incómodo con personas del otro sexo”, se podrían parecer a “estar en conflicto o inseguro acerca de su propio género”, o “sentirse inferior a los demás” o “no me comprenden” con “pertenecer a un grupo estigmatizado”. El factor ID se ha correlacionado positivamente con la escala de sensibilidad interpersonal (SI), que incluye ítems como “sentirse herido en sus sentimientos”, “sentir que no le comprenden, “sentir que no cae bien a la gente, no les gusta”, “estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de él, que podría estar relacionado con “el “falso yo” o persona social que no se corresponde con la experiencia interna”. El factor I ha aparecido relacionado con la escala sensibilidad interpersonal (SI), con ítems como “sentirse muy pendiente de los que puedan pensar de mi”, que podría tener que ver con “sentirse diferente dependiendo con quien esté”. El factor FC se ha correlacionado positivamente también con la escala de sensibilidad interpersonal (SI), compuesta por ítems como “sentirse inferior a los demás, que podría ser debido a “las dificultades para elegir y comprometerse con una ocupación, o “comprometerse con metas y aspiraciones a largo plazo”. Y el IDQ total se ha correlacionado positivamente con la escala de sensibilidad interpersonal (SI), referida a los sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes, que podría tener que ver con la

identidad negativa o falta de identidad en general. En la línea de resultados, encontramos un estudio que analiza la historia de abuso sexual en la niñez con la psicopatología general en el SCL-90-R en una muestra de TLP, en el que aparecieron relaciones con HOS, SI y PAR. Encontraron que la sensibilidad interpersonal (SI) era el único predictor significativo de diagnóstico de TLP, por lo que estos autores sugieren que la sensibilidad interpersonal (SI) puede ser el substrato constitucional/ medioambiental en que las experiencias traumáticas interaccionan para llegar al diagnóstico límite (Figuroa, Silk, Huth, y Lohr, 1997; Figuroa y Silk, 1997).

- A primera impresión nos ha sorprendido, que el factor ID y la puntuación total del IDQ se ha hayan correlacionado positivamente con la escala de obsesiones y compulsiones (OBS) del SCL-90-R, formada por ítems como “tener dificultad para recordar cosas”, “sentir que la mente se queda en blanco”, “dificultad para tomar decisiones”, pero después vemos que podrían tener que ver con ítems como “la falta de sentido de continuidad en el tiempo”, y “no saber quién es su propio yo”, atribuibles a fallas en la mentalización, déficits en la memoria, disociación y autonarrativas disfuncionales (Jørgensen, 2010).

- El factor ID ha salido relacionado positivamente con la escala ideación paranoide (PAR) del SCL-90-R, formada por ítems como “los otros son culpables de lo que me pasa”, “perder la confianza en los otros”, “no me valoran como me merezco”, “se aprovechan de mi” podría estar relacionado con el “miedo a perder la identidad en las relaciones íntimas”.

- El factor ID también se ha correlacionado positivamente con la escala psicoticismo (PSIC) del SCL-90-R, formada por ítems como “sentir que otro puede controlar sus pensamientos”, sentirse solo aun estando con gente”, “sentirse alejado de las demás personas”, que podrían parecerse a “la sensación de vacío interior”, “sensación

de irrealidad”. Estudios previos apoyan esta relación en concreto con la asociación de vacío con la soledad psicótica (Klonsky, 2008).

- Dos factores del IDQ, la IC y la FC se han relacionado positivamente con la escala hostilidad (HOS) del SCL-90-R. En el factor I ha aparecido una correlación positiva con la escala de hostilidad (HOS), que hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo, compuesta por ítems “explotar y no poder controlarse”, que podrían parecerse a “se comporta de formas que parecen inconsistentes o contradictorias” de la escala I. El factor FC ha salido relacionado con la escala hostilidad (HOS), que hace referencia a “explotar y perder el control”, “necesidad de golpear o lastimar a alguien”, “romper o destrozar cosas”, “meterse en discusiones”, “gritar o tirar cosas”, que pueden hacer que la persona “tenga dificultades para comprometerse con una ocupación”, “con metas y aspiraciones a largo plazo”. Estos hallazgos son congruentes con los resultados de un estudio en el que comparan 30 sujetos hospitalizados con TLP con 30 sujetos neuróticos, y encuentran que la depresión en el TLP se relaciona con la ira, la ansiedad y el miedo (Leichsenring, 2004).

- En cuanto a la puntuación total del IDQ se ha correlacionado positivamente con la escala de obsesiones-compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), hostilidad (HOS), y con el SCL-90-R total. Y el factor ID es el único que ha salido relacionado con la puntuación total del SCL-90-R.

Y en cuanto a las escalas, que por el contrario no se han relacionado con el IDQ, ha habido cuatro: somatizaciones (SOM), depresión (DEP), ansiedad (ANS), y ansiedad fóbica (FOB). En relación a la falta de asociación encontrada del IDQ con las escalas de sintomatología general del SCL-90-R como las somatizaciones (SOM), la depresión

(DEP), la ansiedad (ANS) y la ansiedad fóbica (FOB) encontramos literatura científica que contradice y apoya los resultados de nuestro estudio:

De los estudios en contra de nuestros resultados, una investigación que utilizó auto y heterodescripciones mediante el STIPO, encontró que los pacientes con TLP se describieron como útiles y sensibles, con emociones reportadas como tristeza, enojo y ansiedad, con una autoimagen altruista, superficial y sufriente. Estos mismo pacientes con TLP caracterizaron a las otras personas como egoístas y satisfechas, y con tendencias agresivas (Dammann et al., 2011).

Otro estudio que no apoya nuestros hallazgos ya que encontró resultados significativos a favor de mayor psicopatología clínica cuanto más alteración de la identidad en el TLP. Este estudio encontró que la difusión de la identidad alta evaluada en el IPO, en una muestra de 52 pacientes con TLP, mostraron más niveles de síntomas psiquiátricos medidos mediante el SCL-90-R, así como más ansiedad (STAI: Inventario de ansiedad estado-rasgo), rabia (STAXI: Inventario de expresión de ira estado-rasgo), y depresión (BDI: Inventario de depresión de Beck) ( $p < 0,01$ ), lo que vuelve a demostrar la importancia de la clínica del *self* en el TLP (Sollberger et al., 2011).

Otro estudio en contra de nuestros resultados, encontró que la alteración de la identidad evaluada con el instrumento Medida de Autoconcepto e Identidad (SCIM) se correlacionó con la desregulación emocional, el TLP, la depresión y otras medidas de psicopatología (Kaufman et al., 2015).

Otro estudio en contra de nuestros resultados, con el Inventario de Capacidades del *Self* Alteradas (IASC), encontraron que sus escalas se asociaron con depresión, tendencias

suicidas, abuso de sustancias, somatización y comportamiento sexual disfuncional (Briere y Runtz, 2002).

Un estudio encontró resultados contradictorios, en el que 12 pacientes con TLP mostraron mayores verbalizaciones afectivas negativas de ansiedad, depresión y difusión de identidad en comparación con 12 pacientes con trastorno depresivo mayor sin TP en los cuestionarios (IPO, BDI, STAI), pero no en la entrevista STIPO-R. Los pacientes con trastornos de identidad de ambos grupos mostraron valores más altos de ánimo negativo en los cuestionarios, pero menos ira, menos ansiedad y menos intensidad afectiva en la entrevista (Walter et al., 2009).

De los estudios a favor de nuestros resultados, una investigación argumentó que la depresión en pacientes con TLP es cualitativamente distinta de la depresión en pacientes no TLP. A través de entrevistas y medidas de autoinforme se estudiaron a 21 sujetos con TLP y vieron que la autocondena, el vacío, el miedo al abandono, la autodestrucción y la desesperanza era los aspectos más asociados a la depresión del sujeto límite y no lo fueron ni el aburrimiento ni las quejas somáticas (Rogers, Widiger, y Krupp, 1995).

En un estudio también a favor de nuestros hallazgos, concluye que los trastornos de identidad, el vacío y miedo al abandono, es decir la ID son características más centrales del TLP que la depresión típica (Meares et al., 2011).

Pensamos que una posible razón de que no encontráramos una relación en ninguna de las escalas del IDQ que reflejen emociones como la depresión (DEP) o la ansiedad (ANS), es porque el SCL-90-R describe una depresión neurótica o distímica. En cambio sí han salido asociaciones con la escala de hostilidad (HOS), que podría representar una depresión más disfórica o irascible.

### **3.10.2.- Influencia del maltrato infantil en la alteración de la identidad en el TLP**

Es conocido que las adversidades sufridas en edades primerizas determinan muchos de los comportamientos futuros y alteran la configuración de la personalidad de los niños/as. Vamos a discutir en qué grado influyen estos acontecimientos tempranos en la alteración de la identidad en pacientes diagnosticados con TLP.

Los autores del estudio original de Wilkinson-Ryan y Westen, para valorar el historial de abuso infantil del paciente, en particular el abuso sexual, lo hicieron a través de los recuerdos conscientes que los sujetos tenían cuando comenzaron el tratamiento o que el abuso hubiera sido confirmado por una fuente externa (por ejemplo, el Departamento de Servicios Sociales, la policía o el médico) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). Nosotros lo hemos evaluado a través de un cuestionario autoadministrado, y esto puede tener el inconveniente de ser una información sesgada por la memoria, o no confirmada.

Factores del IDQ que han salido relacionados con las escalas del CTQ-SF:

- El abuso emocional, que se puede ver reflejado en ítems como que “sus familiares le llamaron estúpido, vago, o feo”, “le dijeron cosas hirientes”, o “pensó que sus padres deseaban que no hubiera nacido”, o “que le odiaban”, se ha correlacionado positivamente con la AR, compuesta por ítems como “identidad que gira en torno a un grupo estigmatizado” o “mostrar la identidad de formas que parecen poco habituales o desviadas”. La escala de AE ha salido relacionado con la I, definida por “el sentido del yo depende una personalidad fuerte”, “las ideas del yo cambian rápidamente”. El AE también se ha correlacionado positivamente con el IDQ Total, podría encontrarse en el aspecto de “creer haber sido maltratado”.

- El abuso físico, compuesto por ítems como “ser golpeado tan fuerte para tener que ir al médico o al hospital”, “le dejaran moratones o marcas”, “le castigaran con objetos contundentes”, “le apalearan tan gravemente que un maestro, vecino o médico se diera cuenta”, ha salido relacionado con la I compuesta por una “personalidad camaleónica” y “creencias y conductas contradictorias”. El AF ha salido relacionado con la FC, formada por ítems como “cambio de valores” o “tendencia a confundir los propios pensamientos con los de los demás”. Este resultado puede estar en relación con un estudio con la entrevista STIPO en que se encontraron diferencias significativas entre dos muestras de pacientes con y sin antecedentes de maltrato en la subescala Identidad- Sentido del *self* ( $U=142,5$ ;  $p=0,036$ ; tamaño del efecto= $0,32$ ), donde los pacientes con antecedentes de eventos traumáticos (maltrato físico, abuso sexual, violación) presentaron valores más altos (Esguevillas et al., 2018).

- El abuso sexual, definido como “que alguien intentara tocarle, que le tocaran de una manera sexual”, “amenazar con herirle si no hacía algo sexual”, “hacer o presenciar actos sexuales” o “ser acosado sexualmente” se ha correlacionado positivamente con la AR en “estar inseguro o en conflicto sobre su propio género”, o “pertenecer a un grupo estigmatizado como ser víctima de abuso sexual”. El AS ha salido relacionado con la ID, “en las relaciones íntimas, teme perder su propia identidad o dejar de existir si la relación íntima llega a su fin”. Y el AS ha salido relacionado con el IDQ total por el “creer haber sido abusado sexualmente”. Estos resultados pueden estar en relación con otros encontrados en una muestra de 13 mujeres con antecedentes de abuso sexual, en comparación con 22 mujeres sin antecedentes de abuso sexual, donde se encontraron diferencias significativas, con puntuaciones más altas en los pacientes con historia de abuso sexual, en el dominio Identidad de la STIPO ( $U=77,5$ ;  $p=0,016$ ; tamaño del efecto= $0,37$ ) y en las subescalas Identidad- Sentido del *Self* ( $U=87,5$ ;  $p=0,043$ ; tamaño

del efecto=0,31) e Identidad- Representación de los otros ( $U=61$ ;  $p=0,002$ ; tamaño del efecto=0,46) (Esguevillas et al., 2018).

En nuestro estudio, el abuso sexual se ha correlacionado principalmente con el factor ID, de la misma forma que en el estudio original Wilkinson-Ryan y Westen, que encontraron que el historial de abuso sexual se relacionaba en diversos grados con los factores de la alteración de la identidad, siendo el factor de ID, el que estuvo más correlacionado. En su opinión, el contenido de este factor sugiere que el historial de abuso puede desempeñar un papel en los aspectos más disociativos de la alteración de la identidad (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Respecto a estos dos tipos de abuso anteriores, AF y AS en relación con la AR, escala a la cual pertenece el ítem 6 (“identidad de género”), nuestros resultados son acordes con un estudio que comparó a 24 mujeres adolescentes con antecedentes de abuso físico o sexual con 20 mujeres adolescentes sin antecedentes de abuso. No encontraron diferencias entre ambas muestras en la expresión de identidad/ rol de género, excepto en la muestra de mujeres abusadas que mostró un mayor predominio de clasificaciones indiferenciadas y andróginas (Villinski, 1991). Otro estudio encontró una relación específica del abuso sexual en el TLP y la alteración de la identidad y la autolesión (C. Johnson, 1999). Por otro lado, encontramos un estudio de 73 mujeres con TLP encontraron que la alteración de la identidad se asoció con trauma no sexual (Parker et al., 2018).

- La negligencia emocional, compuesta por ítems inversos como “alguien en mi familia que me ayudó a sentir que era importante o especial”, “me sentí querido”, “mis familiares cuidaban unos de otros”, “muy unidos los unos a los otros”, “fuente de fuerza

y apoyo” se ha relacionado con la AR en ítems como “pertenecer a un grupo estigmatizado”, “definirse en términos de una etiqueta”.

- La negligencia física, “no tener suficiente para comer”, “llevar ropa sucia”, “estaban bebidos o colocados para ocuparse de la familia” o ítems puntuados inversamente, “alguien me cuidaba y protegía”, “me llevaba al médico si lo necesitaba”, se ha correlacionado positivamente con la AR, que se refleja en “pertenecer a un grupo estigmatizado como ser hijo de un alcohólico”, “estar en conflicto sobre su identidad racial o étnica”. La NF se ha relacionado con la FC compuesta por ejemplo, por “cambios en las creencias políticas”.

- El CTQ-SF Total se ha correlacionado positivamente con todas la escalas del IDQ, AR, ID, I, FC y con el IDQ total.

En nuestro caso, podemos decir, que la alteración de la identidad está fuertemente relacionada con el historial de maltrato infantil en general. Así, haber sufrido antecedentes sea de abuso, emocional, físico o sexual o negligencia emocional o física muestra una tendencia para presentar alteración de la identidad.

Existen estudios que obtuvieron resultados contrarios a los resultados de nuestro estudio. En un estudio con evidencia contraria a nuestros resultados, en el marco hospitalario de 50 pacientes, el 75% de los pacientes con TLP tenían antecedentes de algún tipo de abuso, en comparación con el 33% de los pacientes no TLP. Un análisis mostró que el historial de abuso se correlacionaba con los criterios de relaciones inestables, sentimientos de vacío y miedos de abandono, mientras que el historial de negligencia se correlacionaba con el comportamiento suicida. La inestabilidad afectiva, la ira intensa y los trastornos de identidad no se encontraron correlacionados con el abuso o la negligencia (Oldham, Skodol, Gallaher, y Kroll, 1996).

En otro estudio con evidencia en contra de nuestros resultados, los autores encontraron que la alteración de la identidad no predisponía a trastornos específicos del eje I ni al comportamiento suicida, y no se correlacionaba con las experiencias traumáticas infantiles (Modestin et al., 1998).

Westen y colaboradores, en el estudio original, evaluaron la relación entre el género, el abuso sexual y los cuatro factores de alteración de la identidad para predecir la presencia o ausencia del diagnóstico límite. Encontraron que el modelo que incluyó el género y el abuso sexual excluyendo el criterio de alteración de la identidad ( $R= 0,51$ ) representó el 25,6% de la varianza total ( $F= 12,75$ ,  $gl= 2$ ,  $74$ ,  $p= 0,001$ ), y el modelo combinado que incluyó el género, el abuso sexual, y los cuatro factores de alteración de la identidad ( $R= 0,73$ ) representó el 53,1% de la varianza total ( $F= 13,20$ ,  $gl= 6$ ,  $70$ ,  $p< 0,001$ ), con un cambio muy significativo ( $F= 10,24$ ,  $gl= 4$ ,  $70$ ,  $p< 0,001$ ). Evaluaron la relación entre el abuso sexual y la gravedad del TLP medida en el número total de síntomas. Cuando usaron las mismas variables para predecir el número de síntomas de TLP excluyendo el criterio de alteración de la identidad, el género y el abuso sexual sólo explicó el 25.0% de la varianza, mientras que sumando la variable alteración de la identidad ( $R= 0,67$ ) se explicó un 20,0% adicional ( $F= 15,20$ ,  $gl= 4,75$ ,  $p< 0,001$ ), un cambio muy significativo ( $F=7,61$ ,  $gl=4,70$ ,  $p< 0,001$ ) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000).

Así, en este primer estudio de Wilkinson-Ryan y Westen, apuntaron que algunos de los componentes de la identidad se relacionaron con una historia de abuso sexual y otros no. Para ellos, las deficiencias en el desarrollo de la identidad parecían características propias del TLP, tuvieran o no historia de abuso. Así, el diagnóstico de TLP era el mejor predictor de la alteración de la identidad, más que el historial de abuso sexual (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000). En el segundo estudio de Westen y colaboradores, como en los

resultados obtenidos previamente en la muestra de adultos sugieren que aunque el abuso sexual contribuye a algunas dimensiones de alteración de la identidad, el TLP está relacionado con las cuatro dimensiones de la alteración de la identidad independientemente del historial de abuso (Westen et al., 2011).

Un estudio con datos a favor y en contra de nuestros propios resultados con el cuestionario IASC de Capacidades Alteradas del *Self*, encontró que el abuso emocional materno se asoció con deterioro de la identidad, y por el contrario, el abuso sexual no fue predictivo del deterioro de la identidad (Briere y Rickards, 2007).

Existen estudios con evidencia a favor con los resultados de nuestro estudio.

En un estudio se examinaron los orígenes del desarrollo, la estabilidad y la utilidad predictiva de los síntomas de TLP en una muestra de 102 mujeres encarceladas en un correccional juvenil con altas tasas de maltrato y violencia infantil, a medida que pasaban de la adolescencia a la adultez temprana, en un periodo de 5 años. Los síntomas patognomónicos del TLP (miedo al abandono, gestos suicidas, vacío y disociación) demostraron mayor estabilidad, frente a aquellos que se superponen más con comportamientos problemáticos normativos de los adolescentes (relaciones inestables, confusión de identidad, impulsividad e inestabilidad emocional). Los síntomas de TLP se predijeron por negligencia infantil y violencia pronosticada en la edad adulta temprana. (Burnette, Lax, Chauhan, y Reppucci, 2011).

Otro estudio con evidencia a favor, investigó el vínculo entre el abuso y el abandono recordados en la infancia y la difusión de la identidad en 215 pacientes psiquiátricos adolescentes hospitalizados. Los resultados confirmaron que el abuso emocional, físico y sexual y el abandono emocional y físico se correlacionaron significativamente con la

difusión de identidad en la adolescencia. En mayor medida, el abuso emocional y sexual aumentó la probabilidad de difusión de identidad (Stecher, Bock, Fleischmann, Fuchs, y Sevecke, 2018).

En un estudio de madres con TLP, la negligencia se asoció con la inestabilidad afectiva, la alteración de la identidad, las relaciones negativas y la autolesión. El abuso sexual se asoció con el trastorno de identidad y las relaciones negativas. Y el abuso físico se asoció con la autolesión (Macfie y Kurdziel, 2019).

Como se ha comentado, aunque la patogenia del TLP no está clara, la investigación sugiere la interacción de los componentes biológicos con los acontecimientos vitales adversos ambientales. Y este estudio aporta evidencia a favor de la influencia del maltrato infantil sobre unos de los síntomas del TLP, la alteración de la identidad.

En resumen, el estudio 2 tuvo los siguientes resultados. El IDQ ha salido relacionado la sintomatología clínica del TLP, en concreto con la dimensión cognitiva y afectiva de la DIB-R. El IDQ ha salido relacionado con varios trastornos de personalidad de todos los clústeres, en concreto, ha salido relacionado con los rasgos de personalidad pasivo-agresivos, paranoides, depresivos, esquizoides y esquizotípicos, y en menor medida con rasgos narcisistas y evitativos de la SCID-II. El IDQ se ha relacionado con diferentes sintomatologías de tipo general, en concreto se ha relacionado con la sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y obsesiones del SCL-90-R. Y por último, el IDQ ha mostrado relación con el maltrato infantil en concreto con las dimensiones de abuso emocional, físico y sexual, y negligencia emocional y física.

A continuación se muestran algunos de los hallazgos más relevantes de este trabajo:

- Ha sido difícil encontrar una medida que contemplara la difícil definición y evaluación de la alteración de la identidad de una manera amplia pero breve, pero tras una búsqueda exhaustiva, se ha seleccionado el IDQ como la prueba más indicada al objetivo que nos planteábamos.
- El IDQ es el único instrumento que permite una evaluación de cuatro factores empíricamente derivados (absorción de rol, incoherencia dolorosa, inconsistencia, falta de compromiso), y no ha sido creado exclusivamente con un fundamento teórico.
- Siguiendo el método de traducción y traducción inversa se ha conseguido que la versión en lengua española del IDQ se corresponda en contenido con la versión americana. Este método garantiza la correspondencia semántica y de contenido entre la versión original americana del instrumento y la versión en castellano.
- Para llevar a cabo la validación del IDQ se ha reclutado una muestra de 36 sujetos con TLP en el caso de la muestra clínica y una muestra de 195 sujetos en el caso de la muestra control, en ambos casos podemos decir que representan un tamaño suficiente grande para poder extraer conclusiones significativas.
- La versión española del IDQ es un instrumento con buenas propiedades psicométricas, ha mostrado una adecuada fiabilidad y validez, y se configura como una herramienta estandarizada adecuada para la evaluación de la patología de la identidad en nuestro entorno.
- Tras los análisis factoriales oportunos nuestro estudio confirma la composición multifacética de la alteración de la identidad. Nosotros pensamos, que en contra de otras soluciones factoriales, el modelo original propuesto por los autores del IDQ es mucho más completo e interesante, y que tanto para nuestra investigación, como para estudios

posteriores, son necesarios los cuatro factores por separado, así como la puntuación total.

El modelo de cuatro factores sigue siendo el más adecuado para explicar el constructo de la escala, aunque la interpretación de las puntuaciones es más sencilla de interpretar en su conjunto.

- Aunque el IDQ es aplicado por profesionales con experiencia en el ámbito de la salud mental, nosotros creemos, y teniendo en cuenta estudios previos, que con una pequeña modificación de los ítems, que no afecta al contenido, también se pueden obtener las puntuaciones de forma autoinformada. De esta manera, puede ser respondido por el propio usuario con la guía de un responsable con conocimientos en salud mental. Esto lo convierte en una escala de gran utilidad, ya que es de fácil aplicación, poca complejidad y bajo coste, en cuanto a material y tiempo invertido en su administración.

- Se ha demostrado que el estudio del *self* es esencial en el caso del TLP, pero también resulta de suma importancia en los TPs en general. Aunque el IDQ ha sido diseñado con los contenidos obtenidos de la población clínica y destaca una utilidad clínica, pensamos que puede ser igualmente aplicado, para la detección de los problemas de identidad, en población general, razón por la cual las escalas han sido baremadas en puntuaciones T.

- La presencia de alteración de la identidad evaluada por el IDQ en el TLP implica confusión de roles, sufrimiento por un sentido de incoherencia e inconsistencia en pensamientos, y comportamientos y falta de compromiso vocacional, y ocupacional.

- Una mayor alteración de la identidad en el TLP implica mayor presencia de pensamientos extraños, experiencias perceptuales no habituales, experiencias paranoides no delirantes, y experiencias pseudopsicóticas, así como depresión, ansiedad, irascibilidad y otros estados disfóricos.

- Una mayor alteración de la identidad en el TLP implica más comorbilidad con rasgos de personalidad pasivo-agresivos, paranoides, depresivos, esquizoides y esquizotípicos, y en menor medida, con rasgos narcisistas y evitativos.
- Una mayor alteración de la identidad en el TLP, ha significado más sintomatología de tipo sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y obsesiones.
- Los resultados encontrados han relacionado los antecedentes de maltrato infantil con alteraciones en la nosología del *self*. Las escalas del IDQ han mostrado relación con los antecedentes de maltrato infantil en general, y en concreto, asociaciones con las dimensiones de abuso emocional, físico y sexual, y negligencia emocional y física.

## 4.- Limitaciones

---

Este estudio tiene varias limitaciones:

Una de las limitaciones más importantes es el reducido tamaño de la muestra clínica. Aunque inicialmente la muestra era mucho mayor, pocos sujetos accedieron a completar el estudio y a responder el cuestionario de alteración de la identidad.

Dado que nuestra muestra ha sido exclusivamente de mujeres los resultados no se pueden extrapolar en su totalidad a sujetos varones.

La muestra de sujetos control ha sido seleccionada de forma incidental. Y la muestra control equiparada por sexo y edad, no ha sido apareada en el resto de variables sociodemográficas, de estado civil, nivel de estudios y ocupación laboral.

Otra limitación es que al encontrar una distribución no normal de las variables, se han tenido que emplear pruebas no paramétrica más conservadoras, con la obtención de menos cantidad de resultados significativos, respecto a la relación de los tipos de sintomatología clínica y los antecedentes de maltrato infantil sobre la construcción de la alteración de la identidad.

Para el estudio que nos ocupa no ha sido analizada la comorbilidad con los diagnósticos del eje I.

No se ha podido establecer la sensibilidad y especificidad del punto de corte establecido a partir del cual poder hacer un diagnóstico de alteración de la identidad.

En general, creemos que la gran mayoría de relaciones que han salido positivamente significativas, tienen cabida dentro de la investigación sobre el tema que nos ocupa, aunque también pensamos que pueda haber aparecido alguna relación espuria producida por las características de nuestra muestra en concreto.

## 5.- Relevancia y aplicabilidad

---

La principal relevancia de este estudio es que aporta un método de evaluación del constructo de identidad en formato estandarizado y validado con muestras españolas. Nuestro estudio garantiza que el Cuestionario de Alteración de la Identidad es una prueba adecuada, útil, sencilla y corta para su uso en la evaluación de la patología del *self* en sujetos de habla hispana.

Dado el tiempo de aplicación y el contenido de los ítems, el IDQ resulta un cuestionario bien tolerado por los profesionales de la salud mental y es una escala de gran utilidad clínica debido a la sencillez de su interpretación. Un instrumento no es útil si su aplicación resulta difícil, compleja o costosa. Este parámetro hace referencia a aspectos como el tiempo necesario para la aplicación del instrumento, la sencillez en el formato y la claridad de las preguntas.

Este estudio aporta baremos de corrección, en función de sujetos normales, que permiten el establecimiento de un punto de corte para los pacientes, de los diferentes componentes de la identidad.

El IDQ permite disponer de una herramienta en lengua castellana para poder llevar a cabo la valoración de la identidad en los TP en la línea con el modelo dimensional de los trastornos de personalidad del DSM-V.

La validación del IDQ ha permitido sumar conocimiento empírico sobre la relación de la alteración de la identidad respecto a múltiples síntomas clínicos propios de la patología límite, psicopatológicos generales relacionados como al resto de trastornos de la personalidad.

Nuestros resultados aumentan el conocimiento del origen y mantenimiento del constructo de alteración de la identidad y sus componentes en lo relativo a la contribución de la adversidad en la infancia de las personas que padecen trastorno límite de la personalidad.

## 6.- Sugerencias para estudios futuros

---

Las sugerencias que planteamos para estudios futuros, serían, en primer lugar, que se pudieran replicar y corroborar los resultados con mayor número de sujetos, y que se pudieran extender tanto a población clínica masculina, como a otras etnias que conviven en nuestra población actual.

Sería necesario que en estudios próximos se pudieran continuar estudiando algunas propiedades psicométricas que han quedado pendientes de la versión española del IDQ. Así, consideramos importante, por ejemplo, poder determinar la sensibilidad al cambio, es decir, poder evaluar cuanta capacidad tiene el IDQ para detectar modificaciones a través del tiempo, en la respuesta de un mismo individuo sobre su alteración de la identidad tras un tratamiento o intervención. También sería conveniente poder establecer los valores de sensibilidad y especificidad del cuestionario, es decir la capacidad de clasificar correctamente a los sujetos, detectando alteración de la identidad en un individuo con alteración del *self*, y detectando ausencia de alteración de la identidad en un individuo sano.

Importante llevar a cabo una baremación con una selección de la muestra de controles al azar y estratificada por variables sociodemográficas.

En esta línea, sería sugestivo poder medir y predecir el nivel de funcionalidad, en relación a la mejora en las puntuaciones del IDQ.

Proponemos que en estudios venideros, también se pueda analizar otra propiedad psicométrica como es la validez de constructo, y utilizar una combinación de escalas

autoaplicadas, entrevistas clínicas e informes de miembros de la familia y otras personas significativas para comparar y unificar resultados.

Nos atrevemos a recomendar que para llegar al diagnóstico del TLP, a nivel complementario, se pudiera utilizar el IDQ para la exploración de la alteración de la identidad, junto con la entrevista DIB-R. La DIB-R evalúa 4 ámbitos de contenido: afectos, patrones de acción impulsiva, sintomatología pseudo-psicótica y problemas en las relaciones interpersonales, pero no la patología de la identidad tan característica, y como hemos visto, esencial en el TLP.

Sería interesante poder utilizar esta herramienta para explorar la alteración de la identidad en el resto de los TPs como indica el modelo dimensional del DSM-V, siendo ésta un área de suma importancia (APA, 2013).

Sería conveniente poder seguir aclarando, dentro del modelo de múltiples vulnerabilidades causales, cuales son los factores específicos, además de los antecedentes de trauma infantil, que hacen que se genere una identidad alterada en el transcurso del desarrollo.

Y por último, sería primordial, igualmente, tratar de estudiar la alteración de la identidad de forma transdiagnóstica, de la misma forma, que en los últimos tiempos, se han contemplado constructos como los déficits en la regulación de las emociones (Kaufman y Crowell, 2018; Neacsiu et al., 2015). Se trataría de establecer cómo las diferentes formas de la alteración de la identidad pueden contribuir al desarrollo de los múltiples tipos de psicopatologías o trastornos psiquiátricos.

## 7.- Conclusiones

---

1.- La versión española del IDQ muestra adecuados valores de fiabilidad en la muestra clínica, con un rango de 0,71 a 0,87 para las escalas y un valor de 0,93 para la puntuación total. En la muestra de sujetos no pacientes la fiabilidad fue de 0,82 en las escalas de incoherencia dolorosa e inconsistencia y valores inferiores a 0,70 en las escalas falta de compromiso (0,64) y de absorción de rol (0,67). La fiabilidad en la escala global del IDQ fue de 0,91.

2.- Se ha replicado la estructura factorial de cuatro dimensiones, confirmándose la validez de constructo y estructura conceptual del IDQ.

3.- Las personas con TLP obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en todas las escalas, esto es, en absorción de rol, incoherencia dolorosa, inconsistencia y falta de compromiso, así como en la puntuación total del IDQ cuando fueron comparadas con sujetos no pacientes.

4.- En personas con TLP hubo varias asociaciones entre las escalas de identidad y medidas de sintomatología clínica y psicopatología general.

4. a.- El área cognitiva se asoció con las escalas de absorción de rol, incoherencia dolorosa y la puntuación global del IDQ. El área afectiva se relacionó con el factor de inconsistencia. La puntuación total para el diagnóstico global de TLP se correlacionó con todas las escalas y la puntuación global del IDQ.

4. b.- Se han obtenido diferentes relaciones entre rasgos de varios trastornos de la personalidad y las escalas del IDQ. Así, una mayor puntuación en absorción de rol

implicó mayor sintomatología en los trastornos de la personalidad pasivo/agresivo, paranoide, esquizotípico y esquizoide. Mayor puntuación en incoherencia dolorosa supuso mayor número de criterios para los síntomas en los trastornos evitativo, pasivo/agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, narcisista y límite. Incoherencia dolorosa y falta de compromiso se asociaron ambas a síntomas del pasivo/agresivo, depresivo, paranoide y límite. Falta de compromiso además se asoció con el esquizoide. Finalmente, la alteración de la identidad, como puntuación global en el IDQ, se ha asociado con síntomas en los trastornos pasivo/agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, narcisista y límite.

4. c.- Por su parte, se han obtenido varias relaciones entre las escalas de alteración de la identidad y diferentes medidas de sintomatología general. Absorción de rol se relacionó con sensibilidad interpersonal. Incoherencia dolorosa correlacionó con obsesiones/ compulsiones, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, psicoticismo y la puntuación total de sintomatología general. Inconsistencia y falta de compromiso se asociaron con sensibilidad interpersonal y hostilidad. Una mayor puntuación en la escala total del IDQ implicó mayor sintomatología en obsesiones/ compulsiones, sensibilidad interpersonal, hostilidad y la puntuación global de sintomatología general. Así, la escala de sensibilidad interpersonal se asoció con todas las escalas del IDQ.

5.- En cuanto a la relación de la alteración de la identidad con el maltrato en la infancia se han obtenido varias asociaciones. Una mayor absorción de rol implicó una mayor puntuación en los diferentes tipos de abusos y negligencias con la excepción del abuso físico. Incoherencia dolorosa se relacionó con abuso sexual, mientras que inconsistencia lo hizo con abuso emocional y físico. Falta de compromiso implicó mayor puntuación en antecedentes de abuso sexual y negligencia física. Una mayor alteración de la identidad

como puntuación global supuso un mayor abuso emocional y sexual además de mayor maltrato general. Maltrato general se asoció con todas las escalas y la puntuación global del IDQ.

## V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., & Oltmanns, T. F. (2012). The Distinguishing Characteristics of Narrative Identity in Adults with Features of Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 498–512.
- Agnew, G., Shannon, C., Ryan, T., Storey, L., & McDonnell, C. (2016). Self and identity in women with symptoms of borderline personality: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30490>
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14(1), 45–63. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x>
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P. R., & Gillath, O. (2008). Psychometric properties of the Spanish and American versions of the ECR adult attachment questionnaire: A comparative study. *European Journal of Psychological Assessment*, 24(1), 9–13. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.24.1.9>
- Álvarez, I., Andión, O., Barral, C., Calvo, N., Casadella, C., Casañas, R., ... Gancedo, B. (2011). Guía De Práctica Clínica Sobre Trastorno Límite De La Personalidad. *Generalitat de Catalunya*, 323. <https://doi.org/978-84-393-8010-9>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(91\)90043-U](https://doi.org/10.1016/0007-6813(91)90043-U)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. American Psychiatric Association. DSM.*  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.893619>

American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association (Vol. 1). Arlington, VA: American Psychiatric Association.*

American Psychological Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.*

Ammaniti, M., Fontana, A., Clarkin, A., Clarkin, J. F., Nicolais, G., & Kernberg, O. F. (2012). Assessment of Adolescent Personality Disorders Through the Interview of Personality Organization Processes in Adolescence (IPOP-A): Clinical and Theoretical Implications. *Adolescent Psychiatry, 2*(1), 36–45.  
<https://doi.org/10.2174/2210677411202010036>

APA. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association.*

APA. (2013). *American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Journal of Psychiatry.*  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>

Arruabarrena, M. I., & Paúl, J. de. (1999). Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. *Madrid: Ediciones Pirámide, 29–35.*

Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality

disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>

Balistreri, E., Busch-Rossnagel, N. A., & Geisinger, K. F. (1995). Development and preliminary validation of the ego identity process questionnaire. *Journal of Adolescence*, 18(2), 179–192. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1012>

Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>

Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbrüggen, O., Lammers, C. H., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 368–380. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.368>

Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Álvarez, E., ... Pérez Sola, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R). *Actas Espanolas de Psiquiatria*.

Barral, D. M. (2011). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad, 1–75.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Baryshnikov, I., Aaltonen, K., Suvisaari, J., Koivisto, M., Heikkinen, M., Joffe, G., & Isometsä, E. (2018). Features of borderline personality disorder as a mediator of the relation between childhood traumatic experiences and psychosis-like experiences in

patients with mood disorder. *European Psychiatry*, 49, 9–15.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.005>

Basten, C., & Touyz, S. (2019). Sense of Self: Its Place in Personality Disturbance, Psychopathology, and Normal Experience. *Review of General Psychology*.

<https://doi.org/10.1177/1089268019880884>

Bateman Anthony, & Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización*. Desclée De Brouwer.

Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ...

Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study.

*Journal of Personality Disorders*. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>

Beck, A. T., & Freeman, A. M. (1990). Overview of Cognitive Therapy of Personality Disorders. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 3–18.

Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2016). Self other disturbance in borderline personality disorder: Neural, self-report, and performance-based evidence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.

<https://doi.org/10.1037/per0000127>

Bellino, S., Bozzatello, P., & Bogetto, F. (2015). Combined treatment of borderline personality disorder with interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy: Predictors of response. *Psychiatry Research*, 226(1), 284–288.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.064>

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis.

*Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>

Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline Personality as a Self-Other Representational Disturbance. *Journal of Personality Disorders*. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500>

Benjamin, L. S., & Wonderlich, S. A. (1994). Social Perceptions and Borderline Personality Disorder: The Relation to Mood Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.610>

Bennion, L. D., & Adams, G. R. (1986). A revision of the extended version of the objective measure of ego identity status: An identity instrument for use with late adolescents. *Journal of Adolescent Research*. <https://doi.org/10.1177/074355488612005>

Berman, S. L., Montgomery, M. J., & Kurtines, W. M. (2004). The Development and Validation of a Measure of Identity Distress. *Identity*. [https://doi.org/10.1207/s1532706xid0401\\_1](https://doi.org/10.1207/s1532706xid0401_1)

Bernstein, D. P., & Fink, L. (1997). Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report (CTQ). *Pearson*. <https://doi.org/10.1126/science.233.4768.1102>

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

Berrios, R., Kellett, S., Fiorani, C., & Poggioli, M. (2016). Assessment of identity

disturbance: Factor structure and validation of the personality structure questionnaire in an Italian sample. *Psychological Assessment*.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000143>

Berzonsky, M. D. (1992). Identity Style and Coping Strategies. *Journal of Personality*, 60(4), 771–788. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00273.x>

Berzonsky, M. D., Soenens, B., Luyckx, K., Smits, I., Papini, D. R., & Goossens, L. (2013). Development and validation of the revised identity style inventory (ISI-5): Factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 25(3), 893–904. <https://doi.org/10.1037/a0032642>

Biberdzic, M., Ensink, K., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2017). Psychometric Properties of the Inventory of Personality Organization for Adolescents. *Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.2174/2210676607666170607141146>

Biberdzic, M., Ensink, K., Normandin, L., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2013). Inventory of Personality Organization for Adolescents. *PsycTESTS*. <https://doi.org/10.1037/t66742-000>

Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464–483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>

Bistran, A., Polnareva, N., Avramova, A., & Terziev, D. (2015). Identity development in Bulgaria-psychometric properties of culture adapted AIDA inventory in school and clinical sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1), S107–S108.

Błasczyk-Schiep, S., & Jaworska-Andrzejewska, P. (2014). Negative experiences in

childhood, stress and self-injurious behavior and suicidal tendencies in people with  
borderline personality. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 36(216), 389–393.

Bosma, H. A. (1992). Identity in adolescence : Managing commitments. In R. Adams,  
G.R. Guilotta, T.P. Montemayor (Ed.), *Identity formation and development* (Vol. 4,  
pp. 1–30).

Bosma, H. A. (2017). Chapter based on “Identity development in adolescence: coping  
with commitments” (thesis, 1985) Identity in adolescence: Managing commitments,  
(January 1992).

Bosma, H. A., Kunnen, E. S., & van der Gaag, M. A. E. (2012). G.I.D.S., Groninger  
Identity Development Scale: revisie 2012: handleiding.

Boulangier, M., Dethier, M., Gendre, F., & Blairy, S. (2013). Identity in schizophrenia: A  
study of trait self-knowledge. *Psychiatry Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.04.002>

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult  
attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.),  
*Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York, NY: Guilford.

Breu, F., Guggenbichler, S., Wollmann, J., & Lovasz, N. (2008). Intersubjectivity in  
Borderline Personality Disorder: Narrative, Identity Disturbance, and Borderline  
Personality Traits. *Vasa*.

Briere, J., & Hodges, M. (2010). Assessment of the impact of early life trauma: Clinical  
science and societal effects: Assessing the effects of early and later childhood trauma  
in adults. In *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden*

*Epidemic* (pp. 207–216). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042.024>

Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness:

Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 497–503.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31803044e2>

Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance.

*Assessment*, 9(3), 230–239. <https://doi.org/10.1177/1073191102009003002>

Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-*

*Cultural Psychology*, 1(3), 185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>

Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In & J. W. B.

W. J. Lonner (Ed.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137–164).

Beverly Hill: Sage .

Brown, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality

disorder. *Clinical Case Studies*. <https://doi.org/10.1177/1534650104271773>

Buie, D. H., & Adler, G. (1982). Definitive treatment of the borderline personality.

*International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 51–87.

Bulik, C. M., & Kendler, K. S. (2000). “I am what I (don’t) eat”: Establishing an identity independent of an eating disorder. In *American Journal of Psychiatry* (Vol. 157, pp.

1755–1760). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1755>

- Burnette, M. L., Lax, R., Chauhan, P., & Reppucci, N. D. (2011). Borderline personality disorder in high risk females: Are all symptoms created equal? *Journal of Abnormal Psychology*.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(10), 1231–1240. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00031-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00031-1)
- Caballo, V. E., & Camacho, S. (2000). El trastorno limite de la personalidad. *Psicología Desde El Caribe*.
- Carrasco, J. L., Díaz-Marsá, M., Pastrana, J. I., Molina, R., Brotons, L., López-Ibor, M. I., & López-Ibor, J. J. (2007). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. *British Journal of Psychiatry*, *190*(04), 357–358. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022590>
- Castellini, G. (2016). Gender Dysphoria. In *An Experiential Approach to Psychopathology: What is it like to Suffer from Mental Disorders?* (pp. 79–96). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-29945-7\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-29945-7_4)
- Castillo-Tamayo, R., & Arias-Zamora, H. (2017). La evaluación de la identidad en el DSM-5: una propuesta que está pasando inadvertida TT - Assessment of identity in the DSM-5: a proposal is happening inadvertent. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.*
- Chanen, A., Jovev, M., McCutcheon, L., Jackson, H., & McGorry, P. (2008). Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews*, *4*(1), 48–57. <https://doi.org/10.2174/157340008783743820>

Chen, Y. F. (2002). Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): Towards integration in international classification. In *Psychopathology*.  
<https://doi.org/10.1159/000065140>

Chinese Medical Association. (1985). Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD). *Chinese Neuropsychiatric Journal*.

Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/10503300500395889>

Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2007). Stipo: 1.07. Structured Interview of Personality Organization., 1–90.

Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Hurt, S. W. (1993). Factor Structure of Borderline Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 137–143.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.2.137>

Clarkin, J. F., Ph, D., Caligor, E., Stern, B. L., Ph, D., & Kernberg, O. F. (2016). STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION : STIPO-R  
Personality Disorders Institute Weill Medical College of Cornell University.

Clarkin, J. F., & Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000084812>

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>

Cole, P. M., Llera, S. J., & Pemberton, C. K. (2009). Emotional instability, poor

emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990162>

Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Elwood, L. (2010). Recovery From Disability for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Feasibility Trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.11.1106>

Courtney, D. B., & Makinen, J. (2016). Impact of diagnosis disclosure on adolescents with borderline personality disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(3), 177–184.

Cozolino, L. (2009). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain. Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1080/17432970802682316>

Cozzi, F., & Ostuzzi, R. (2007). Relational competence and eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 12(2), 101–107. <https://doi.org/10.1007/BF03327585>

Crocetti, E., Sica, L. S., Schwartz, S. J., Serafini, T., & Meeus, W. (2010). The functions of identity scale: Validation in Italian late adolescents and emerging adults. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17(2), 55–71.

Dammann, G., Hugli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A., ... Walter, M. (2011). the Self-Image in Borderline Personality Disorder: an in-Depth Qualitative Research Study. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 517–527. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.517>

Dancey, C., & Reidy, J. (2011). *Statistics without maths for psychology*. Pearson

*education. Book.*

Davis, M. H. (1983). Empathy Measure.Pdf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

de Bonis, M., De Boeck, P., Lida-Pulik, H., & Feline, A. (1995). Identity disturbances and self-other differentiation in schizophrenics, borderlines, and normal controls. *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), 362–366. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90117-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90117-5)

De Las Cuevas, C., Gonzalez, J. L., Benitez, M. H., Monterrey, A. L., Rodriguez-Pulido, F., & Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*.

De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., & Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.061>

Derogatis, L. (1977). SCL-90-R. Administration, scoring, and procedures manual I for the revised version od the SCL-90. *John Hopkins University Press*. <https://doi.org/10.1098/rspb.2018.1084>

Derogatis, L. (1994). *The SCL-90-R Symptom Checklist 90-R administration, scoring, and procedures manual*. *International journal of*.

Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., ... Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*.

<https://doi.org/10.1080/07351690.2013.815087>

Díaz-benjumea, M. D. (2002). Psicoanálisis Y Psicología De La Personalidad.

Perspectivas para la Integración. *Escuela Abierta*.

Doering, S. (2014). La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) del trastorno límite de la personalidad. *Psicopatol. Salud Ment.*, 19–35.

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ...

Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>

Ellison, W. D., Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2016).

The clinical significance of single features of borderline personality disorder: Anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients.

*Journal of Personality Disorders*, 30(2), 261–270.

[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_193](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_193)

Elsner, D., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2018). What is the clinical significance of chronic

emptiness in borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1177/1039856217734674>

Esbec, E, & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de personalidad en

el DSM-V. *Actas Esp Psiquiatría*, 39, 1–11.

Esbec, Enrique, & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la

personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones limitations. *Terapia*

*Psicológica*, 32(3), 255–264. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>

- Esbec, Enrique, & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 43(5), 177–186.
- Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4–20.
- Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F., & García, P. S. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255–260.
- Esguevillas, Á., Díaz-Caneja, C. M., Arango, C., Rey-Mejías, Á. L. Del, Bernardo, E. G., Delgado, C., ... Carrasco, J. L. (2018). Personality organization and its association with clinical and functional features in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 262, 393–399. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.013>
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2014). *Terapia de grupo centrada en esquemas para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad*. Desclée De Brouwer.
- Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite The blurry boundaries of Bordeline Personality Disorder. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(132), 399–413. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200005>
- Fernández-Guerrero, M. J., & Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clinica y Salud*, 28(3), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.002>
- Fertuck, E. A., Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Hoermann, S., & Stanley, B. (2006). Executive neurocognition, memory systems, and borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 346–375.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.008>

Feulner, J., Haid-Stecher, N., Fleischmann, S., Fuchs, M., & Sevecke, K. (2018).

Assessment and therapy of adolescent identity diffusion. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 67(7), 624–638.

<https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.7.624>

Figuroa, E. F., Silk, K. R., Huth, A., & Lohr, N. E. (1997). History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 23–30.

Figuroa, E., & Silk, K. R. (1997). Biological Implications of Childhood Sexual Abuse in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 71–92.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.71>

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). *American Psychiatric Press, Inc.*

Flory, J. D., Yehuda, R., Grossman, R., New, A. S., Mitropoulou, V., & Siever, L. J. (2009). Childhood trauma and basal cortisol in people with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.007>

Foelsch, P. A., Odom, A. E., & Kernberg, O. F. (2008). [Treatment of adolescents with identity diffusion: a modification of transference focused psychotherapy]. *Sante Mentale Au Quebec*.

Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., & Odom, A. (2015). Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT): Una aproximación integral de la personalidad.

Fonagy, P. (1999). Attachment, the Development of the Self, and Its Pathology in Personality Disorders. In *Treatment of Personality Disorders*.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6876-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-6876-3_5)

Fonagy, P., & Target, M. (2002). Psychodynamic approaches to child therapy. *Kaslow, Florence W [Ed]; Magnavita, Jeffrey J [Ed] (2002) Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Psychodynamic/Object Relations, Vol 1 (Pp 105-129) Xvii, 622 Pp Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; US.*

Fontana, A., Ammaniti, M., & Nicolais, G. (2014). Assessment of borderline personality disorder in adolescence: The contribution of IPOP-A interview. (A. Aliprandi Ammaniti, Ammaniti, Ammaniti, Ammaniti, Bateman, Belsky, Bernstein, Bios, Bornovalova, Bornovalova, Cailhol, Chabrol, Chanen, Chanen, Chen, Clark, Cohen, Courtney-Seidler, Crawford, Crawford, DeFife, Feenstta, Foelsch, Grant, Grilo, Hawes, Huts, Ed.), *La Valutazione Del Disturbo Borderline Di Personalita in Adolescenza: Il Contributo Dell'IPOP-A*. Fontana, Andrea: LUMSA Universita di Roma, Piazza delle Vaschette, 101, Roma, Italy, 00193, [andreafontanaweb@gmail.com](mailto:andreafontanaweb@gmail.com): Il Pensiero Scientifico Editore.

Fossa Arcila, P. (2010). Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU*. Universidad del Valle.

Fossa, P. (2009). Organización Limítrofe de Personalidad.

Fossati, A., Borroni, S., Feeney, J., & Maffei, C. (2012). Predicting borderline personality disorder features from personality traits, identity orientation, and attachment styles in Italian nonclinical adults: Issues of consistency across age ranges. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 280–297. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.2.280>

- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, *40*(6), 379–387. <https://doi.org/10.1159/000106468>
- Gagnon, J., Vintiloiu, A., & McDuff, P. (2016). Do splitting and identity diffusion have respective contributions to borderline impulsive behaviors? Input from Kernberg's model of personality. *Psychoanalytic Psychology*. <https://doi.org/10.1037/pap0000052>
- Gazzillo, F., Lingardi, V., Peloso, A., Giordani, S., Vesco, S., Zanna, V., ... Vicari, S. (2013). Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.006>
- Ghaffari Nejad, A., Kheradmand, A., & Toofani, K. (2010). Identity disturbance and substance-dependence in patients with borderline personality disorder. *Addiction & Health*.
- Godbout, N., Daspe, M. È., Runtz, M., Cyr, G., & Briere, J. (2019). Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality-related symptoms: Gender-specific structural equation models. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(1), 90–98. <https://doi.org/10.1037/tra0000403>
- Gold, N., & Kyratsous, M. (2017). Self and identity in borderline personality disorder: Agency and mental time travel. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *23*(5), 1020–1028. <https://doi.org/10.1111/jep.12769>
- Gomez-Beneyto, M., Villar, M., Renovell, M., Perez, F., Hernandez, M., Leal, C., ... Asencio, A. (1994). The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *Journal of Personality Disorders*.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.2.104>

Goodman, M., New, A., & Siever, L. (2004). Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 104–116.

<https://doi.org/10.1196/annals.1314.008>

Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020601-08>

Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O., & Schmeck, K. (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence

- Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1–16.

<https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-27>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV

borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4),

533–545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>

Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2000). Stability and course of personality disorders: The need to consider comorbidities and continuities between

axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders. In *Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1023/A:1004680122613>

Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis.

*American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>

Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., & Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. <https://doi.org/41110112> [pii]

Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... Krueger, R. F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 24(3), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>

Gutiérrez, F., Aluja, A., Ruiz, J., García, L. F., Gárriz, M., Gutiérrez-Zotes, A., ... Widiger, T. A. (2020). Personality Disorders in the ICD-11: Spanish Validation of the PiCD and the SASPD in a Mixed Community and Clinical Sample. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191120936357>

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., & Rössler, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. *European Psychiatry*, 28(8), 476–482. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2013.04.004>

Hoeschel, K., Pfluegler, S., Rinke, M., Burmeister, K., Chrysanthou, C., & Comtois, K.

- A. (2011). Dialectic behavioral therapy-The concept of accepting the challenges of exiting the system (DBT-ACES). *Dialektisch-Behaviorale Therapie Nach Der Akutphase-Die Herausforderung Annehmen, Das System Zu Verlassen (DBT-ACES)*. <https://doi.org/10.1159/000332889>
- Hope, N. H., & Chapman, A. L. (2019). Difficulties regulating emotions mediates the associations of parental psychological control and emotion invalidation with borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(3), 267–274. <https://doi.org/10.1037/per0000316>
- Hörz, S., Stern, B., Caligor, E., Critchfield, K., Kernberg, O. F., Mertens, W., & Clarkin, J. F. (2009). A prototypical profile of borderline personality organization using the structured interview of personality organization (STIPO). *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/00030651090570060802>
- Houben, M., Claes, L., Vansteelandt, K., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2017). The emotion regulation function of nonsuicidal self-injury. *Journal of Abnormal Psychology*. <https://doi.org/10.1037/abn0000229>
- T4 - A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features M4 - Citavi
- Hunt, M. (2007). Borderline personality disorder across the lifespan. *Journal of Women and Aging, 19*(1–2), 173–191. [https://doi.org/10.1300/J074v19n01\\_11](https://doi.org/10.1300/J074v19n01_11)
- Hurt, S. W., Clarkin, J. F., Koenigsberg, H. W., Frances, A., & Nurnberg, H. G. (1986). Diagnostic Interview for Borderlines. Psychometric Properties and Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 256–260. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.256>

- Ingenhoven, T. J. M., Duivenvoorden, H. J., Brogtrop, J., Lindenborn, A., Van Den Brink, W., & Passchier, J. (2009). Brief communications: Interrater reliability for Kernberg's structural interview for assessing personality organization. *Journal of Personality Disorders, 23*(5), 528–534. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.528>
- Jackson, K. M., & Trull, T. J. (2001). The factor structure of the personality assessment inventory-borderline features (PAI-BOR) scale in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders. https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.536.19187*
- Johnson, C. S. (1999). Borderline Personality Disorder: The influence of childhood trauma and family environment and their associations with different representations of the disorder criteria. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. US: ProQuest Information & Learning.
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., ... J.G., G. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive Psychiatry*. D.M. Johnson, Summa Health System, St. Thomas Hospital, 444 North Main St, Akron, OH 44310, United States; W.B. Saunders (Independence Square West, Philadelphia PA 19106-3399, United States).
- Jones, R. M., & Streitmatter, J. L. (1987). Validity and reliability of the EOM-EIS for early adolescents. *Adolescence, 22*(87), 647–659.
- Jørgensen, C R. (2009). Identity style in patients with borderline personality disorder and normal controls. *Journal of Personality Disorders*.
- Jørgensen, Carsten René. (2006, December). Disturbed sense of identity in borderline

personality disorder. *Journal of Personality Disorders*.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.618>

Jørgensen, Carsten René. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344–364.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.344>

Jørgensen, Carsten René, Berntsen, D., Bech, M., Kjølbye, M., Bennedsen, B. E., & Ramsgaard, S. B. (2012). Identity-related autobiographical memories and cultural life scripts in patients with Borderline Personality Disorder. *Consciousness and Cognition*, 21(2), 788–798. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2012.01.010>

Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 425–444.

<https://doi.org/10.1111/cpsp.12051>

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015, August 1). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215>

Kassin, M., De Castro, F., Arango, I., & Goth, K. (2013). Psychometric properties of a culture-adapted Spanish version of AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) in Mexico. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1).

<https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-25>

Kaufman, E. A., & Crowell, S. E. (2018). Biological and behavioral mechanisms of identity pathology development: An integrative review. *Review of General*

*Psychology*, 22(3), 245–263. <https://doi.org/10.1037/gpr0000138>

Kaufman, E. A., Cundiff, J. M., & Crowell, S. E. (2015). The Development, Factor Structure, and Validation of the Self-concept and Identity Measure (SCIM): A Self-Report Assessment of Clinical Identity Disturbance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 122–133. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9441-2>

Kempe, C. H. (1984). Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. By C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. <https://doi.org/10.1001/jama.251.24.3288>

Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., ... Horwitz, M. C. (2015). Adverse Childhood Experiences and Mental Health, Chronic Medical Conditions, and Development in Young Children. *Academic Pediatrics*, 15(5), 510–517. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005>

Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>

Kernberg, O. F. (1970). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/000306517001800403>

Kernberg, O. F. (1979). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico; Border and Pathological Narcissism Disorders (Spanish Edition)*. Paidós Iberica Ediciones S A.

Kernberg, O. F. (1984a). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies* (1st). Yale University Press.

Kernberg, O. F. (1984b). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies* (1st). Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2005). Identity Diffusion in Severe Personality Disorders. *Handbook of Personology and Psychopathology*.

Kernberg, O. F. (2012). Identity: Recent Findings and Clinical Implications. *The Psychoanalytic Quarterly*. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>

Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents. Personality disorders in children and adolescents*. New York, NY, US: Basic Books.

Kirkpatrick, T., Joyce, E., Milton, J., Duggan, C., Tyrer, P., & Rogers, R. D. (2007). Altered Emotional Decision-Making in Prisoners with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 243–261. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.243>

Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/a0021015>

Klonsky, E. D. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418–426. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.418>

- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., ... Siever, L. J. (2001). Are the Interpersonal and Identity Disturbances in the Borderline Personality Disorder Criteria Linked to the Traits of Affective Instability and Impulsivity? *Journal of Personality Disorders*, *15*(4), 358–370. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.4.358.19181>
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R., & Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: Core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, *62*(4), 377–394. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.4.377>
- Kors, S., Macfie, J., Mahan, R., & Kurdziel-Adams, G. (2020). The Borderline Feature of Negative Relationships and the Intergenerational Transmission of Child Maltreatment Between Mothers and Adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000397>
- Kravic, N. (2013). Validation process of the questionnaire AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) in Bosnia-Herzegovina. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Kroger, C., & Kosfelder, J. (2007). A meta-analysis of the efficacy of dialectical behavior therapy in borderline personality disorder. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Und Psychotherapie: Forschung Und Praxis*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443.36.1.11>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>

- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *39*, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., & Fursland, A. (2011). Avoidance of affect in the eating disorders. *Eating Behaviors*, *12*(1), 90–93. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.11.004>
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
- Leichsenring, F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *68*(1), 9–22. <https://doi.org/10.1521/bumc.68.1.9.27729>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. In *The Lancet* (Vol. 377, pp. 74–84). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>

- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2012, April). Predicting domains and rates of change in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.  
<https://doi.org/10.1037/a0025872>
- Levy, K.N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*.
- Levy, Kenneth N., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 129–143. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9033-8>
- Levy, Kenneth N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy. *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000084813>
- Lind, M., Vanwoerden, S., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Inpatient adolescents with borderline personality disorder features: Identity diffusion and narrative incoherence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 389–393. <https://doi.org/10.1037/per0000338>
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. (R. Santandreu, Ed.) (Paidós). Barcelona.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*.
- Linehan, Marsha M. (2015). *DBT skills training manual*. *DBT® skills training manual*, 2nd ed. The Guilford Press.

Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.941>

Luciano, C., & Wilson, K. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(5), 469–477. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x>

Macfie, J., & Kurdziel, G. (2019). The Experience of Maltreatment in Young Children Whose Mothers Have Borderline Personality Disorder: Reflections in Their Narrative Representations. *Journal of Personality Disorders*, 1–15.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_407](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_407)

MacFie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 993–1011. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000534>

Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/h0023281>

Marcia, J. E., Waterman, A. S., Matteson, D. R., Archer, S. L., Orlofsky, J. L., & Marcia, J. E. (2011). The Ego Identity Status Approach to Ego Identity. In *Ego Identity*.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8330-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8330-7_1)

Martino, F., Lia, L., Bortolotti, B., Menchetti, M., Monari, M., Ridolfi, M. E., ... Berardi, D. (2014). The family of a patient with borderline personality disorder: Burden of illness and interventions for caregivers. [Italian]. *Rivista Di Psichiatria*.

Mastrotheodoros, S., & Motti-Stefanidi, F. (2017). Dimensions of Identity Development Scale (DIDS): A test of longitudinal measurement invariance in Greek adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*.  
<https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1241175>

Mc Crae, R. R., & Costa, P. T. (1986). *Personality in adulthood: A Five Factor Theory Perspective*. *Experimental Aging Research*.

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256–264. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>

Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J., & Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.3109/00048674.2010.551280>

Melero, R., & Cantero, J. (2008). Los estilos afectivos en la población española : un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y Salud*, 19(1), 83–100.

Mercer, D. E. (1997). Subgroups of addicted and nonaddicted borderline outpatients based on symptoms exhibited and comorbid disorders. *Dissertation Abstracts*

*International: Section B: The Sciences and Engineering.*

- Milidou, M. (2013). Validation process of the Greek AIDA version: Cultural differences in describing and displaying pathology-related identity development in a Greek sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), S107–S108. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0423-9> LK -  
<http://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=10188827&id=doi:10.1007%2Fs00787-013-0423-9&title=Validation+process+of+the+Greek+AIDA+version%3A+Cultural+differences+in+describing+and+displaying+pathology-related+identity+development+in+a+Greek+sample&title=Eur.+Child+Adolesc.+Psychiatry&title=European+Child+and+Adolescent+Psychiatry&volume=22&issue=2&spage=S107&epage=S108&aulast=Milidou&aufirst=Marina&aunit=M.&aufull=Milidou+M.&coden=&isbn=&pages=S107-S108&d>
- Millon, T; Davis, R. (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV.*, Masson.
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2008). A neurocognitive model of borderline personality disorder: effects of childhood sexual abuse and relationship to adult social attachment disturbance. *Development and Psychopathology*, 20(1), 341–368. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000163>
- Modestin, J., Oberson, B., & Erni, T. (1998). Identity disturbance in personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90047-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90047-5)
- Molina Ramos, R., Carrasco Perera, J. L., Pérez Urdaniz, A., & Sánchez Iglesias, S. (2002). Factors associated to the diagnoses of borderline personality disorder in

psychiatric out-patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 30(3), 153–159.

Moreno, M. J., & Medina, A. (2006). Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad.

Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory (PAI) Professional Manual. Psychological Assessment Resources.*  
<https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp284>

Morioka, D., Ohkubo, F., & Amikura, Y. (2014). Self-mutilation by a patient with borderline personality disorder. *Aesthetic Plastic Surgery*, 38(4), 812–814.  
<https://doi.org/10.1007/s00266-014-0332-4>

Mosquera, D., Leeds, A. M., & Gonzalez, A. (2014). Application of EMDR Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of EMDR Practice and Research.*  
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.2.74>

Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11 domains. *Personality and Mental Health*, 10(2), 84–95.  
<https://doi.org/10.1002/pmh.1336> LK -  
<http://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=1932863X&id=doi:10.1002%2Fpmh.1336&atitle=Validating+the+proposed+ICD-11+domains&stitle=Personal+Ment+Health&ttitle=Personality+and+mental+health&volume=10&issue=2&spage=84&epage=95&aualast=Mulder&aufirst=Roger+T.&aunit=R.T.&aufull=Mulder+R.T.&coden=&isbn=&pages=84-95&date=2016&aunit1=R&aunitm=T>

Neacsiu, A. D., Herr, N. R., Fang, C. M., Rodriguez, M. A., & Rosenthal, M. Z. (2015).

Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 346–361.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22141>

NICE. (2009). Borderline personality disorder: treatment and Management NICE clinical guideline 78 Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health.

Núñez Morales, N., Sancho, M., Granados Martínez, B., & Gibert Rahola, J. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85–98. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.10.001>

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Gallaher, P. E., & Kroll, M. E. (1996). Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: A pilot study. *Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/BF02326372>

Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>

OMS. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*.

OMS. (2018). CIE-11. Retrieved April 23, 2020, from <https://icd.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación internacional de enfermedades 10 (CIE 10).

Palacios, J., Moreno, M. C., & Jiménez, J. (2003). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 7–21.  
<https://doi.org/10.1174/02103709560575442>

- Pally, R. (2002). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder: The Synergy of “Nature and Nurture.” *Journal of Psychiatric Practice*, 8(3), 133–142.  
<https://doi.org/10.1097/00131746-200205000-00002>
- Paris, J. (2004). Gender differences in personality traits and disorders. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0042-8>
- Paris, J. (2010). Estimating the Prevalence of Personality Disorders in the Community. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 405–411.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.405>
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482–487.  
<https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Parker, G., McCraw, S., & Bayes, A. (2018). Borderline personality disorder: does its clinical features show specificity to differing developmental risk factors? *Australasian Psychiatry*, 26(4), 410–413.  
<https://doi.org/10.1177/1039856218760732>
- Peppard, L. (2008). Evidence-Based Management of Identity Disturbance Following Childhood Trauma. *Clinical Scholars Review*, 1(1), 40–45.  
<https://doi.org/10.1891/1939-2095.1.1.40>
- Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil Neurobiological consequences of child sexual abuse: a systematic review. *Gac Sanit*, 25(3), 233–239.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>

Perry, J. C., & Klerman, G. L. (1978). The Borderline Patient: A Comparative Analysis of Four Sets of Diagnostic Criteria. *Archives of General Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770260019001>

Pines, M. (1977). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. By Otto Kernberg. New York: Jason Aronson. 1975. Pp 361. Price \$15.00. *British Journal of Psychiatry*, 131(2), 212–213. <https://doi.org/10.1192/s0007125000016214>

Pollock, P., & Broadbent, M. (2001). The Personality Structure Questionnaire (PSQ): Multiple Self States Model of Identity Disturbance in Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology ...*, 72, 59–72.

Pollock, P. H., Broadbent, M., Clarke, S., Dorrian, A., & Ryle, A. (2001). The Personality Structure Questionnaire (PSQ): A Measure of the Multiple Self States Model of Identity Disturbance in Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.250>

Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015). The facets of identity: Personality pathology assessment through the inventory of personality organization. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.  
<https://doi.org/10.1037/per0000119>

Publishers, H. (2009). Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2 : Manual of Diagnosis and Treatment Planning. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*.

Rodriguez, T. P., Rostami, G., Walter, D., Bender, S., & Krischer, M. (2018). Identity diffusion among adolescents - Validation of the inventory of personality

organization in a clinical adolescent sample (IPO-A). *Praxis Der Kinderpsychologie*

*Und Kinderpsychiatrie*, 67(7), 657–673.

<https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.7.657>

Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., ... Lammers, C. H. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(2), 148–158. <https://doi.org/10.1002/cpp.684>

Rogers, J. H., Widiger, T. A., & Krupp, A. (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 268–270. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.268>

Romero, N., Valero, J., Labad, X., Mirapeix, C., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2018). Adaptación al español del Identity Disturbance Questionnaire de Wilkinson-Ryan y Westen en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *sitges /barcelona, spain: 5th International Congress on borderline Personality disorder and allied disorders Rethinking Borderline Personality Disorder: improving treatment and training.*

Rosowsky, E., & Gurian, B. (1992). Impact of borderline personality disorder in late life on systems of care. In *Hospital and Community Psychiatry* (Vol. 43, pp. 386–389). <https://doi.org/10.1176/ps.43.4.386>

Rubio, V., & Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Elsevier.

Rufat, M. (2020). STIPO-R. ¿Quieres saber si tienes Trastorno Límite de Personalidad? – Grup TLP Barcelona. Retrieved November 1, 2020, from <https://www.gruptlpbarcelona.org/es/2018/01/30/stipo-r-quieres-saber-si-tienes->

trastorno-limite-de-personalidad/

Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, *137*(3), 191–202.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.004>

Ryle, A, Kerr, I. B. (2003). INTRODUCING Cognitive Analytic Therapy: Principles & Practice Reviex. *Psychodynamic Practice*. <https://doi.org/10.1080/13533330310001616678>

Ryle, A., & Kerr, I. B. (2008). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*.  
<https://doi.org/10.1002/9780470713587>

Saldaña, D., Jiménez, J., & Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*.  
<https://doi.org/10.1174/02103709560575488>

Sansone, R.A., Gaither, G. A., & Songer, D. A. (2002). Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*.

Sansone, Randy A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *8*(5), 16–20.

Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Foelsch, P. A., & Doering, S. (2013, July 31). The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-27>

- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Foelsch, P., & Goth, K. (2013). Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Assessment of Identity Development in Adolescence (AIDA)*, (21), 19–30.
- Schupak-Neuberg, E., & Nemeroff, C. J. (1993). Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: Implications for a metaphorical perspective of “body as self.” *International Journal of Eating Disorders*. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199305\)13:4<335::AID-EAT2260130402>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199305)13:4<335::AID-EAT2260130402>3.0.CO;2-M)
- Schwartz, S. J. (2004). Brief report: Construct validity of two identity status measures: The EIPQ and the EOM-EIS-II. *Journal of Adolescence*, 27(4), 477–483. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.005>
- Schwarze, C. E., Mobascher, A., Pallasch, B., Hoppe, G., Kurz, M., Hellhammer, D. H., & Lieb, K. (2013). Prenatal adversity: A risk factor in borderline personality disorder? *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002140>
- Serafini, T. E., & Adams, G. R. (2002). Functions of identity: Scale construction and validation. *Identity: An International Journal of Theory and Research*. Vol 2(4). [https://doi.org/10.1207/S1532706XID0204\\_05](https://doi.org/10.1207/S1532706XID0204_05)
- Seres, I., Unoka, Z., Bódi, N., Áspán, N., & Kéri, S. (2009). The Neuropsychology of Borderline Personality Disorder: Relationship With Clinical Dimensions and Comparison With Other Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23(6), 555–562. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.6.555>
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the Measurement of Axis II: A Q-sort Procedure for Assessing Personality Pathology. *Assessment*, 5(4), 333–353.

<https://doi.org/10.1177/107319119800500403>

- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01326-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01326-4)
- Silk, K. R. (2010). The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 25–37. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.25>
- Singh, D., McMain, S., & Zucker, K. J. (2011). Gender Identity and Sexual Orientation in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 447–454. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02086.x>
- Skhirtladze, N., Javakhishvili, N., Schwartz, S. J., Beyers, W., & Luyckx, K. (2016). Identity processes and statuses in post-Soviet Georgia: Exploration processes operate differently. *Journal of Adolescence*, 47, 197–209. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.08.006>
- Skodol, A.E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Pagano, M. E. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487–504. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487>
- Skodol, Andrew E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51(12), 951–963. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01325-2)

- Smits, D. J. M., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization–Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 25(4), 223–230. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.4.223>
- Solano, P., Magagnoli, M., Pizzorno, E., Innamorati, M., Bruzzone, L., & Amore, M. (2014). EPA-1070 – Suicide attempts and “body-art”: is there any correlation? a preliminary study. *European Psychiatry*, 29, 1. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(14\)78351-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(14)78351-8)
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Agarwalla, P., Benecke, C., Schwald, O., ... Dammann, G. (2015). Change in Identity Diffusion and Psychopathology in a Specialized Inpatient Treatment for Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 559–569. <https://doi.org/10.1002/cpp.1915>
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Küchenhoff, J., Dammann, G., & Walter, M. (2011). Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000325104>
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2016). *Mindfulness para reducir el estrés. Una guía práctica* (6 edición).
- Stecher, N., Bock, A., Fleischmann, S., Fuchs, M., & Sevecke, K. (2018). Remembered childhood maltreatment as a link to identity diffusion in adolescence. *Identitätsdiffusion in Der Adoleszenz: Zusammenhänge Mit Erinnerung Belastenden Kindheitserfahrungen.*, 22(3), 215–224.

- Stein, M. B., Pinsker-Aspen, J. H., & Hilsenroth, M. J. (2007). Borderline pathology and the Personality Assessment Inventory (PAI): An evaluation of criterion and concurrent validity. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 81–89.  
[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8801\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8801_11)
- Steinberg, M., Barry, D. T., Sholomskas, D., & Hall, P. (2005). SCL-90 symptom patterns: Indicators of dissociative disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*.  
<https://doi.org/10.1521/bumc.2005.69.3.237>
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 657–666.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.006>
- Stern, B.L., Caligor, E., Roose, S.P. and Clarkin, J. F. (2004). The Structured Interview For Personality Organization (Stipo). *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, (52), 1223–1224.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., ... Kernberg, O. F. (2010). Structured interview of personality organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
- Stern, B. L., Caligor, E., Roose, S. P., & Clarkin, J. F. (2004). The Structured Interview For Personality Organization (Stipo): Reliability and Validity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*
- Stevenson, J., Meares, R., & Comerford, A. (2003). Diminished Impulsivity in Older Patients With Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*,

160(1), 165–166. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.165>

Stoffers, J., Völm, B., Rücker, G., Huband, N., & Lieb, K. (2013). Psychological therapies for people with borderline personality disorder ( Review ). *Cochrane Library*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>. Copyright

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

Stone, M. H. (2014). Personal Reflections: Borderline Personality Disorder- Contemporary Issues in Nosology, Etiology, and Treatment. *Psychiatric Annals*. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19900101-04>

Tackett, J. L., Balsis, S., Oltmanns, T. F., & Krueger, R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S095457940900039X>

Talley, A. E., Tomko, R. L., Littlefield, A. K., Trull, T. J., & Sher, K. J. (2011). The influence of general identity disturbance on reports of lifetime substance use disorders and related outcomes among sexual minority adults with a history of substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 530–541. <https://doi.org/10.1037/a0023022>

Tesouro Cid, M., Palomanes Espadalé, M. L., Bonachera Carreras, F., & Fernández Martínez, L. (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias Pedagógicas*, (21), 211–224.

- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Tyrer, P. (2013, February). The classification of personality disorders in ICD-11: Implications for forensic psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health*.  
<https://doi.org/10.1002/cbm.1850>
- Uka, A., & Deva, U. (2013). Psychometric properties of the Albanian AIDA version in a Kosovar school sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1), S107.
- Van Wel, B., Kockmann, I., Blum, N., Pfohl, B., Black, D., & Heesterman, W. (2006, January 1). STEPPS group treatment for borderline personality disorder in The Netherlands. *Annals of Clinical Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1080/10401230500464760>
- Vega-Arce, M., & Núñez-Ulloa, G. (2017). Cribado de las experiencias adversas en la infancia en preescolares: revisión sistemática. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 74(6), 385–396. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2017.07.003>
- Vega, D., Torrubia, R., Soto, À., Ribas, J., Soler, J., Pascual, J. C., & Rodríguez-Fornells, A. (2017). Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry Research*.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.008>
- Vila, C. Alteración de la identidad y riesgo autolítico en pacientes con trastorno límite de la personalidad (2014).
- Villinski, A. M. (1991). The Relationship Between a History of Child Abuse and

Polarized Development of Gender Identity/role in Adolescence. *Dissertation Abstracts International. Section B: Physical Sciences & Engineering*, 51(08), 4071.

Wallis, J. D. (2007). Orbitofrontal Cortex and Its Contribution to Decision-Making. *Annual Review of Neuroscience*, 30(1), 31–56.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.30.051606.094334>

Walter, M., Dammann, G., Selinger, J., Frommer, J., M., W., G., D., ... Frommer, J. (2008). Identity and identity disturbance in personality disorders: Definition, conceptualisation and perspectives from a psychodynamic point of view. *Identitat Und Identitätsstörung Bei Persönlichkeitsstörungen: Definition, Konzeptionen Und Perspektiven Aus Psychodynamischer Sicht*. Walter, M.: Universitare Psychiatrische Kliniken, Wilhelm Klein-Strasse 27, Basel, Switzerland, CH-4025, marc.walter@upkbs.ch: Schwabe & Co.

Walter, Marc, Berth, H., Selinger, J., Gerhard, U., Küchenhoff, J., Frommer, J., & Dammann, G. (2009). The lack of negative affects as an indicator for identity disturbance in borderline personality disorder: A preliminary report. *Psychopathology*, 42(6), 399–404. <https://doi.org/10.1159/000241196>

Weniger, G., Lange, C., Sachsse, U., & Irle, E. (2009). Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*.

West, M. (2004). Identity, narcissism and the emotional core. *Journal of Analytical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2004.00482.x>

Westen, D. (1994). Toward an Integrative Model of Affect Regulation: Applications to

Social-Psychological Research. *Journal of Personality*, 62(4), 641–667.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00312.x>

Westen, D., Betan, E., & Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 23(1), 305–313. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9701.2011.01374.x>

Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 273–285. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.273>

Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 952–966. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.952>

Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Clark, L. A. (2009). An Integrative Dimensional Classification of Personality Disorder. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/a0016606>

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528–541. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>

Willis, F., Kuniss, S., Kleindienst, N., Naoum, J., Reitz, S., Boll, S., ... Schmahl, C. (2017). The role of nociceptive input and tissue injury on stress regulation in

borderline personality disorder. *Pain.*

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000787>

Wingenfeld, K., Spitzer, C., Rullkötter, N., & Löwe, B. (2010). Borderline personality disorder: Hypothalamus pituitary adrenal axis and findings from neuroimaging studies. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 154–170.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.09.014>

Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S. T., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychological Medicine*, 45(11), 2237–2251.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291715000318>

World Health Organization. (2015). OMS | Maltrato de menores. *World Health Organization*.

World Health Organization. (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF - The International Classification of Functioning, Disability and Health. *Geneva*. <https://doi.org/WHO/EIP/GPE/CAS/01.3>

Yáñez-Yaben, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto : análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Revista de Acción Psicológica*.  
<https://doi.org/10.5944/ap.8.2.191>

Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of*

*Nervous and Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/00005053-200208000-00003>

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia Centrada en la Transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*.

Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Rev. ed. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Rev. ed.*

Zanarini, M. (2006). Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.827>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>

Zanarini, Mary C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)

Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>

Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>

- Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-Year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Reich, B., & Fitzmaurice, G. (2012). 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. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476–483.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>
- Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Garrett, F. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>
- Zanarini, Mary C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(6), 412–416. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000165295.65844.52>
- Zanarini, Mary C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders.

*American Journal of Psychiatry*, 147(2), 161–167.

<https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161>

Zanarini, Mary C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (2011). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10–18.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>

Zanarini, Mary C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV Borderline Personality Disorder in Two Community Samples: 6,330 English 11-Year-Olds and 34,653 American Adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607–619. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>

Zanarini, Mary C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>

Zandersen, M., & Parnas, J. (2019). Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 106–113. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx183>

Zimmerman, D. J., & Choi-Kain, L. W. (2009). The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(3), 167–183. <https://doi.org/10.1080/10673220902996734>

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline

personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 245–252.

[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90123-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90123-2)

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>

Zimmermann, G., Lannegrand-Willems, L., Safont-Mottay, C., & Cannard, C. (2015). Dimension of Identity Development Scale--French Version. *PsycTESTS*.

Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S., & Dammann, G. (2015). Standardization of the German 16-item short version of the Inventory of Personality Organization (IPO-16). *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 61(1), 5–18. <https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.1.5>

Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.30804>

## VI.- APÉNDICES

---

### Apéndice 1.- Ítems de la versión original del IDQ

- 1) *Identity centers around not being like someone else*
- 2) *Personality changes dramatically depending on whom patient is with; personality is “chameleon-like”*
- 3) *Sense of self depends on relationship to a charismatic other; tends to be in the orbit of a strong personality*
- 4) *Values tend to change frequently; patient does not seem to have a constant set of core values*
- 5) *Patient has had difficulty choosing and committing to an occupation*
- 6) *Patient appears conflicted or unsure about own gender*
- 7) *Patient appears conflicted or unsure about whether he or she is heterosexual, homosexual, or bisexual*
- 8) *Patient feels as though he or she is a different person depending on whom he or she is with*
- 9) *Patient holds grossly inconsistent or contradictory beliefs*
- 10) *Patient frequently behaves in ways that seem inconsistent or contradictory*
- 11) *Beliefs and actions often seem grossly contradictory (e.g., espouses conservative sexual values while behaving promiscuously)*
- 12) *Political beliefs have shifted frequently or dramatically*
- 13) *Patient tends to confuse own thoughts with those of others*
- 14) *Patient lacks a sense of continuity over time or has difficulty recalling day to day what he or she has done*

- 15) *Patient tends to feel like he or she does not know who own self is*
- 16) *Patient tends to feel empty inside*
- 17) *In close relationships, patient fears losing own identity*
- 18) *Patient fears he or she would no longer exist or would lose own identity if close relationship were to end*
- 19) *Identity seems to revolve around a “cause” or shifting causes (e.g., defines self by membership in a political movement)*
- 20) *Sense of identity revolves around membership in a stigmatized group (e.g., child of an alcoholic, sexual abuse survivor)*
- 21) *Patient defines self in terms of a label that provides a sense of identity*
- 22) *Patient embraces identity of a person who is “bad”*
- 23) *Patient appears conflicted about racial or ethnic identity (e.g., totally disavows it or defines self primarily in terms of it)*
- 24) *Patient tends to feel like a “false self” whose social persona does not match inner experience*
- 25) *Patient has trouble committing to long-term goals or aspirations*
- 26) *Views of whom patient would like to be are unstable and ever changing*
- 27) *Views of self change rapidly or unpredictably*
- 28) *Feelings about self change rapidly or unpredictably*
- 29) *Patient has trouble telling life story; narrative accounts have large gaps or inconsistencies*
- 30) *Patient has had dramatic religious experiences felt to have changed his or her life (e.g., “born again” experiences)*
- 31) *Patient has had “epiphany” experiences (e.g., sudden, dramatic revelations about self) felt to have changed his or her life*

*32) Patient identifies self primarily with a group that seems unusual given sex, race, or ethnicity*

*33) Patient sometimes feels unreal*

*34) Patient has memories only available under certain states*

*35) Patient “displays” identity in ways that appear unusual or deviant (e.g., multiple tattoos, piercings, highly peculiar hair style or coloring)*

## Apéndice 2.- Ítems del IDQ sin el paciente

- 1) La identidad se centra en no ser como otra persona
- 2) La personalidad cambia drásticamente dependiendo con quién esté ~~el paciente~~; la personalidad es camaleónica
- 3) El sentido del Yo depende de la relación con otra persona carismática; tiende a girar en torno a una personalidad fuerte
- 4) Los valores tienden a cambiar frecuentemente; ~~el paciente~~ no parece tener un conjunto constante de valores fundamentales
- 5) ~~El paciente~~ ha tenido dificultades para elegir y comprometerse con una ocupación
- 6) ~~El paciente~~ parece estar en conflicto o inseguro acerca de su propio género
- 7) ~~El paciente~~ parece estar en conflicto o inseguro acerca de si es heterosexual, homosexual o bisexual
- 8) ~~El paciente~~ se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté
- 9) ~~El paciente~~ mantiene creencias sumamente inconsistentes o contradictorias
- 10) ~~El paciente~~ se comporta frecuentemente de formas que parecen inconsistentes o contradictorias
- 11) Las creencias y acciones parecen a menudo sumamente contradictorias (por ejemplo, apoya valores conservadores sexuales mientras se comporta de una manera promiscua)
- 12) Las creencias políticas han cambiado con frecuencia o drásticamente
- 13) ~~El paciente~~ tiende a confundir sus propios pensamientos con los de los demás
- 14) ~~El paciente~~ carece de un sentido de continuidad en el tiempo o tiene dificultad para recordar día a día lo que ha hecho

- 15) ~~El paciente~~ tiende a sentir que no sabe quién es su propio yo
- 16) ~~El paciente~~ tiende a sentir vacío interior
- 17) En las relaciones íntimas, ~~el paciente~~ teme perder su propia identidad
- 18) ~~El paciente~~ teme dejar de existir o perder su propia identidad si una relación íntima llegara a su fin
- 19) La identidad parece girar en torno a una "causa" o causas cambiantes (por ejemplo, se define a sí mismo por su pertenencia a un movimiento político)
- 20) El sentido de identidad gira en torno a la pertenencia a un grupo estigmatizado (por ejemplo, ser hijo de un alcohólico o la víctima de un abuso sexual)
- 21) ~~El paciente~~ se define a sí mismo en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad
- 22) ~~El paciente~~ abarca la identidad de una persona que es "mala"
- 23) ~~El paciente~~ aparece en conflicto sobre su identidad racial o étnica (por ejemplo, la rechaza totalmente o bien se autodefine principalmente en base a ella)
- 24) ~~El paciente~~ suele sentirse como un "falso yo", cuya persona social no coincide con la experiencia interna
- 25) ~~El paciente~~ tiene problemas para comprometerse con metas o aspiraciones a largo plazo
- 26) Las ideas sobre quién le gustaría ser ~~al paciente~~ son inestables y cambiantes
- 27) Las ideas del propio Yo cambian rápida e impredeciblemente
- 28) Los sentimientos sobre sí mismo cambian rápida e impredeciblemente
- 29) ~~El paciente~~ tiene problemas para contar la historia de su vida; sus narraciones tienen grandes lagunas o inconsistencias
- 30) ~~El paciente~~ ha tenido experiencias religiosas dramáticas que siente que han cambiado su vida (por ejemplo, como experiencias de "volver a nacer")

- 31) ~~El paciente~~ ha tenido experiencias de "epifanía" (por ejemplo, revelaciones súbitas y dramáticas sobre sí mismo) que siente que han cambiado su vida
- 32) ~~El paciente~~ se identifica a sí mismo principalmente con un grupo que parece poco común dado su sexo, raza o etnia
- 33) ~~El paciente~~ a veces se siente irreal
- 34) ~~El paciente~~ tiene recuerdos solo accesibles bajo determinados estados
- 35) ~~El paciente~~ "muestra" su identidad de formas que parecen poco habituales o desviadas (por ejemplo, múltiples tatuajes, *piercings*, estilo o color de pelo muy peculiares)

### Apéndice 3.- Ítems de la versión española del IDQ

#### CUESTIONARIO DE ALTERACIÓN DE LA IDENTIDAD (IDQ, *Identity Disturbance Questionnaire*) (Wilkinson-Ryan y Westen, 2000); (Romero et al., 2018)

A continuación se muestran un conjunto de ítems que evalúan múltiples manifestaciones de la alteración de la identidad en población adulta. Reflexione en qué grado se han dado las siguientes experiencias a lo largo de su vida. Seleccione para cada ítem la puntuación que mejor le defina. 1= No es cierto en absoluto; 4= Algo cierto; 7= Muy cierto. Todos los ítems deben ser puntuados.

1. La identidad se centra en no ser como otra persona	1	2	3	4	5	6	7
2. La personalidad cambia drásticamente dependiendo con quién esté; la personalidad es camaleónica	1	2	3	4	5	6	7
3. El sentido del Yo depende de la relación con otra persona carismática; tiende a girar en torno a una personalidad fuerte	1	2	3	4	5	6	7
4. Los valores tienden a cambiar frecuentemente; no parece tener un conjunto constante de valores fundamentales	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha tenido dificultades para elegir y comprometerse con una ocupación	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece estar en conflicto o inseguro acerca de su propio género	1	2	3	4	5	6	7
7. Parece estar en conflicto o inseguro acerca de si es heterosexual, homosexual o bisexual	1	2	3	4	5	6	7
8. Se siente como si fuera una persona diferente dependiendo de con quién esté	1	2	3	4	5	6	7
9. Mantiene creencias sumamente inconsistentes o contradictorias	1	2	3	4	5	6	7
10. Se comporta frecuentemente de formas que parecen inconsistentes o contradictorias	1	2	3	4	5	6	7

11. Las creencias y acciones parecen a menudo sumamente contradictorias (por ejemplo, apoya valores conservadores sexuales mientras se comporta de una manera promiscua)	1	2	3	4	5	6	7
12. Las creencias políticas han cambiado con frecuencia o drásticamente	1	2	3	4	5	6	7
13. Tiende a confundir sus propios pensamientos con los de los demás	1	2	3	4	5	6	7
14. Carece de un sentido de continuidad en el tiempo o tiene dificultad para recordar día a día lo que ha hecho	1	2	3	4	5	6	7
15. Tiende a sentir que no sabe quién es su propio yo	1	2	3	4	5	6	7
16. Tiende a sentir vacío interior	1	2	3	4	5	6	7
17. En las relaciones íntimas, teme perder su propia identidad	1	2	3	4	5	6	7
18. Teme dejar de existir o perder su propia identidad si una relación íntima llegara a su fin	1	2	3	4	5	6	7
19. La identidad parece girar en torno a una "causa" o causas cambiantes (por ejemplo, se define a sí mismo por su pertenencia a un movimiento político)	1	2	3	4	5	6	7
20. El sentido de identidad gira en torno a la pertenencia a un grupo estigmatizado (por ejemplo, ser hijo de un alcohólico o la víctima de un abuso sexual)	1	2	3	4	5	6	7
21. Se define a sí mismo en términos de una etiqueta que le proporciona un sentido de identidad	1	2	3	4	5	6	7
22. Abarca la identidad de una persona que es "mala"	1	2	3	4	5	6	7
23. Aparece en conflicto sobre su identidad racial o étnica (por ejemplo, la rechaza totalmente o bien se autodefine principalmente en base a ella)	1	2	3	4	5	6	7
24. Suele sentirse como un "falso yo", cuya persona social no coincide con la experiencia interna	1	2	3	4	5	6	7
25. Tiene problemas para comprometerse con metas o aspiraciones a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
26. Las ideas sobre quién le gustaría ser son inestables y cambiantes	1	2	3	4	5	6	7

27. Las ideas del propio Yo cambian rápida e impredeciblemente	1	2	3	4	5	6	7
28. Los sentimientos sobre sí mismo cambian rápida e impredeciblemente	1	2	3	4	5	6	7
29. Tiene problemas para contar la historia de su vida; sus narraciones tienen grandes lagunas o inconsistencias	1	2	3	4	5	6	7
30. Ha tenido experiencias religiosas dramáticas que siente que han cambiado su vida (por ejemplo, como experiencias de “volver a nacer”)	1	2	3	4	5	6	7
31. Ha tenido experiencias de "epifanía" (por ejemplo, revelaciones súbitas y dramáticas sobre sí mismo) que siente que han cambiado su vida	1	2	3	4	5	6	7
32. Se identifica a sí mismo principalmente con un grupo que parece poco común dado su sexo, raza o etnia	1	2	3	4	5	6	7
33. A veces se siente irreal	1	2	3	4	5	6	7
34. Tiene recuerdos solo accesibles bajo determinados estados	1	2	3	4	5	6	7
35. “Muestra” su identidad de formas que parecen poco habituales o desviadas (por ejemplo, múltiples tatuajes, <i>piercings</i> , estilo o color de pelo muy peculiares)	1	2	3	4	5	6	7

## **Apéndice 4.- Procedimiento de aplicación, corrección e interpretación del Cuestionario de Alteración de la Identidad (IDQ)**

### **Procedimiento de aplicación**

- Explique el ítem 1 para comprobar que la persona entiende el significado de lo que se le está preguntado. Ejemplo: La identidad se centra en ser uno mismo, NO en no ser como otra persona.

### **Procedimiento de corrección**

- En el recuadro siguiente copie y transfiera al cajón blanco la puntuación numérica correspondiente a la contestación del sujeto en cada uno de los ítems de la escala.

- Sume la puntuación de cada uno de los ítems que corresponden con cada una de las escalas que se compone el IDQ e introduzca el resultado en el recuadro inferior de cada escala en particular.

- Sume las puntuaciones totales de AR, ID, I, FC + las puntuaciones en los ítems 1 + 7 + 22 + 29 + 34 para obtener la puntuación total. El rango de puntuaciones en paréntesis debajo de la puntuación total de cada escala indica los valores mínimo y máximo que pueden tomar las sumas para cada escala. Cuanto más alto es el valor de puntuación total en una escala, mayor es la experiencia de alteración de la identidad informada por el sujeto.

### Procedimiento de interpretación

- La puntuación total del IDQ oscila en un rango entre 35 a 245 puntos. La puntuación de corte estimada inferida a partir de la puntuación obtenida por la población general en la muestra española es de 60.

- Clasificación de las puntuaciones del IDQ a nivel cualitativo:

Ausencia	Leve	Moderado	grave	Severo
35-75	76-93	94-112	113-130	>131

### Procedimiento de corrección

	Puntuación ítems							AR	ID	I	FC	
1	1	2	3	4	5	6	7					
2	1	2	3	4	5	6	7					
3	1	2	3	4	5	6	7					
4	1	2	3	4	5	6	7					
5	1	2	3	4	5	6	7					
6	1	2	3	4	5	6	7					
7	1	2	3	4	5	6	7					
8	1	2	3	4	5	6	7					
9	1	2	3	4	5	6	7					
10	1	2	3	4	5	6	7					
11	1	2	3	4	5	6	7					
12	1	2	3	4	5	6	7					
13	1	2	3	4	5	6	7					
14	1	2	3	4	5	6	7					
15	1	2	3	4	5	6	7					
16	1	2	3	4	5	6	7					
17	1	2	3	4	5	6	7					

18	1	2	3	4	5	6	7					
19	1	2	3	4	5	6	7					
20	1	2	3	4	5	6	7					
21	1	2	3	4	5	6	7					
22	1	2	3	4	5	6	7					
23	1	2	3	4	5	6	7					
24	1	2	3	4	5	6	7					
25	1	2	3	4	5	6	7					
26	1	2	3	4	5	6	7					
27	1	2	3	4	5	6	7					
28	1	2	3	4	5	6	7					
29	1	2	3	4	5	6	7					
30	1	2	3	4	5	6	7					
31	1	2	3	4	5	6	7					
32	1	2	3	4	5	6	7					
33	1	2	3	4	5	6	7					
34	1	2	3	4	5	6	7					
35	1	2	3	4	5	6	7					
TOTAL ESCALAS												
Rango puntuación (p. corte)								10-70 (>20)	8-56 (>18)	7-49 (>18)	5-35 (>13)	5-35
TOTAL IDQ								35-245 (>76)				

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ALTERACIÓN DE LA IDENTIDAD (IDQ), Y SU RELACIÓN CON TIPOS DE SINTOMATOLOGÍA Y MALTRATO  
INFANTIL EN MUJERES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD  
Noelia Romero Abad



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI