



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

Maestría en Ciencias Criminológico-Forenses

Tesis

**Prevalencia del diagnóstico de Trastorno de
Personalidad Borderline en mujeres en el Sistema
Penitenciario APAC – Minas Gerais**

Alumna: Lorena Paccini Lustosa

Tutora: Prof. Dra. Varinia Alejandra Frau Alveal

Año 2019

I. Dedicatoria

A mis padres que me proporcionaran la oportunidad de dedicarme a este trabajo y principalmente a mi madre, mi mayor soporte para llegar tan lejos.

II. Agradecimientos

Agradezco primero a mi tutora Prof.Dra. Varinia Frau y el Prof. Nicolás Leon por estaren siempre disponibles para me enseñar. Agradezco también a la Dra. Roselane Martins y a la Prof.Dra. Claudia Lins, por la dirección en los momentos difíciles. A Mariana Pío por haberme acompañado en esta jornada. A todas las personas de la APAC – Itaúna, que me recibieron tan bien y en especial a las recuperandas, por la paciencia y por la acogida con galletas y café todos los días que estuve allí. Y por ultimo más no menos importante, a mi madre, Lygia Paccini Lustosa, por ser la mejor orientadora que podría pedir.

*Yo nunca conocí a mí misma, mi cara está
en el lado opuesto de mi mente*

III. Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo verificar la prevalencia del Trastorno de Personalidad Borderline (TPB) en mujeres en el sistema penitenciario de la Asociación de Protección y Asistencia al Condenado (APAC) en el estado de Minas Gerais, Brasil, así como verificar la naturaleza del delito y la asociación con el TPB y comparar datos demográficos de las mujeres reclusas con o sin el TPB. Se aplicó la entrevista semiestructurada *Structured Clinical Interview for DSM-5 – Personality Disorder Version* (SCID-5-PD) en una muestra de 26 mujeres presas en una prisión de mínima seguridad con el fin de identificar aquellas que tenían cinco o más criterios para el TPB según el DSM-V. Los resultados demostraron una alta prevalencia del TPB, siendo el delito más frecuente el tráfico. Las mujeres con TPB se diferenciaron de aquellas que no presentaron el trastorno por la presencia de histórico de violencia doméstica, en el cual ellas se apuntaron como las agresoras y por el histórico de abuso de sustancias. No hubo asociación significativa entre el trastorno y el delito. Estos resultados apuntan a la necesidad de evaluación psicológica del individuo al ser admitido en el sistema penitenciario. La persona con el TPB probablemente necesitará asistencia psicológica y psiquiátrica dentro del cárcél. La identificación precoz y tratamiento del TPB, incluyendo medicalización y psicoterapia, puede ayudar a minimizar los impactos del encarcelamiento, así como ayudar en la recuperación y reinserción del sujeto en la convivencia comunitaria.

Palabras clave: Trastorno de personalidad borderline; mujeres; violencia; sistema penitenciario.

IV. Abstract

This study aimed to verify the prevalence of Borderline Personality Disorder (BPD) in women in the prison system of the Association of Protection and Assistance to the Convict (APAC) in the State of Minas Gerais, Brazil, as well as to verify the nature of the offense and the association with BPD and to compare the demographic data of women prisoners without or with BPD. The Structured Clinical Interview for DSM-5 - Personality Disorder Version (SCID-5-PD) was applied in a sample of 26 women in a minimum-security prison in order to identify those who presented 5 or more criteria for the BPD, according to the DSM-V. The results showed a high prevalence of BPD, with drug dealing being the most frequent offense. Women with BPD differed from those who did not present the disorder due to the presence of a history of domestic violence, in which they were identified as aggressors and by history of substance abuse. There was no significant association between the disorder and the offense. These results point to the need for psychological evaluation of the individual when admitted to the prison system. The person with BPD will probably need psychiatric and psychiatric care within the prison. Early identification and treatment of BPD, including medicalization and psychotherapy, can help minimize the impacts of incarceration, as well as assist in the recovery and reinsertion of the subject in community living.

Keywords: borderline personality disorder; women; violence; prison system.

V. Índice General

1. Introducción	12
2. Marco Teórico	16
2.1 Concepto de personalidad y trastornos de la personalidad	16
2.1.1 Desarrollo histórico	16
2.1.2 Definición fenomenológica	30
2.1.3 Trastornos de personalidad en el DSM	31
2.1.4 Trastornos de personalidad y comportamiento criminal	36
2.2 Definición de etiología y factores diagnósticos	40
2.3 Aspectos neurobiológicos	43
2.4 Diagnóstico diferencial	47
2.5 Prevalencia y factores asociados	48
2.6 Criminología del trastorno de personalidad borderline	50
2.7 Pronóstico del tratamiento	53
2.8 Direcciones de la psicoterapia fenomenológica y manejo clínico	58
2.9 Asociación de protección y asistencia al condenado	62
3. Objetivos	73
3.1 Objetivo general	73
3.2 Objetivos específicos	73
4. Método	74
4.1 Muestra	74
4.2 Instrumento y procedimientos	75

4.2.1	<i>Structured Clinical Interview for DSM-5 – Personality Disorder</i>	
	<i>Version (SCID-5-PD)</i>	76
4.3	Metodología cualitativa	84
4.3.1	Investigación fenomenológica	84
4.3.2	Entrevista	85
4.3.3	Transcripción y explotación de datos	85
4.3.4	Análisis de contenido	86
4.4	Medología cuantitativa	87
5.	Análisis de los Resultados	89
5.1	Resultados cualitativos	91
5.1.1.	Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario	
		91
5.1.2	Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación	
		92
5.1.3	Perturbación de la identidad: inestabilidad acentuada y persistente de la autoimagen o de la percepción de sí mismo	
		94
5.1.4	Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente autodestructivas	95
5.1.5	Recurrencia de comportamiento, gestos o amenazas suicidas o de comportamiento auto-mutilante	96
5.1.6	Inestabilidad afectiva debida a una acentuada reactividad del humor	98
5.1.7	Sentimientos crónicos de vacío	99
5.1.8	Rabia intensa e inapropiada o dificultad para controlarla	

5.1.9	Ideación paranoide transitoria asociada a estrés o síntomas disociativos intensos	102
6	Discusión	104
6.1	Prevalencia	104
6.2	Frecuencia del delito	107
6.3	Comparación entre grupos	108
6.4	Aplicabilidad y direcciones futuras	110
7	Conclusiones	112
8	Referencias bibliograficas	113
9	Lista de abreviaturas	138
10	Anexos	139
10.1	Anexo I	139
10.2	Anexo II	140
11	Apendices	142
11.1	Apendice A	142

VI. Lista de tablas y figuras

Figura 1	18
Tabla 1	19
Tabla 2	21
Tabla 3	24
Tabla 4	29
Tabla 5	35
Tabla 6	39
Tabla 7	42
Figura 2	45
Tabla 8	52
Figura 3	56
Tabla 9	57
Tabla 10	65
Figura 4	66
Figura 5	67
Figura 6	68
Figura 7	69
Figura 8	70

Figura 9	72
Figura 10	73
Tabla 11	78
Tabla 12	79
Tabla 13	82
Tabla 14	90
Figura 11	106

1. Introducción

El Trastorno de personalidad limítrofe o Borderline (TPB) es un trastorno que se caracteriza intrínsecamente por las desestabilidades o desequilibrios emocionales experimentados por el sujeto en cortos períodos de tiempo, especialmente en sus relaciones afectivas (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* [DSM V], 2013). Se caracteriza por individuos que experimentan grave sufrimiento mental, siendo extremadamente impulsivos e imprevisibles (Abdalla-Filho & Engelhardt, 2016), llevándolos muchas veces a cometer actos destructivos contra sí mismos y otros. Se sabe también, que existe una asociación importante entre el abuso de sustancias y el sufrimiento mental (Ribeiro, Cordás & Nogueira, 2011), lo que muchas veces induce al sujeto a cometer actos de infracción. Muchos de esos actos son considerados transgresores de las leyes y pasibles de sanciones legales (Sansone, 2009).

En su mayoría, los delitos son de naturaleza leve, como hurtos, robos, asaltos o perturbación del orden, pero, datos evidencian estadísticas de una minoría que comete crímenes más graves, como crímenes sexuales y homicidios (Howard et al, 2008). Entre tanto, esta información aún no es empírica en el sistema penitenciario y carcelario brasileño. En este contexto, todavía no está clara la relación entre la presencia del TPB y la ocurrencia y el tipo de delito específico. Hace falta literatura y datos registrados, tanto sobre aspectos psiquiátricos de imputabilidad e inimputabilidad del TPB, así como

una amplia divergencia en relación al propio diagnóstico (Ribeiro, Cordás & Nogueira, 2011). De esta manera, la ausencia de informaciones en relación a las evaluaciones psicológicas por la cual los individuos son sometidos al entrar en la cárcel, apunta a la necesidad de mayores investigaciones en esta área. Una hipótesis sería recurrir a instrumentos de entrevista específicos como, por ejemplo, el cuestionario para entrevista semiestructurada *Structured Clinical Interview for DSM-5 – Personality Disorder Version* (SCID-5-PD), basado en el DSM-V, en una versión específica para los Trastornos de Personalidad.

Así, este estudio propuso la categorización y cuantificación de estos números, en un sistema penitenciario femenino de una ciudad de Minas Gerais, Brasil, a fin de proporcionar datos científicos para la prevención y mejor comprensión del sufrimiento mental en este sistema, así como otorgar informaciones para subsidiar propuestas de tratamiento adecuado para estas personas. La propuesta fue identificar infractoras que atenderán los criterios diagnósticos de acuerdo con el DSM-V para el TPB, clasificar la naturaleza de los delitos cometidos por cada infractora diagnosticada con TBP, comparar características de las infractoras con y sin el TPB y verificar asociación entre el delito cometido y el TPB, para así determinar la prevalencia del trastorno en este sistema penitenciario.

La elección de dirigir esa investigación para la población carcelaria exclusivamente femenina se dio a partir de los datos que muestran que el diagnóstico TPB es predominantemente visto en individuos del sexo femenino, aproximadamente en 75% de los diagnósticos (APA, 2013). En este sentido, se acredita ser importante el diagnóstico diferencial para el TPB, visto que existe una negligencia en relación a la salud mental del infractor (Black et al., 2007). En Brasil en especial, en un informe

redactado por la Pastoral Carcelaria, en asociación con el Conectas Derechos Humanos e el Instituto Soy de la Paz, con el propósito de presentar algunas de las principales dificultades enfrentadas por las mujeres privadas de libertad, puntualizaran que:

“La situación de las mujeres que padecen problemas psiquiátricos es alarmante. La carencia de servicios médicos en las unidades penitenciarias y la falta de articulación con el sistema de salud resultan en diagnósticos inexistentes o equivocados, perjudicando el cuadro de salud mental ya agravado por las condiciones de la prisión. En cuanto a las presas provisionales, cuando hay instauración del incidente de insanidad mental en el proceso, la expresiva mayoría permanece en el régimen destinado a las demás presas mientras espera la realización de la pericia médica, que lleva bastante tiempo para ocurrir. Incluso cuando hay la determinación de la medida de seguridad en la modalidad de internación, muchas mujeres se mantienen en unidades penitentes ante la ausencia de vacantes en los hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico.”

De esta forma, este estudio no tendrá la intención de justificar un delito o al infractor, pero si investigar la prevalencia del TPB en una población de mujeres entre 18 y 70 años, encarceladas en el presidio de la Asociación de Protección y Asistencia al Condenado (APAC), en Itaúna, localizado en el perímetro de una gran ciudad metropolitana en la región Sudeste de Brasil. El intuio és hacer una relación

cuantitativa de los tipos de delitos cometidos por los sujetos evaluados y diagnosticados con TPB, en la tentativa de ejercer una contribución metodológica a los estudios de la psicología forense y sus propios criterios de evaluación y jurídicos para una mayor comprensión del TPB. La expectativa es que, en el futuro, estas informaciones puedan otorgar subsidios para auxiliar en políticas de prevención de tales crímenes, así como proponer un tratamiento adecuado para el infractor con el Trastorno de Personalidad Borderline.

La psicología ha contribuido prolíficamente en estudios relativos a delitos y perfiles criminales. En los últimos quince años se ha observado que las contribuciones de autores dentro de la psiquiatría y de la psicología aumentó considerablemente. Aun así, sabemos muy poco sobre las multiplicidades del crimen, especialmente en el contexto psicológico y psicopatológico. En Brasil, aún no existen estudios que especifican y cuantifican estos delitos en relación al TPB (Abdalla-filho y Engelhardt, 2016). De esta forma, no existen aún informaciones sobre la prevalencia de este diagnóstico en infractores encarcelados, la naturaleza de estos delitos y si existe relación entre el TPB y determinado tipo de delito. Así, se acredita que este estudio contribuirá para un mayor conocimiento en el área, dando subsidios para propuestas de intervenciones adecuadas, como prevención y o tratamiento para estos individuos.

2. Marco Teórico

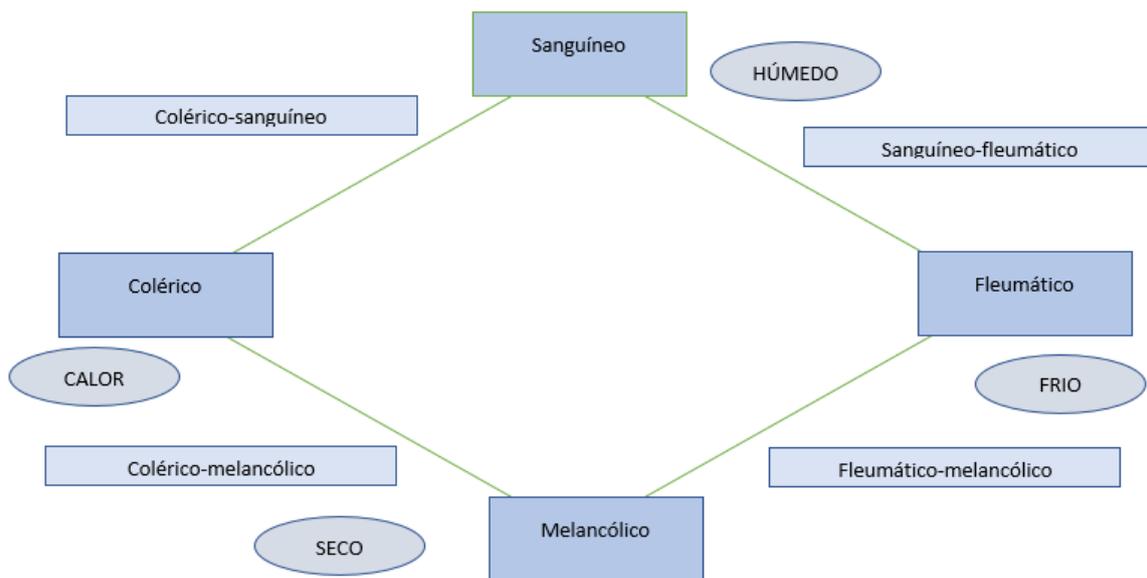
2.1 Concepto de personalidad y trastornos de la personalidad

2.1.1 Desarrollo histórico

El intento de describirla es tan antiguo como la propia humanidad. En la Grecia Antigua, la obra de Los Caracteres, de Tirtamo Lesbos (372 A.C. - 288 a.C.) ha presentado una secuencia de 30 retratos, cada uno dedicado a un tipo humano. Es posible identificar descripciones puntuales del individuo descarado, el tacaño, el parlanchín, el arrogante y el eterno disgustado (Cordás & Neto, 2011). Un poco más adelante, Galeno de Pérgamo (129-199), desarrolló la teoría humoral (Figura 1, Tabla 1), donde se introdujo, por primera vez, el término *temperare* (temperamento) al relacionar las características del individuo con sensaciones térmicas y elementos naturales. Esta teoría ha perdurado durante más de 1.500 años. La teoría surgió a partir de la tradición filosófica del número 4 de Pitágoras (572-497 a.C.) y de la teoría cosmológica de los cuatro elementos de Empédocles de Acragas (490-430 a.C.), lo cual sugiere que cualquier sustancia es compuesta por cuatro elementos: aire, tierra, fuego y agua. Aristóteles (384 a.C), además de afirmar la teoría cosmológica, añadió que estos

elementos poseían propiedades básicas. En este caso, al fuego fueron asociados la sequedad y el calor; al aire, el calor y la humedad; el agua, la humedad y el frío y a la tierra, el frío y la sequedad. Galeno también se basó en estudios de Hipócrates (460-377 a.C.), que fue el primero a relacionar la teoría cósmica con la salud de las personas. Él afirmaba la existencia de 4 humores físicos: sangre, bilis negra (atrabilis), bilis amarilla (bilis), flema (linfa). Estos estaban respectivamente atados a 4 temperamentos de personalidad: el temperamento sanguíneo de reacciones rápidas y débiles; el temperamento melancólico, nervioso o atrabilioso de reacciones lentas e intensas; temperamento colérico o bilioso de reacciones rápidas e intensas, y temperamento flemático o linfático de reacciones débiles y lentas (Pasquali, 2000). La teoría humoral, por lo tanto, resguardaba que la química del cuerpo determinaba el tipo de temperamento y, también, hacía la defensa de que una buena salud dependía de un equilibrio, además de una buena dosis de los cuatro humores corporales, es decir, el exceso de uno de los humores provocaba enfermedades en el cuerpo y rasgos exagerados de personalidad.

Figura 1. Visión esquemática de la teoría de los humores, de Galeno



Fuente: Adaptado de Neto, Cordas & Cols, 2011

Tabla 1. Teoría de los humores, según Galeno

Humor	Cualidades	Elemento	Personalidad
Sanguíneo	Caliente, húmedo	Aire	Optimista, parlante irresponsable, gordo
Colérico	Caliente, sequedad	Fuego	Explosivo, codicioso, delgado
Flemático	Frío, húmedo	Agua	Lento, corpulento, perezoso
Melancólico	Frío, seco	Tierra	Introspectivo, pesimista, delgado

Fuente: Neto, Cordás & Cols, 2011

Desde el siglo XIX se inició un nuevo movimiento con el fin de clasificar la personalidad mal adaptativa. De este modo, varios investigadores de las escuelas europeas comenzaron a intentar conceptualizar el trastorno de la personalidad (Tabla 2). Pinel (1809) fue uno de los primeros a conceptualizar el TP, denominándolo de *manie sans delire*, en traducción libre, manía sin delirio, en el cual defendía la existencia de un contexto de furia, sin perjuicio de la capacidad de comprensión. De la misma manera, Prichard (1835) utilizó el término “insanidad moral” para describir el TP, refiriéndose a un síndrome de comportamiento caracterizado por la ausencia de delirio. La insanidad moral fue utilizada para referirse a las personas cuya moral o principios de conducta eran desviantes de la normatividad propuesta por la sociedad. Él fue el primero a señalar la influencia del medio como un factor determinante para el trastorno, proponiendo como medio de intervención, el recurso a medidas ambientales que permitieran a estos individuos integrarse en un medio adecuado (Cantero, 1993).

Tabla 2. Principales autores que desarrollaron conceptos de trastornos de personalidad

AUTOR	AÑO	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Pinel	1809	Manie sans delire	Prejuicio afectivo sin prejuicio de la capacidad de comprensión
Rush	1812	Moral alienation of the mind	Actos reprobables son manifestaciones de enfermedad mental
Prichard	1835	Moral insanity	Perversión mórbida de afectos y emociones, sin prejuicio de las funciones intelectuales
Morel	1850	Degenerescences	Teoría general de la degeneración
Lombroso	1876	Criminoso nato o atávico	Derivación de la teoría de la degeneración
Koch	1891	Psychopathische Minderwertigkeiten (inferioridad psicopática)	Derivación de la teoría de la degeneración
Schneider	1923	Personalidades psicopáticas	Tipología de características de la personalidad
Kretschmer	1921	Biotipo y temperamento	Relación entre tipo

Fuente: Adaptado de Neto, Cordás & Cols, 2011

Los trastornos de personalidad pasaron a ser relacionados con el área forense a partir de Morel (1850). Este autor acuñó la teoría general de la degeneración, que fue articulada en torno a los conceptos de normalidad y anormalidad, que la sociedad europea del siglo XIX consideraba como universal. Esta teoría se refiere a una desviación de la frecuencia estadística deseada con relación a las características físicas, tales como la altura, el peso, la forma del rostro, de las orejas, entre otras cosas, llamados *estigmatas* (Cartron, 2000), así como una desviación de las normas o valores de la Comunidad. Esta teoría asoció por primera vez la personalidad con la conducta criminal. Desde allí, una nueva forma de clasificar las desviaciones y anomalías fue propuesta, abriendo espacio para la conceptualización de un conjunto de enfermedades relacionadas al comportamiento (Caponi, 2009). Koch (1891) amplió la teoría general de la degeneración desarrollando el concepto de "inferioridad psicopática", describiéndola como una anomalía de carácter, debido a aspectos congénitos o resultantes de enfermedades psíquicas graves (Gonçalves, 1999). Igualmente, Lombroso (1876) propuso una teoría del criminal nato, a partir de investigaciones realizadas con sujetos infractores, en el cual ha relacionado el comportamiento criminal con su biotipo.

A partir de ese momento, se reconfigura la relación entre la criminalidad y la insanidad, señalando que el crimen y la enfermedad mental se fusionan en los moralmente insanos.

Solamente en 1921, Kretschmer ha desarrollado una teoría que consiguió unir a los aspectos físicos con el temperamento. A partir de sus datos, se distinguió tres tipos temperamentales: a) *esquizotímico*, caracterizado por individuos asténicos, reservados, presentando emociones que varían desde la irritabilidad hasta la indiferencia, rígidos en los hábitos y actitudes, con dificultades de adaptación y propensos a la esquizofrenia; b) *ciclotímico*, caracterizado por individuos rotundos, con emociones que variaban de la alegría a la tristeza, con facilidad para establecer contacto con el ambiente, realistas en sus visiones y propensos al disturbio maníaco depresivo; c) *isotímico*, individuos atléticos, tranquilos, con poca sensibilidad, modestos en los gestos e imitaciones, con dificultades para adaptarse a su entorno, propensos a la epilepsia (Strelau, 1998).

Entre 1923 y 1955, el psiquiatra Kurt Schneider acuñó el término "Personalidad psicopática" para describir a las personas que *"sufren con su anormalidad de personalidad o que hacen sufrir a la sociedad"* (Schneider, 1980). El autor la ha presentado como una entidad integradora de ciertas patologías, demostrando una clara distinción entre los conceptos de enfermedad mental y psicopatía. El autor ha considerado erróneo definir cómo enfermedad mental a una perturbación que se basa en rasgos psíquicos (Cantero, 1993). Su clasificación se basaba, pues, en los rasgos disposicionales asociados al estudio de la personalidad y las experiencias que determinaban el desarrollo de la misma. De esta manera, Schneider propuso una tipología no sistemática de los 10 principales tipos de personalidad, pudiendo haber la posibilidad de combinaciones entre ellas (Tabla 3).

Tabla 3. Personalidades Psicopáticas, segundo Kurt Schneider

SUBTIPO	CARÁCTERÍSTICAS
Hipertónico	Humor alegre, exagerado, temperamento vivaz, actividad intensa, colaborativo
Depresivo	Humor triste, pesimista, afligido, escéptico, poca autoconfianza
Inseguro de sí	Inseguridad interior, falta de autoconfianza
Fanático	Dominado por un complejo de ideas, activo, expansivo
Necesitado de valoración	Demuestra más de lo que es, llama la atención para sí mismo, (en el extremo se caracteriza por la seudología fantástica)
Lábil de humor	Oscilaciones de humor, irritabilidad-depresión, reacciona a los estímulos de forma depresiva
Explosivo	Reacciona de modo rabioso por cualquier razón
Sin índole (Gemütlos)	Sin piedad, vergüenza o consciencia; frío
Sin voluntad (Willenlos)	Influenciables
Asténico	Dificultad de concentración y de memoria, poca capacidad productiva, agotamiento.

Fuente: Schneider, 1980

El diagnóstico Borderline, específicamente, fue primeramente observado por el alienista Philippe Chaslin (1914). Este autor, en sus estudios sobre los trastornos disociativos, sugirió la existencia de un territorio de fronterizo, entre la locura y la sanidad; nombrado de *borderland of insanity* (Dalgalorrondo & Vilela, 1999). Sin embargo, fue solamente a partir de mediados del siglo XX que el psicoanalista Adolph Stern (1938) ha utilizado el término en un contexto clínico, llamando el trastorno de *neurosis borderline*. Él creía que el concepto describía a los pacientes que presentaban ambas características psicóticas y neuróticas, o sea, pacientes que parecían estar en la frontera de la neurosis y la psicosis. En el trabajo “Terapia e investigación psicoanalítica del grupo de las neurosis borderline”, Stern (1938) ha descrito los síntomas clínicos que observó con más frecuencia en los pacientes limítrofes:

“Narcisismo, sangrado psíquico, hiper-sensibilidad desmesurada, rigidez psíquica y corporal (personalidad rígida), reacciones terapéuticas negativas, que parecen con sentimientos de inferioridad constitucionalmente arraigados, profundamente incrustados en la personalidad del paciente, masoquismo, que puede ser descrito como un estado de inseguridad o ansiedad orgánica profunda, el recurso al

mecanismo de proyección, las dificultades de probar la realidad, particularmente en las relaciones sociales.”

Además, también ha señalado que estos pacientes presentaban dificultad en establecer relación terapéutica y baja capacidad de resiliencia, lo que hizo la gestión clínica más desafiante. A partir de esto, varios autores han tratado de explorar y ampliar esta definición inicial (Tabla 4), como lo hizo la psicoanalista Helene Deutsch (1942). Ella se refirió a estos estados intermedios entre la psicosis y la neurosis de "personalidad y se", describiendo las principales características clínicas de estos pacientes como: la despersonalización no relacionado al ego, identificaciones narcisistas repetidas con otros, una buena comprensión del teste de realidad, empobrecimiento de las relaciones objetales, tendencias agresivas y sentimiento de vacío. La psicoanalista también ha observado que estos pacientes presentaban una tendencia a adoptar las cualidades de los demás como un medio de preservar la relación afectiva-amorosa, dando un tono de no autenticidad a la personalidad (Stone, 1977). De lo contrario, Hoch & Polantin (1949) sugirieron que los pacientes fronterizos padecían un tipo de esquizofrenia, llamada por ellos de "esquizofrenia pseudo-neurótica".

Ellos sostuvieron que estos pacientes tenían graves prejuicios en las funciones del ego y mimetizaban los síntomas de la neurosis clásicas como las compulsiones, fobias y depresión, ocurriendo simultáneamente y en una intensidad que comprometía el funcionamiento del paciente. Solamente dos décadas más tarde que el término borderline reapareció en los estudios de Robert Knight (1953) al describir a los pacientes que poseían tanto características neuróticas como psicóticas. Él ha descrito los pacientes borderline como extremadamente vulnerables, que presentaban funciones limitadas en el proceso del pensamiento, planificación realista y dificultades de control de los impulsos primitivos. En 1967, el psicoanalista Otto Kernberg acuñó el término

"personalidad de organización borderline", describiéndola como una forma de organización de la personalidad, entre la personalidad de organización psicótica y la personalidad de organización neurótica. El autor ha definido como una formación de identidad pobre, baja tolerancia a la ansiedad, baja capacidad de sublimación y dificultad de control de los impulsos (Ribeiro, Cordás & Nogueira, 2011).

A mediados de los años 1960, el Instituto de Psicoanálisis de Chicago buscó delinear las características más comúnmente encontradas en los pacientes borderline y las describió de la siguiente manera: baja autoestima, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo, desconfianza, miedo; miedo de agresión (propia o de otras personas), el temor a la intimidad, el temor a la responsabilidad, el miedo de cambios, dificultades en las relaciones interpersonales, discapacidad en la orientación hacia la realidad y de alto uso de defensas primitivas (negación y proyección) (Stone, 1977). A partir de eso, Grinker, Werble y Drye (1968) utilizaron las características identificadas por el Instituto de Chicago para regir el primer estudio científico con los pacientes borderline a fin de ofrecer datos y criterios empíricos para el trastorno.

Desde este estudio, ellos defendieron que el síndrome Borderline debería ser categorizado en un grupo diagnóstico distinto de la esquizofrenia (Gunderson, 1979). Ellos también identificaron nuevos patrones en los pacientes estudiados: falla de sentido de identidad, relaciones inestables, síntomas de depresión (pero no suficiente para un diagnóstico de Trastorno Depresivo) y la ira inadecuada o intensa. Grinker & Werble (1977), en una actualización de este estudio incluyeron breves episodios psicóticos e ideación suicida a las características del síndrome Borderline. Asimismo, en 1975, Gunderson & Singer publicaron una revisión de la literatura, llamada *Defining Borderline Patients: An Overview*, en el cuál reforzaron la distinción de los pacientes borderline en relación a los pacientes con esquizofrenia.

Estos autores han contribuido significativamente para la actual definición del TPB, identificando las seis características principales observadas en estos pacientes: afecto intenso (a menudo hostil o deprimido, a veces acompañados por la despersonalización), impulsividad (muchas veces dirigidas al propio individuo), adaptación social (superficial, con rápidos cambios de idealización del otro), relaciones turbulentas, breves episodios psicóticos (frecuentemente paranoides) y buenos resultados en la prueba de realidad (Hooley, Cole & Gironde, 2012). En 1978, Gunderson & Kolb publicaron un guía de entrevista específica para el TPB, el *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (DIB), utilizando criterios para aumentar la confiabilidad diagnóstica del trastorno, así como garantizar la diferenciación hacia otros trastornos de personalidad (Ribeiro, Cordás & Nogueira, 2011). El reconocimiento de la validez diagnóstica del TPB llegó en 1980, cuando la Asociación Psiquiátrica Americana ha incluido por primera vez el trastorno en su tercera edición del DSM.

Tabla 4. Evolución histórica del concepto Borderline

AUTOR, AÑO	DENOMINACIÓN
Stern, 1938	Neurosis Borderline
Deustch, 1942	Personalidad “como si”
Hoch & Polatin, 1949	Esquizofrenia “pseudo-neurótica”
Knight, 1953	Estados borderline
Kernberg, 1967	Personalidad de organización borderline
Grinke, Werble & Drye, 1968	Síndrome Borderline
Gunderson & Singer, 1975	Borderline
DSM-III, 1980	Trastorno de Personalidad Borderline

2.1.2 Definición fenomenológica

A lo largo del siglo XX, un número todavía mayor de autores buscaron definir la personalidad y sus ajustes adaptivos o anómalos. La fenomenología describe los significados de las experiencias de determinado individuo en relación con un determinado fenómeno que ocurre en un ambiente específico y busca la comprensión del fenómeno a partir de la visión de aquellos que lo experimentan. Por eso, en este estudio, partiremos del concepto fenomenológico propuesto por el psiquiatra Karl Jaspers (1912), en su libro Psicopatología general, en una definición que se acerca del diagnóstico fenomenológico del TP propuesto por el DSM. Él la define de la siguiente forma:

“Vemos a la personalidad como la forma particular que un individuo se expresa, en la forma en que se mueve, como él experimenta y reacciona a las situaciones, como él ama o siente celos, cómo él conduce su vida en general, qué necesita, qué desea y aspira, cuáles son sus ideales y cómo él los dibuja, cuales valores los guían y lo que hace, lo que cree y cómo actúa (reacciona).”

En otras palabras, la Personalidad es lo que somos, cómo nos percibimos y percibimos a los demás, como cambiamos y somos cambiados por el mundo. Además, el Diccionario de Filosofía de Abbagnano (1982) define la personalidad como “[...] una organización más o menos estable del carácter, temperamento, del intelecto y de lo físico de una persona: una organización que determina su adaptación completa al medio ambiente”. A partir de estas definiciones podemos filosóficamente concebirla como un elemento intrínseco en la constitución del sujeto, que empieza a tomar forma desde sus primeros contactos con el mundo. Por lo tanto, cuando hablamos de trastorno de personalidad, decimos que existe un desorden en la funcionalidad de esta relación que el sujeto establece consigo mismo y con el mundo.

2.1.3 Trastornos de personalidad en el DSM

Antes de la primera edición del DSM ser publicada no había un consenso entre los psiquiatras y psicólogos en relación con el diagnóstico del TP. Muchos manuales anteriores de salud no contemplaban el trastorno o cuando contemplaban, no obtenían la aceptación general en la comunidad científica (Widiger, 2012). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en 1952, publicó la primera edición del DSM y obtuvo mayor éxito dentro de la comunidad científica por describir una variedad de configuraciones clínicas que antes estaban ausentes en los antiguos manuales (Grob, 1991; Kendell, 1975). La sección del TP en el DSM-I fue dividida en tres subsecciones: disturbios en el patrón de personalidad (inadecuado, esquizoide, ciclotímico y paranoide); trastorno en los rasgos de personalidad (emocionalmente inestable, pasivo-

agresivo y compulsivo) y disturbios sociopáticos de personalidad (reacción antisocial, reacción disocial, desviación sexual y adicción) (Tabla 5) (APA, 1952).

En la segunda edición del DSM (1968), la APA ha propuesto algunas alteraciones en la sección del TP. La primera enmienda fue eliminar la dependencia de sustancias (adicción) y las desviaciones sexuales como asociados con el trastorno, comprendiendo que la presencia del mismo no era un factor determinante para la presencia del TP (Spitzer & Wilson, 1968). Igualmente, se ha eliminado la variante pasiva-agresiva como un rasgo de personalidad mal adaptativa. De pronto, se han añadido tres nuevos subtipos de personalidades: el trastorno de personalidad explosivo; el trastorno de la personalidad histérica y el trastorno de personalidad asténica.

La tercera edición del DSM (1980) fue publicada con cambios importantes con relación a los TP. Cuatro de los trastornos de la personalidad que estaban presentes en el DSM-II fueron retirados (asténica, ciclotímica, inadecuada y explosiva) y cuatro nuevos fueron agregados. Fue en esta edición que el trastorno de personalidad borderline apareció por primera vez. Además, se añadió el trastorno de personalidad esquivia, trastorno de personalidad dependiente y el trastorno de personalidad narcisista. Un nuevo cambio, también presentado por el DSM-III fue la descripción específica de los criterios diagnósticos para cada trastorno, con la propuesta de que estos trastornos fuesen diagnosticados de acuerdo con la práctica clínica (Widiger, 2012).

En su cuarta edición, la APA ha abordado los TP de forma más conservadora que en otros manuales antecedentes, centrándose en los aspectos clínicos empíricos de los criterios diagnósticos para cada trastorno (Widiger, 2012). Sólo 10 de los 93 criterios del DSM III permanecieron inalterados. Veintiuno de ellos recibieron revisiones menores, 10 fueron retirados, 9 fueron agregados y 52 recibieron

consideraciones importantes (Widiger et al, 1995). Sólo el trastorno de la personalidad pasivo-agresiva fue extraído del manual como un todo.

En el año 2013, el DSM-5 ha sido publicado presentando, como principal cambio, la extinción del Sistema multiaxial de distribución de los trastornos de personalidad, pasando a dividirlos en 3 grupos basados en similitudes descriptivas (A, B y C). En este contexto, el grupo A incluyó el trastorno de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, caracterizados por temas que a menudo parecen extraños o excéntricos. El grupo B incluye a los trastornos en los cuales el individuo parece dramático, emocional o errático e incluye los trastornos borderline, histriónico, antisocial y narcisista. El grupo C se caracteriza por perturbaciones en el cual el individuo puede parecer ansioso o temeroso, incluye los trastornos de personalidad esquiva, dependiente y obsesivo-compulsivo (APA, 2013). Los criterios del DSM-IV para los TP no pasaron por cambios y se mantuvieron en el DSM-5. Por lo tanto, el presente estudio utilizará la más reciente definición nosológica de trastorno de personalidad propuesto por el DSM-V (APA, 2013) definiendo el término como:

“Un patrón persistente de experiencia interna e comportamiento que se aparta notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, es difuso y inflexible, comienza en la adolescencia o al inicio de la etapa adulta, es estable a lo largo del tiempo y lleva sufriendo y perjuicios.”

Esto significa que, para realizarse un diagnóstico de un trastorno de personalidad (TP), se debe llevar en cuenta el contexto social y ambiental donde el sujeto está insertado, su histórico de patrón comportamental y el grado de sufriendo y perjuicios que estos comportamientos generan, bien como sus experiencias subjetivas. Las características de los TPs normalmente son percibidas mientras la adolescencia y el

comienzo de la vida adulta. De esta forma, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) propone que el diagnóstico sea hecho a partir del análisis de un individuo en la vida adulta, a menos en escasas excepciones. En este caso, el niño o el adolescente que presenta rasgos malo-adaptativos y particulares de la personalidad por lo menos a lo largo de un año, donde no puede relacionarse a ninguna etapa determinada del desarrollo o a otro trastorno mental, señalamos que se debe investigar los trastornos de personalidad. Los TPs se diferencian de las enfermedades mentales por el carácter duradero e inflexible, por las manifestaciones clínicas y por los comportamientos resistentes del individuo, provocando un desajuste del sujeto en el medio donde se está insertado. Las características de los TPs se limitan a un determinado momento de la vida del portador, hacen parte de un funcionamiento de largo plazo, sin embargo, pueden ser intensificadas por gatillos externos, como una pérdida significativa o rompimientos inesperados.

Tabla 5. Los cambios en los diagnósticos de trastornos de la personalidad en cada edición del DSM

DSM I	DSM II	DSM III	DSM IV	DSM 5
<i>Disturbio del patrón de personalidad:</i>				
Inadecuada	Inadecuada			
Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide
Ciclotimia	Ciclotimia			
Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide
		Esquizotípica	Esquizotípica	Esquizotípica
<i>Disturbio de rasgos de personalidad:</i>				
Emocionalmente inestable	Histérica	Histriónica	Histriónica	Histriónica
		Borderline	Borderline	Borderline
Compulsiva	Obsesiva-compulsiva	Compulsiva	Obsesiva-compulsiva	Obsesiva-compulsiva
<i>Pasiva-agresiva:</i>				
Subtipo Pasiva-depresiva		Dependiente	Dependiente	Dependiente
Subtipo Pasiva-agresiva	Pasiva-agresiva	Pasiva-agresiva		
Subtipo agresiva				
	Explosiva			
	Asténica			

		Esquiva Narcisista	Esquiva Narcisista	Esquiva Narcisista
<i>Disturbio de personalidad sociópata:</i>				
Reacción antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial- Psicopática
Reacción disocial				
Desvío sexual				
Adicción				

Fuente: Widiger, 2012

2.1.4 Trastornos de personalidad y comportamiento criminal

Abdalla-Filho & Engelhardt (2016) afirman que existe una importancia especial en el estudio de los trastornos de personalidad dentro del contexto criminológico-forense debido a tres factores principales. El primero se refiere al hecho de que los individuos con TP están, frecuentemente, involucrados en actividades ilícitas o criminales (Abdalla-Filho et al, 2010; Blackburn, Gunn & Hill, 1993; Johnson & Elbogen, 2013; Fazel & Danesh, 2002; Howard et al, 2008). El segundo, por tratan de trastornos que en la mayoría de las veces presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de interés legal, como la dependencia de drogas y los trastornos de control de los impulsos (Skodol y Cols, 2002; Jordan et al, 1996). Y, por último, debido a las extensas discusiones y divergencias entre los profesionales y especialistas en salud mental, con relación a la imputabilidad e inimputabilidad penal de los individuos con TP.

Datos del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, de 2001-2002, sugieren que aproximadamente el 15% de los adultos en los Estados Unidos presentaban al menos un trastorno de personalidad (APA, 2013). Además, otros 11 estudios realizados a lo largo de los últimos 20 años en varios países sugirieron una prevalencia media de los TP entre 7 a 15% de los adultos en la comunidad (Zimmerman & Coryell, 1989; Maier et al, 1992; Moldin et al., 1994; Klein et al., 1996; Lezenweger et al., 1997; Torgersen et al., 2001; Samuels et al., 2002; Johnson et al., 2008; Coid et al., 2006; Lezenweger et al., 2007; Bornow, et al., 2010). Sin embargo, los estudios realizados en poblaciones específicas mostraron una mayor prevalencia de la presencia de los TP, específicamente en la población carcelaria. Actualmente, no existen estudios específicos sobre la prevalencia de estos trastornos en el ámbito penitenciario brasileño. Ante todo, estudios realizados en otros países presentaron concordancia de datos en relación a este sector de la población. Un estudio realizado por Taylor et al. (1998) con 1.740 pacientes del sexo masculino y femenino, internados en dos hospitales judiciales británicos por comportamiento peligroso, violento o criminal, por un período de seis meses, apuntaron que el 58% de los pacientes sufrían de psicosis funcional. De estos, un cuarto también poseía un TP independiente; 26% presentaron TP sin complicaciones psicóticas y el 16% tenían dificultades de aprendizaje. De los 119 individuos que presentaron al menos un TP, 26% habían sido admitidos por homicidio, 40% por otros actos violentos, 15% por delitos sexuales y 18% por incendio criminal. Asimismo, un estudio longitudinal de 717 jóvenes realizado por Johnson et al. (2000) ha señalado que los adolescentes diagnosticados con TP en el grupo A y B del DSM-5, en la edad adulta, eran más propensos que otros adolescentes a cometieren actos de violencia en este período. Estos actos incluyeron incendio, atracos, allanamiento de morada, invasión, peleas físicas, robo y amenaza a otras personas. Estudios transversales de toxicómanos

(Albany et al., 1999) y agresores domésticos (Hart, Dutton & Newlove, 1992) demostraron también altas tasas del TP entre estos grupos.

Las evidencias en relación con la prevalencia de los TP por género, como un todo, todavía son controvertidas. Hay estudios que apuntaron una mayor prevalencia entre los varones (Huang et al., 2009; Samuels et al., 2002) y estudios que defendieron una tasa de igual prevalencia entre hombres y mujeres (Lezenweger et al., 2007; Torgensen, Klinglen & Cramer, 2001). La mayoría de las investigaciones que sugirieron la prevalencia entre géneros fueron realizados específicamente para cada trastorno. El DSM-IV sugirió que los trastornos de personalidad histriónica, dependientes y borderline eran más frecuentes en las mujeres, así como los trastornos de personalidad antisocial, esquizoide, paranoide, esquizotípica, narcisista y obsesivo-compulsivo eran más prevalentes en los hombres. Algunos estudios han apoyado esta sugerencia como, por ejemplo, Torgensen et al (2001) indicaron una mayor prevalencia del trastorno de la personalidad esquizoide y del TPAS en hombres y trastorno de personalidad histriónica y trastorno de personalidad dependiente en las mujeres. De la misma manera, Trull et al. (2010) reportaron mayores tasas del TP antisocial, esquizoide y narcisista en hombres y TP paranoide, borderline, histriónica, esquiva, dependiente y obsesivo-compulsivo en las mujeres. Por otro lado, el único TP que presenta un consenso de prevalencia entre los investigadores, es el TPB (Zanarini et al., 1998), con una tasa de 75% de los diagnósticos en las mujeres.

Logan & Blackburn (2009) señalaron que los TP más presentes en la población reclusa femenina son las conductas antisociales y borderline (Tabla 6). Un estudio realizado con 98 mujeres en un sistema penitenciario u hospital judicial en Inglaterra, condenadas por delitos violentos, mostró que cerca de 58% de ellas presentaban características de TPAS y 52% presentaban características de TPB, con comorbilidad

entre ellas o no. Esto significa que más de la mitad de las mujeres estudiadas poseían características para el diagnóstico de TPAS y TPB. Estos resultados demostraron concordancia con otros estudios similares en varios países (Jordania et al., 1996; O'Brien, Mortimer, Singleton & Meltzer, 2003; Singleton, Meltzer, Gatward, Coid & deasy, 1998; coid, Kahtan, Gault & Jarman, 2000).

Tabla 6. Prevalencia de los Trastornos de Personalidad en el sistema penitenciario

Trastorno de Personalidad	Total	Cárcel (n=46)	Hospital Judiciario (n=48)
Paranoide	13 (15%)	5 (12%)	8 (18%)
Esquizoide	9 (9%)	2 (5%)	6 (13%)
Esquizotípica	3 (3%)	1 (2%)	2 (4%)
Antisocial	51 (58%)	24 (56%)	27 (60%)
Borderline	46 (52%)	18 (42%)	28 (62%)
Histriónica	1 (1%)	0	1 (2%)
Narcisista	3 (3%)	2 (5%)	1 (2%)
Esquiva	14 (16%)	7 (16%)	7 (15%)
Dependiente	5 (6%)	2 (5%)	3 (7%)
Obsesiva-Compulsiva	7 (8%)	4 (9%)	3 (7%)

2.2 Definición etiológica y factores diagnósticos

El TPB es un trastorno que se caracteriza intrínsecamente por las desestabilidades o desequilibrios emocionales experimentados por el sujeto en cortos períodos de tiempo, especialmente en sus relaciones afectivas (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* [DSM V], 2013). El DSM-V puntúa que para el diagnóstico del TPB deben ser consideradas la inestabilidad y la intensidad en las relaciones, el miedo del abandono, la sensación de vacío, la inestabilidad afectiva, la ira, la impulsividad, el comportamiento y la ideación suicida y de automutilación.

Con todo, las definiciones para la clasificación de un sujeto en el trastorno son, aún, muy debatidas en la comunidad científica, lo que dificulta la elaboración de un diagnóstico diferencial y de la propia intervención terapéutica y farmacológica (Ribeiro,

Cordás & Nogueira, 2011, p.115). Las propias variaciones en las definiciones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) han reflejado esta dificultad diagnóstica para el TPB, observado en las tres últimas ediciones (una vez que la terminología no estuvo presente en las dos primeras ediciones) (DSM III, 1987; DSM IV, 1995 & DSM V, 2013).

Actualmente, los criterios diagnósticos propuestos en el DSM V hacen referencia a un padrón invasivo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, con tendencias impulsivas (DSM V, 2013). Esos patrones de comportamiento normalmente son percibidos en el final de la adolescencia o comienzo de la vida adulta, considerando la franja etaria entre los 18-25 años (Gunderson, 2000). Para realizar el diagnóstico para el TPB, según el DSM-V, es necesario que la persona presente cinco o más criterios en un período mínimo de seis meses (Tabla 7).

Más allá de esto, el diagnóstico del TPB está estrechamente relacionado con histórico de actos impulsivos e inestabilidad afectiva, incluyendo episodios explosivos y de abuso de sustancias. Se puede inferir que infractores que presentan tendencias más violentas e impulsivas pueden tener más posibilidad de presentar el trastorno (Sansone, 2009). Algunas pesquisas refuerzan esa inferencia, como, por ejemplo, el estudio realizado por Logan y Blackburn (2009), que examinó a 95 mujeres que habían sido encarceladas por crímenes violentos. Cuando comparadas con mujeres que habían cometido delitos de violencia inferiores, aquellas cuyas detenciones tenían relación con gran violencia, tenían cuatro veces mayor chance de ser diagnosticadas con el TP.

Tabla 7. Criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad *borderline* – DSM-V

-
1. Esfuerzos desesperados para evitar abandono real o imaginado (Nota: no incluir comportamiento suicida o de automutilación cubierto por el criterio 5);
 2. Un patrón de relacionamientos interpersonales inestables e intensos caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización;
 3. Perturbación de la identidad: inestabilidad acentuada y persistente de la autoimagen o de la percepción de sí mismo;
 4. Impulsividad en por lo menos dos áreas potencialmente autodestructivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de sustancias, dirección irresponsable, compulsión alimentar). (Nota: no incluir comportamiento suicida o de automutilación cubierto por el criterio 5);
 5. Recurrencia de comportamiento, gestos o amenazas suicidas o de comportamiento auto-mutilante;
 6. Inestabilidad afectiva debida a una acentuada reactividad de humor (p.ex., disforia episódica, irritabilidad o ansiedad intensa con duración generalmente de pocas horas y apenas raramente de más de algunos días);
 7. Sentimientos crónicos de vacío;
 8. Rabia intensa e inapropiada o dificultad en controlarla (p.ex., muestras frecuentes de irritación, rabia constante, peleas físicas recurrentes);
 9. Ideación paranoide transitoria asociada a estres o sintomas disociativos intensos.
-

2.3 Aspectos neurobiológicos

El avance de las neurociencias en las últimas décadas ha proporcionado una amplia cantidad de investigaciones en el área de la salud mental, investigando las bases neurobiológicas de los trastornos mentales, han encontrado resultados que ayudan en la comprensión de los procesos psíquicos y en el mantenimiento y perfeccionamiento de los tratamientos. El TPB junto con el TPAS son los más estudiados en esa perspectiva, y consecuentemente, presenta mayor cantidad de datos que ayudan en el manejo del trastorno (Silva, Monteiro & Neto, 2011).

La causa del TPB todavía no es totalmente comprendida, pero se sabe que implica múltiples factores. Como en los trastornos psiquiátricos más importantes, el

TPB surge a partir de una combinación de predisposición genética del individuo con la exposición a factores ambientales adversos. A partir de la comprensión del TPB como un trastorno dimensional, Zanarini et al (2003) determinaron cuatro elementos centrales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del TPB: afectividad, impulsividad, cognición y trato interpersonal. Estos elementos están relacionados con el fenotipo de desregulación emocional, característica principal del trastorno. Linehan (1993) defendió que las personas con TPB tienen una predisposición biológica para vulnerabilidad emocional, que es caracterizada por la hipersensibilidad a estresores emocionales presentando bajo límite de tolerancia, intensidad emocional de alta amplitud y dificultad para retornar al estado emocional de base. La desregulación emocional compromete la estabilidad del sujeto, afectando el comportamiento, las relaciones interpersonales, la autoestima y la cognición. (Hooley, Cole & Gironde, 2012). Esto significa que los síntomas relacionados con el TPB como comportamientos de riesgo, impulsividad, dificultad en el curso del pensamiento y la capacidad de respuesta a estímulos positivos del ambiente son secundarios a la desregulación emocional (Bohus, Schmal & Lieb, 2004). Por lo tanto, muchos estudios que abordan la neurobiología del TPB buscan comprender mejor el proceso emocional de estos individuos.

Un estudio realizado por Wagner & Linehan (1999), al comparar pacientes mujeres con TPB con un grupo control de individuos sanos, mostrando figuras con seis expresiones de emociones básicas: neutra, felicidad, tristeza, miedo, asco y sorpresa. Se encontró que los pacientes con TPB eran más susceptibles a atribuir un aspecto negativo a la expresión neutra. En concordancia, Donegan et al (2003) realizaron un estudio similar, mostrando figuras con cuatro expresiones de emociones (neutra, felicidad, tristeza y miedo) (Figura 2), y también encontraron que los individuos con TPB frecuentemente veían emociones negativas en las expresiones neutras. De misma forma,

Marissen, Meuleman & Franken (2010) compararon 30 pacientes con TPB con 30 sujetos psicológicamente sanos, mostrando figuras negativas, positivas y neutras, y concluyeron que comparado al grupo control, los pacientes con TPB tendían a dar una connotación más negativa a las imágenes negativas. Además, en otra investigación realizada por Hazlett et al (2007) identificó una reacción fisiológica exagerada de pacientes con TPB a palabras negativas. Estos hallazgos apuntan a la consistencia con el diagnóstico clínico estructural, demostrando que los individuos Borderline presentan hiper-reactividad a estímulos negativos, así como la tendencia a la percepción negativa de estímulos neutros.

Figura 2. Ejemplos de expresiones neutra, felicidad, tristeza y miedo según Ekman y Friesen (1979)



A pesar de la predisposición genética encontrarse aún en estudio, se sabe que muchos de los genes asociados al TPB interactúan entre sí y con el ambiente desde las primeras experiencias del sujeto, pudiendo incitar diferentes respuestas a estresores ambientales (Hooley, Cole & Gironde, 2012). Además, estudios realizados con animales mostraron que la exposición prematura a factores ambientales de riesgo causa alteraciones en varios sistemas biológicos, incluyendo habilidad de respuesta al estrés, procesamiento emocional y organización cerebral (Francis & Meaney, 1999; Goodman, New & Siever, 2004). Es decir, experiencias de maltrato, abandono y abuso pueden influir en el desarrollo neurobiológico del sujeto.

Torgeson et al (2000) realizaron un estudio para descubrir el linaje del TPB, con una muestra de 92 mellizos idénticos y 129 mellizos fraternos, siendo que los genes

mostraron 69% de concordancia diagnóstica para el TPB. Estos índices son más grandes que el trastorno depresivo mayor, aproximándose de las estadísticas para el TAB. Además de eso, en un estudio con 9 familias, White, Gunderson, Zanarini & Hudson (2003) apuntaron que el 12,6% de los parientes de primero grado de un sujeto con el TPB, presentaron el mismo trastorno. Esa es una estadística que demuestra una posibilidad cuatro veces más grandes que las estadísticas para otros trastornos psiquiátricos (Gunderson, 2010).

Las condiciones ambientales que pueden favorecer el diagnóstico son variadas de un individuo hacia el otro y como ese individuo experimenta determinado acontecimiento. Con todo, estudios mostraron importantes comprobaciones de correlación del trastorno y traumas infantiles. (Herman, Perry & Van der Kolk, 1989; Zanarini et al, 1989; Bryer et al, 1987; Westen, 1990), incluyendo histórico de abuso sexual, maltrato físico y violencia doméstica grave. Gunderson & Links (2008) afirmaron que existe importante correlación de individuos que presentan histórico de aferro exagerado, desestructura familiar, negligencia y trauma durante la infancia con presencia del TPB. En cambio, ningún de estos criterios es necesario o contundente el suficiente para un individuo presentar la patología y, por lo tanto, no pueden ser puntuados como factor determinante. No obstante, son presentados como alto factor de riesgo para el desarrollo del TPB (Abdalla-Filho & Engelhardt, 2016).

2.4 Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial la principal distinción para hacer con el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) (Choi-Kain & Gunderson, 2008), pues los dos pueden presentar

inestabilidad de humor e impulsividad. En este contexto, Zimmerman et al (2010) señalaron que alrededor de 40% de los pacientes que tienen el TPB, inicialmente son diagnosticados con el TAB. Además de eso, Zimmerman & Mattia (1999) revelaron que, en una muestra de 61 pacientes con TPB, atendidos en ambulatorios no especializados, apenas 1,2% ha recibido el diagnóstico correcto. Así, los autores defendieron que el TPB es un diagnóstico descuidado en los servicios de salud mental.

Al agrupar los criterios diagnósticos para el TPB, es necesario tener un concepto diferencial de pensar el sujeto, considerando su inestabilidad en las relaciones, emociones, comportamiento y percepción de sí mismo. Después, es necesario analizar los eventos gatillos que desencadenan los síntomas. En este caso, merece resaltar que los síntomas del TPB son engatillados por los contactos interpersonales: el rompimiento de relacionamiento o un nuevo relacionamiento o, todavía, la falta de un relacionamiento, entre otros. En contrapartida, se debe considerar que los síntomas del TAB no poseen estresores sociales evidentes, pudiendo los síntomas clásicos aparecer sin esos gatillos (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Por otro lado, es importante señalar que los síntomas depresivos del TPB permanecen hasta que el trastorno entre en remisión. Por lo tanto, la depresión resistente al tratamiento puede ser considerada un factor importante para el diagnóstico (Gunderson et al, 2004). Además de esto, el sujeto con TAB presenta ocurrencia prematura de la depresión y episodios de hipomanía (MacKinnon, Michels & Buckley, 2016). Por consiguiente, la automutilación aparece como una función que regula las emociones y generalmente asociada al TPB.

Prosiguiendo es este contexto, actos recurrentes o intentos suicidas, cuando combinados con el miedo del abandono, son fuertemente asociados al diagnóstico (Grilo et al, 2010). Así, si la inestabilidad en el relacionamiento es lo que lleva la persona

a buscar tratamiento, la posibilidad del TPB se torna más grande en el diagnóstico diferencial.

Con relación a otros trastornos de personalidad graves como la histriónica, la narcisista y el paranoide, la diferenciación al Borderline se hace por la ausencia de comportamientos autodestructivos, impulsividad y por la intensa sensibilidad al abandono. (MacKinnon, Michels & Buckley, 2016). Segundo Gunderson (2000), el diagnóstico diferencial con relación al trastorno de personalidad antisocial (TPAS) debe hacerse, también, a partir de la distinción de género, una vez que la mayoría de los individuos con el TPB son mujeres, en cuanto en el TPAS la mayoría son hombres.

2.5 Prevalencia y factores asociados

Se sabe que la prevalencia de este transtorno en la población general oscila entre 2%, con mayor ocurrencia entre las mujeres (DSMV, 2013), y 6% con tasas aproximadamente iguales entre los sexos (Grant et al., 2008). En relación a la población evaluada en clínicas ambulatoriais de salud mental, este porcentaje aumenta de 10% a 15% y hay un porcentaje aún mayor en pacientes psiquiátricos hospitalizados, siendo este número de 30 a 15% (Neto et al., 2011). Según el DSM V, para situaciones específicas, esta prevalencia llega a 6% en pacientes de atención primária, 10% en pacientes de ambulatorios de salud mental y 20% entre pacientes psiquiátricos internados. En otros países, también existe relato de alta prevalencia del TPB (Sansone, 2009). Además de eso, dentro de los trastornos de personalidad, el TPB es considerado con frecuencia, como el más grave, al lado del trastorno de personalidad antisocial (Ribeiro, Cordás y Nogueira, 2011). Las consecuencias de este trastorno pueden ser variadas y de distintas gravedades. Y aún, estudios recientes, realizados en otros países,

indicaron un predominio empírico substancial de personas diagnosticadas con TPB en su población carcelaria (Sansone, 2009).

Las mujeres son las más afectadas, como muestra Bouchard et al (2009), que señalaron que existe una prevalencia del sexo femenino en casi 75% de los diagnósticos de TPB. Incluso así, según esos autores, las mujeres que tienen esos trastornos, revelan deficiencias en la comunicación, muchas veces evitando o dejando de establecer el diálogo, acarreado así, una respuesta impulsiva o violenta, pudiendo ser prejudicial en la tentativa de establecer lazos afectivos (Bouchard et al, 2009).

En este contexto, el TPB puede estar asociado a múltiples comorbidades, comprometiendo el diagnóstico padrón. Algunas comorbidades presentes son el abuso y dependencia de sustancias, trastornos de ansiedad, episodios psicóticos, trastornos del estado de ánimo y los trastornos alimentares (Ribeiro, Cordás y Nogueira, 2011). Según De Faria (2003), a partir de observaciones clínicas de pacientes borderline, la amenaza de abandono se configura en pérdida de sentido para el sujeto, y el nivel de ansiedad aumenta considerablemente, resultando en acciones impulsivas como las compulsiones, el abuso de sustancias y a veces, la violencia. Las comorbidades se presentan, así, como una tentativa desesperada de reducir la angustia extrema (Lobb & Francesetti, 2013). La violencia, a su vez, en la mayoría de los casos, es resultado de la inestabilidad afectiva y del humor hiper-reactivo, haciendo que el individuo reaccione desproporcionalmente delante de pequeños estímulos, generalmente ligados a la sensación de frustración, traición y abandono.

2.6 Criminología del Trastorno de Personalidad Borderline

En las últimas dos décadas un número expresivo de estudios ha evidenciado la relación entre los trastornos de personalidad y el comportamiento delictivo, pero pocos estudios se dirigieron específicamente para identificar la prevalencia del TPB entre infractores. La necesidad de estos estudios para esta población específica surgió a partir de datos que sugieren que el TPB es un fuerte predictor para la violencia y la agresividad (Tihonen, Eronen & Hakola, 1993; Goodman & New, 2000, Soliman & Reza, 2001) dificultad de control de los impulsos y de la rabia. En Brasil todavía no existen estudios que identifiquen esa prevalencia, pero en otros países, existen investigaciones que muestran una alta prevalencia del TPB entre individuos en el cárcel (Tabla 8) (Sansone, 2009).

En un estudio basado en entrevistas, Jordan et al (1996) analizaron 805 infractoras del sexo femenino, que eran recién-ingresadas a una prisión en Carolina del Norte, en los Estados Unidos. Ellos apuntaron que 28% de esta población carcelaria presentaban el conjunto de criterios mínimos para el diagnóstico del TPB. De la misma forma, Warren et al (2012) realizaron un estudio con 261 mujeres encarceladas, utilizando el *Structured Clinical Interview for DSM VI – Personality Disorders*, y encontraron una prevalencia del 24% de mujeres con TPB, con o sin comorbilidad con otros trastornos de personalidad.

Otro estudio realizado en España, por Riesco et al (1998), evaluó a 56 hombres detenidos, por medio de una evaluación estructurada para TPB. Los autores apuntaron que 41%, de esta muestra, sufrían del TPB (Sansone, 2009). Por otro lado, otro estudio que comparó la eficacia de dos medidas de trastornos de personalidad, evaluando infractores reclusos en dos diferentes prisiones en el Reino Unido, identificó una prevalencia de 45,7% y 47,4%, de la presencia del TPB (Davison, Leese e Taylor, 2001). También, en otro estudio, realizado con hombres infractores encarcelados por

crímenes sexuales, Dunsieith et al (2004) identificaron que 28,3% de los 113 participantes presentaron los criterios para TPB, basados en entrevistas estructuradas. De la misma manera, mediante también una entrevista estructurada para el diagnóstico, Black et al (2007) investigaron la tasa del TPB en infractores recién ingresados en el departamento de correcciones de Iowa, Estados Unidos. En la muestra, 29,5% cumplieron los criterios para TPB, siendo que la tasa entre mujeres infractoras doblaba en relación a la de los hombres. Así, esos estudios en conjunto, por medio de las entrevistas estructuradas o semiestructuradas para el TPB sugirieron que aproximadamente 25 a 50% de los reclusos sufrían con este trastorno, teniendo la tasa con variación expresiva cuando era comparada en género (Sansone, 2009).

Tabla 8. Prevalencia del Trastorno de Personalidad Borderline en infractores encontrada por otros autores

AUTOR, AÑO	PAÍS	PREVALENCIA
Jordan, 1996	Estados Unidos	28%
Riesgo, 1998	España	41% (sólo entre hombres)
Davison, Leese y Taylor, 2001	Reino Unido	45,7-47,4%
Warren et al, 2002	Estados Unidos	24% (solo entre mujeres)
Dunsieith et al, 2004	Reino Unido	28,3% (sólo entre hombres)
Black et al, 2007	Estados Unidos	29,5%
Logan & Blackburn, 2008	Reino Unido	42%

2.7 Pronóstico de tratamiento

Las personas que sufren con el TPB suelen tener una presencia activa y importante en los servicios de salud mental (Bender et al., 2001; Zanarini et al., 2001). Sin embargo, el tratamiento psiquiátrico y el mantenimiento del vínculo terapéutico son retos para el curso del tratamiento debido al alto grado de impulsividad de paciente. Esta característica tiene como consecuencia las elevadas tasas de evasión prematura (Percudani, Belloni, Conti & Barbui, 2002). Por otro lado, cuando existe la adherencia al tratamiento, los daños y riesgos para el paciente disminuyen con el avance de la edad.

(APA, 2013). Zanarini et al (2006), en un estudio longitudinal con 290 pacientes con TPB, señalaron que la remisión de los síntomas era sorprendentemente común, después del tratamiento (Figura 3). Los autores demostraron que el 34,5% de los pacientes con el diagnóstico no presentaron el número de criterios necesarios para el TPB después de acompañamiento terapéutico y psiquiátrico durante dos años; el 49,4% después de 4 años de tratamiento, el 73,5% después de 6 años; después de 8 años 80,4% y 81,7% después de 10 años de tratamiento (Tabla 9). Es importante destacar las conclusiones de los autores relativo a 10 años después del tratamiento, demostrando que más del 80% de los pacientes con TPB no presentaron síntomas que se relacionan con los criterios para el diagnóstico. Además, los autores han argumentado que la posibilidad de recaídas era escasa. De mismo modo, Zanarini (2010) ha señalado que, entre los que estuvieron en tratamiento por 10 años o más y tuvieron la remisión de los síntomas, sólo el 15,4% presentaron recurrencia de episodios en 6 años después de la remisión. En este caso, vale la pena mencionar que algunos de los pronósticos pueden contribuir para la remisión más rápida como la identificación y el tratamiento de la TPB en individuos más jóvenes, la ausencia de una historia de abuso sexual en la infancia y la ausencia de antecedentes familiares de abuso de sustancias. (Hooley, Cole & Gironde, 2012). Y, además, desde los 30 hasta 50 años de edad, la mayoría de los individuos con el trastorno alcanza una mayor estabilidad en sus relaciones y en sus actividades profesionales (APA, 2013). Este pronóstico es más positivo que la mayoría de los trastornos mentales graves.

Las directrices de los tratamientos incluyen medicinas, psicoterapia individual, psicoterapia en conjunto (paciente y familia), grupos de apoyo, talleres psicoeducacionales y terapia familiar. Un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico especializado Mclean en Belmont, Massachutes (Estados Unidos), por Barbe et al.

(2005) ha mostrado que cuando el paciente toma conocimiento de su diagnóstico, aumentan los índices de esperanza y la adherencia al tratamiento. Asimismo, en otro estudio (Zanarini & Frankenburg, 2008) ha declarado que los pacientes que fueron sometidos a talleres psicoeducacionales tuvieron los índices de impulsividad e inestabilidad relacional reducida en un programa de 12 semanas. Estos estudios refuerzan la hipótesis de importancia para lograr un diagnóstico exacto y proporcionar la comprensión del paciente acerca del trastorno que posee. El acto de conocer o reconocer los síntomas ayuda a desarrollar estrategias para su control, así como al conocer el diagnóstico el paciente puede buscar amparo en grupos de personas similares, disminuyendo así la sensación de aislamiento y soledad.

En el contexto forense, debido al aumento de la producción de datos acerca de los trastornos mentales en el sistema penitenciario, los programas de tratamiento para delincuentes con trastornos han sido implementados con el objetivo principal de reducir la reincidencia delictiva. En el Reino Unido, el Ministerio de Justicia ha puesto en circulación dos cartillas del *National Institute for Health Excellence* (NICE) para ayudar a los profesionales que trabajan con infractores portadores de dos principales TP más frecuente en el sistema penitenciario. La primera cartilla es dirigida para la atención al infractor Borderline (*Borderline personality disorder: treatment and management*) y la segunda es dirigida al infractor Antisocial (*Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention*). Además de eso, es ofrecido un tratamiento a aquellos individuos en forma especializada, involucrando la participación de enfermeras de salud mental, asistentes sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales. Asimismo, países como Holanda y Alemania cuentan con la asistencia obligatoria para esos infractores. El tratamiento es ofrecido por unidades terapéutica sociales autónomas o departamentos

terapéuticos del gobierno, dentro o fuera de las cárceles (Abdalla-Filho & Engelhardt, 2016).

Figura 3. Curso longitudinal del TPB

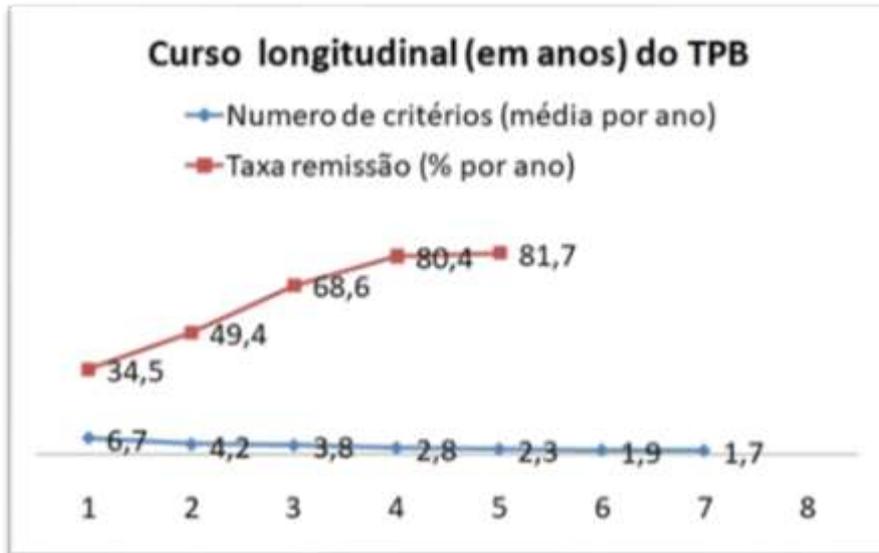


Tabla 9. Porcentaje de remisión de acuerdo con años de acompañamiento terapéutico

Años de acompañamiento	Porcentaje de remisión (%)
2	34,5
4	49,4
6	68,6
8	80,4
10	81,7

Fuente: Zanarini, 2010

2.8 Direcciones de la psicoterapia fenomenológica y manejo clínico

Considerando la definición del DSM-V (APA, 2014) para el TPB como un patrón invasivo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, con tendencias impulsivas, pacientes con el trastorno pueden ser considerados “establemente inestables” (Barnicot et al, 2012), experimentando fluctuaciones de humor hiperreactivas y intensas, así como comportamiento inconstante y impulsivo en las relaciones interpersonales y rabia exagerada, que pueden llevarlos a comportamientos autodestructivos, auto-mutilación y suicidio. Por lo tanto, estos individuos frecuentemente demandan de los servicios de salud mental, así como de la emergencia psiquiátrica (Ansell, Sanislow, McGlashan & Grilo, 2007). A partir de eso, considerando los desafíos que estos individuos presentan a los servicios de salud y la angustia asociada al propio trastorno, se vuelve prioridad el desarrollo de propuestas de tratamiento efectivos.

Diversas líneas de la psicología han buscado comprender y proponer directrices de tratamiento, especialmente a partir de los años 90, cuando muchas terapias fueron desarrolladas específicamente para el tratamiento del paciente Borderline (Barnicot et al, 2012). En 1993, el psicólogo Gary Yontef en su libro *Awareness, Dialogue & Process* despertó el interés de la comunidad de psicólogos fenomenológicos para el trastorno. Él afirmó la necesidad de dejar atrás el patrón humanístico, anti-diagnóstico antes adoptado por los terapeutas de los enfoques humanistas (Lobb, 2013). Yontef (1998) describió el TPB como un modo de “estar en el mundo”, en el que el sujeto llega a perder, en algunos momentos de su desarrollo, las fronteras de tiempo, de espacio y de la relación con el otro. Él señala que el sujeto borderline tiende a desvelar su drama existencial con intensidad e hiper-reactividad, “lo que no significa que consiga asimilación o buen contacto con lo que expresa, pues la intensidad ocurre con los

eventos inmediatos y en un presente vacío, o en la ausencia de una relación con el pasado y el futuro” (Melo, Boris & Stoltenborg, 2009). En concordancia, Bin (1998) comprende el TPB a partir de un enfoque fenomenológico de la temporalidad, sugiere que existe una “absorción en la inmediatez”, en la cual el sujeto es absorbido en la presencia inmediata del objeto, sin embargo, no establece ninguna relación con él. Es decir, la inmediatez en la cual el individuo se encuentra se vuelve vacía de presencia. Esto muestra una falla en el proceso de apego, que puede ser consecuencia tanto de la predisposición genética como de condiciones ambientales adversas. Por eso, el sujeto busca desesperadamente la presencia del otro, pero no la presentificación, en el que establece una relación con el pasado y el futuro, viviendo la presencia como infinita, y cualquier amenaza a la pérdida de esa presencia significa aniquilación de su propio ser. Esto resulta en una dificultad en se percibir confiable, confusión entre las experiencias de sí y del otro, rabia de aquello que no posee, recurso a defensas primitivas (disociación y furia) para evitar la ansiedad de la pérdida, alternancia entre estados emocionales, ambivalencia en las relaciones y distorsión de la realidad (Lobb, 2013).

Lander & Nahon (2006) sostienen que existe una dificultad en respetar los límites de sí mismo y del otro en las dimensiones emocionales, sexuales, cognitivas y/o físicas. Cuando establecen relaciones con los demás, el individuo dispone de mecanismos que utilizan para garantizar su existencia, como disociación, auto-sabotaje y autodestrucción, intentos de alejar al otro a través de reacciones impulsivas y agresividad y prueban la capacidad de tolerancia del otro a sus episodios de furia. Ellas creen que estos comportamientos son un intento de proteger sus límites, que constantemente quedan amenazados por el otro. Por lo tanto, se cree que existe una relación dialéctica, de confluencia y de alejamiento, o de acogida y de destrucción del otro.

La fenomenología comprende los trastornos de personalidad como un patrón de organización inflexible y mal adaptativo de la experiencia (Delisle, 1991), esos patrones de organización, cuando privan al individuo de un funcionamiento sano, resultan en perjuicios interpersonales, conductuales y emocionales. Por lo tanto, en las psicoterapias de base fenomenológica, el psicoterapeuta busca comprender la experiencia del paciente y sus formas de expresión, eso significa que no se busca tratar la enfermedad en sí, sino el hombre enfermo (Giovanetti, 2018). Tellenbach (1991) sostiene que el aspecto más importante de la psicoterapia es la *“acogida del otro en su propia esfera vital. Es la respuesta existencial de una persona a otra persona”*. Así, si el sujeto presenta una respuesta mal adaptativa a las relaciones interpersonales, el psicoterapeuta busca, en la relación terapéutica con el paciente borderline, construir nuevos sentidos para su existencia.

El mayor desafío en el tratamiento con el paciente borderline es la adhesión, siendo una condición primordial en la atención clínica. El TPB presenta mayor tasa de evasión de tratamiento cuando comparado a otros trastornos psiquiátricos graves (Percudani, Belloni, Conti & Barbui, 2002). Gunderson (1989) afirma que las razones conscientes más relatadas por los pacientes para no adherirse al tratamiento son frustración con el tratamiento, falta de soporte social y dificultades logísticas para asistir a las consultas, sin embargo, se sabe que la impulsividad, baja tolerancia a la frustración, el miedo al abandono y la ambivalencia entre idealización y desvalorización contribuyen a la no adherencia al tratamiento del individuo Borderline (Tanesi, Yazigi, Fiore y Pitta, 2007). Kaplan et al (1994) describió la psicoterapia con individuos con TPB como desafiante tanto para el paciente y para el terapeuta. Él identificó que los cinco mayores desafíos al tratar con el paciente Borderline son: identificar activamente, confrontar y dirigir el comportamiento del sujeto; ofrecer un entorno estable y seguro;

establecer una conexión entre el movimiento y los sentimientos; resignificar los ganos simbólicos de los comportamientos autodestructivos y ser cautelosos con sentimientos de contratransferencia. Barnicot (2012) en una revisión de 33 estudios sobre la eficacia del tratamiento con pacientes Borderline, apuntó que los dos predictores significantes para remisión de los síntomas fueron: síntomas iniciales más graves y mayor vínculo con el terapeuta, independiente del abordaje utilizado. A partir de eso, el terapeuta fenomenológico debe ofrecer en primer momento, acogida al paciente, sin actuar de forma condenatoria o interpretativa, ofrecer, por lo tanto, su presencia plena. El direccionamiento terapéutico prematuro para temas como impulsividad, furia, auto-castigo y traumas puede alejar al paciente (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018), pues éste, busca de toda manera defender y preservar su espacio vital y cualquier amenaza puede desencadenar una enfermedad reacción de fuga. Una postura neutra, empática y amparadora al inicio del proceso terapéutico *“podrá consolidar el desarrollo de un sentido más estable del self del paciente, conduciendo a una visión más integrada de las otras personas”* (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018), inspirando al individuo al auto-cuidado y *self-awareness*.

La fenomenología, por ser un abordaje que enfoca en lo que se desvela en el aquí-ahora, ofrece al paciente la autonomía para trabajar la demanda emocional del momento presente, abriendo la posibilidad para que el sujeto se individualice, más allá de la enfermedad. Es decir, reconocer sus dolores, sus mecanismos de fuga, de inseguridad y ambivalencia de forma más temprana y leve (Lobb, 2013). Se cree que desde una perspectiva integrada la psicología fenomenológica puede ofrecer contribuciones significativas en el manejo clínico y tratamiento del paciente con TPB, pues ofrece una mirada singular a cada individuo, es un abordaje basado en el cuidado con el otro y en la relación de afecto entre paciente y terapeuta. Heard & Linehan

(1994), precursores de la terapia comportamental dialéctica, sugirieron que las terapias de base fenomenológica ofrecen validación y aceptación incondicional al paciente, y por eso acaban no llevando el problema del paciente en serio. Pero, al contrario de lo que dicen, al ofrecer acogida, escucha y presencia, el terapeuta no se atiene al problema, sino al individuo que problematiza, pudiendo ayudarlo a comprender, identificar y resignificar su manera de estar y transitar en el mundo, que sólo estancando el síntoma.

2.9 Asociación de Protección y Asistencia al Condenado

Este estudio se realizó en la penitenciaría de la Asociación de Protección y Asistencia al Condenado (APAC), en la ciudad de Itaúna, provincia de Minas Gerais, Brasil. La APAC es una asociación civil sin fines de lucro compuesta de voluntarios que trabaja en asociación con la comunidad, asiste al poder judicial y desarrolla una metodología de resocialización, celebrado hace más de 40 años (Ottoboni, 2006). La prisión es administrada sin la presencia de la policía y oficiales correccionales. La disciplina, el mantenimiento y la seguridad están garantizadas por los voluntarios y sus propios reclusos (llamado "recuperandos"). El objetivo de la APAC es promover la humanización de las cárceles, sin perder de vista la finalidad punitiva de la condena. El objetivo es evitar la reincidencia en el delito y ofrecer alternativas más humanas para su recuperación. En la metodología propuesta por ellos, el recuperando pasa a través de todos los sistemas, ya que las acciones están orientadas a objetivos distintos en cada etapa de la condena. Todos estos objetivos complementan el objetivo principal, que es la recuperación del sujeto y su reintegración en la comunidad. Por ejemplo, en el régimen cerrado, las acciones están dirigidas a la interiorización y espiritualidad, esto incluye lecciones de la valoración humana, terapia individual y de grupo, contactos con pedagogos, asistentes sociales y psicólogos que traten temas positivos y constructivos

para la recuperación del individuo. En el régimen semiabierto el objetivo es la profesionalización, es decir, se incentiva que el sujeto sea productivo para la comunidad. El individuo puede aprender o mejorar habilidades que pueden ser útiles para él en la reinserción social. En esta etapa se ofrecen talleres para el desarrollo de actividades tales como el arte, la gastronomía, la lectura, entre otros. Cuando el sujeto llega al régimen abierto, ya posee la autonomía para trabajar fuera de la prisión durante el día y regresar a la APAC después del turno (Ottoboni y Ferreira, 2004). Todos recuperandos de la APAC pasaron por el sistema penitenciario común. La prioridad de las vacantes es dada a aquellos en los que la familia reside en la comunidad o en sus cercanías y aquellos que presentan un buen comportamiento.

La primera APAC surgió en São José dos Campos, São Paulo, en 18 de noviembre de 1972 con el objetivo de mitigar las constantes aflicciones experimentadas por la población carcelaria. Desde 1974, la asociación ha ganado apoyo jurídico y comenzó a recibir alumnos del presidio Humaíta (São José dos Campos/SP). En 1986, la segunda APAC de Brasil fue inaugurada en la ciudad de Itaúna - Minas Gerais y desde allí se expandió para otras ciudades. Hoy día, hay alrededor de 150 APAC jurídicamente organizadas que están distribuidas por todo el territorio nacional, solo en Minas Gerais son 40. Debido a la reducción de las estadísticas de recurrencia del individuo proveniente de la APAC (entre 8% y 15%), el método ya ha sido implementado en otros países como: Alemania, Singapur, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Hungría, Letonia, México, Moldavia, Nueva Zelandia y Noruega. (Ottoboni, 2006). La elección de esta cárcel específica para este trabajo fue hecha gracias a dos posibilidades que ofrece este sistema. La primera se refiere a la facilitación del contacto personal con los internos. En este caso, se puede proporcionar un entorno en el que las encuestadas se sienten seguras, en un salón individual, sin la

presencia de otras personas. De la misma manera, no hubo limitación de tiempo, por parte de la administración de la cárcel, para que ellas participasen de la investigación. Otra razón por la que fomentó la elección del sitio fue la posibilidad de futuras aplicaciones clínicas (tratamiento, psicoterapia y grupos terapéuticos), a partir de los resultados encontrados.

Según datos del Departamento Penitenciario Nacional (2017), en el estado de Minas Gerais existen 64.025 individuos custodiados en el sistema penitenciario, entre ellos, 3.279 son mujeres distribuidas en 13 establecimientos penales, siendo 3 establecimientos centros de detención provisional, 2 penitenciarias y 8 centros de resocialización social (i.e APAC). Se dispone de 226 psicólogos y 30 psiquiatras para todo el sistema (hombres y mujeres). Los datos del Tribunal de Justicia de Minas Gerais (TJMG, 2017) apuntan que los costos de un preso en la APAC son menores que en el sistema convencional en alrededor del 50%. Los gastos en la creación de una vacante en esas unidades también son menores en aproximadamente el 27%. La reincidencia del mismo infractor en las APACs varía entre el 8% y 15%, mientras que en el sistema penitenciario común está entre el 70 y el 80%, en Brasil (Tabla 10).

Por lo tanto, la APAC se convierte en una alternativa viable, por ser una prisión sin armas, sin policía, sin agentes penitenciarios, sin rebeliones, donde las llaves del presidio quedan en manos de los “recuperandos”, donde usan ropas comunes, comen con cubiertos (tenedor y cuchillos), donde el costo de un preso es casi dos veces menor que el sistema común, donde el índice de resocialización llega al 85%. La APAC es también una alternativa simple porque hay participación de la comunidad a través de trabajos voluntarios (Ferreira, 2016).

Tabla 10. principales diferencias entre el sistema Apac y el común

APAC	SISTEMA COMÚN
Índice de reincidencia inferior al 15%	Índice de reincidencia 85% (nacional), y 70% (mundial)
Costo mensual de un preso en MG en torno a R\$ 1.000 (mil reales)	Costo mensual de un preso en torno a R\$ 2.000,00 a 3.000,00
Todos los recuperandos son llamados por el nombre	La mayoría de los presos tienen apellidos de acuerdo con el delito
Individualización de la pena	No hay individualización de la pena
La comunidad local participa efectivamente, a través del voluntariado	Ausencia de la comunidad
Ofrece tres regímenes penales: cerrado, semi abierto y abierto	Solo ofrece régimen cerrado, en su mayoría
No hay presencia de policías y agentes penitenciarios, las llaves de la cárcel quedan en poder de los recuperandos	Hay presencia de agentes penitenciarios que se quedan con las llaves del presidio
Ausencia de armas	Todos los agentes tienen armas
Número menor de recuperandos en los centros de resocialización, evitando subyugación de los más débiles, violencia y corrupción	Presidios superpoblados, los presos hacen las reglas sociales.
Acceso facilitado a la asistencia médica, psicológica y jurídica	Carencia de asistencia médica y psicológica

Fuente: Fuente: TJMG (2009), Ferreira (2016) y Agencia Estado (2017)

Figura 4. Fachada de la APAC – Femenina en Itaúna- MG



Figura 5. Placa en la entrada de la APAC



Figura 6. Fachada de la APAC – Femenina en Itaúna – MG



Figura 7. Mensaje en la pared del patio



Figura 8. Mensaje en la pared del patio



Figura 9. Parte interna APAC - Itaúna



Fuente: Pedro Vilela – Agencia i7/2017

Figura 10. Parte interna APAC - Itaúna



Fuente: Alexandre Rezende – Encontro/2017

3.Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del Trastorno de Personalidad Borderline en mujeres infractoras reclusas en la APAC, en la ciudad de Itaúna– MG - Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar infractoras que atienden los criterios diagnósticos de acuerdo con el DSM-V para TPB;

Clasificar la naturaleza de los delitos cometidos por cada infractora diagnosticada con TBP;

Comparar características de las infractoras con y sin el TPB;

Verificar asociación entre el delito cometido y el TPB.

4. Método

El presente trabajo presentó en enfoque metodológico híbrido, con la integración de recursos de la investigación cuantitativa y cualitativa con un objetivo específico de asegurar el rigor científico. Es un estudio de carácter observacional, transversal, realizado en la institución carcelaria Asociación de Protección y Asistencia al Condenado (APAC), en la ciudad de Itaúna, Minas Gerais, Brasil, en el año 2018. La población evaluada correspondió a cerca del 90% de las infractoras en la institución durante el período de realización del estudio. Inicialmente, la institución fue informada a respecto del estudio y luego de tener conocimiento de los objetivos y procedimientos, dio consentimiento para la colecta de datos, de aquellas que se manifestasen positivamente para participar del estudio, de forma voluntaria. Así, todas fueron informadas de los objetivos del estudio y luego de tener conocimiento de todos los procedimientos, firmaron el termino de consentimiento libre y aclarado (APENDICE A). El estudio siguió los procedimientos éticos establecidos considerando la Declaración de Helsinque adoptada en 1964 y sus versiones. Aquellas elegibles para el estudio respondieron a una entrevista semiestructurada, *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (SCID-5-PD), realizada por la investigadora principal, que fue entrenada anteriormente con el instrumento y posee experiencia práctica de más de cinco años en el área. Se utilizó el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recolectados.

4.1 Muestra

Los criterios para la inclusión en el estudio fueron mujeres, con edad entre 20 y 55 años, infractoras, que estuviesen reclusas en el sistema penitenciario de seguridad

mínima APAC en la ciudad de Itaúna-MG, Brasil, en el año 2018, sin distinción de raza, clase social, delito o tiempo de pena. Los criterios de exclusión fueron: déficit cognitivo que impidiesen a la infractora realizar la entrevista, detectados por medio del Mini Examen del Estado Mental, de acuerdo con la escolaridad (Bertolucci et al, 1994) (ANEXO 1). Este criterio fue adoptado para evitar la posibilidad de baja capacidad de comprender y responder a las preguntas de la entrevista por el *SCID-V-PD*. First, Benjamin, Willians & Spitzer, 2016, defendieron que “*Algunos individuos con prejuicio cognitivo grave, agitación o síntomas psicóticos graves no podrán ser entrevistados con la SCID-5*”, para que no exista posibilidad de sesgo en la interpretación de los resultados.

4.2 Instrumentos y procedimientos

Este estudio fue dividido en tres etapas: una colecta de datos sociodemográficos para la caracterización de la población objetivo del estudio; una metodología cuantitativa utilizando instrumentos válidos para el diagnóstico del TPB y una metodología cualitativa para profundizar la comprensión de este fenómeno. Por lo tanto, el protocolo del estudio incluyó establecer los datos sociodemográficos e histórico profesional y psiquiátrico de cada participante del estudio. El instrumento empleado para detectar trazos del Trastorno de la Personalidad Borderline fue la entrevista semiestructurada *Structured Clinical Interview for DSM-5 – Personality Disorder Version* (SCID-5-PD), con traducción juramentada, visto que aún no existe la versión del instrumento en portugués-Brasil (ANEXO 2). La entrevista SCID-5-PD módulo Trastorno de Personalidad Borderline consiste en 15 preguntas que evaluarán los 9 criterios diagnósticos. Para ser considerado el TPB es necesario que el individuo

presente 5 o más criterios con intensidad 2. La presencia del trastorno de personalidad borderline fue calculado usando tanto el análisis de contenido de las entrevistas como la puntuación diagnóstica. La confiabilidad de las entrevistas es alta para todos los trastornos ($>0,76$) incluyendo el TPB (0,85) (Black et al, 2007).

Esta entrevista fue realizada por la investigadora, en ambiente restringido, sin la presencia de otras infractoras. Inicialmente las participantes realizaron el Mini Examen del Estado Mental, y en seguida informaron datos como: edad, tiempo de condena, tipo de delito, si existió víctima. En la secuencia, fueron realizadas las entrevistas, por medio del SCID 5 PD.

4.2.1 *Structured Clinical Interview for DSM-5 – Personality Disorder Version* (SCID-5-PD)

La *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5) es una guía de entrevista para la realización de los principales diagnósticos del DSM-5 (Tabla 11). Ella es aplicada por un clínico o por un profesional de la salud mental entrenado que este familiarizado con la clasificación y con los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). El entrenamiento en el SCID-V envuelve una serie de entrevistas simuladas por medio del SCID-V-PD. El individuo debe ser capaz de comprender el lenguaje de la SCID-5. La SCID-5 puede ser usada de varias maneras para asegurar que los principales diagnósticos del DSM-5 sean sistemáticamente evaluados. Por ejemplo, la SCID es frecuentemente usada para ayudar a asegurar una evaluación diagnóstica forense amplia. Puede ser utilizada también para seleccionar y

caracterizar una población de estudio, pues evalúa los criterios diagnósticos inclusivos y exclusivos para determinado Trastorno.

La *Structured Clinical Interview for DSM-5– Personality Disorders* es la versión actualizada de la antigua *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II). El nombre del SCID-5-PD refleja la eliminación del sistema multiaxial en el DSM-5 y evalúa los Trastornos de los grupos A, B y C. Aunque los criterios del DSM-IV del Trastorno de la Personalidad no fueron alterados en el DSM-5, las preguntas de la entrevista del SCID-5-PD fueron cuidadosamente revisadas para capturar de forma ideal el constructo incorporado en los criterios diagnósticos (Tabla 12). Además de esto, un componente de puntuación dimensional fue adicionado al SCID-5-PD (0 a 2).

Tabla 11. Entrevista semiestructurada SCID-V-PD para el Trastorno de Personalidad Borderline

77	¿Ud. ya se sintió desorientado al pensar que alguien a quien realmente se importa lo dejara?	NO	SI	PQ80
78	¿Las relaciones con las personas que a Ud. Realmente le gustan pasan por muchos altos y bajos intensos?	NO	SI	PQ81
79	¿El quien es Ud. cambia drásticamente con sentido frecuencia?	NO	SI	P 82
80	¿Ud. es tan diferente con diferentes personas en diferentes situaciones que algunas veces Ud. no sabe quién realmente es?	NO	SI	PQ83
81	¿Ya existieron muchos cambios repentinos en sus objetivos, planes de carrera, creencias religiosas etc?	NO	SI	PQ84
82	¿Ya existieron muchos cambios repentinos en sus tipos de amigos o en su identidad sexual?	NO	SI	PQ85
83	¿Con que frecuencia actúa impulsivamente?	NO	SI	P 86
84	¿Ud. ¿Ya intentó lastimarse o matarse o amenazó con hacerlos?	NO	SI	P 87
85	¿Ud. ya se cortó, se quemó o se arañó a propósito?	NO	SI	PQ88
86	¿Su humor cambia con frecuencia en el día basado en lo que acontece en su vida?	NO	SI	PQ89
87	¿Frecuentemente se siente vacío?	NO	SI	PQ90
88	¿Ud. Tiene temperamento explosivo o se queda con tanta rabia que pierde el control?	NO	SI	PQ91
89	¿Ud. golpea a las personas o lanza cosas cuando está con rabia?	NO	SI	PQ92
90	¿Pequeñas cosas lo dejan con mucha rabia?	NO	SI	PQ93
91	¿Cuando Ud. está muy irritado, se queda desconfiado de otras personas o se siente desconectado de su cuerpo o siente que las cosas son irreales?	NO	SI	PQ94

Fuente: Adaptado del *Structured Clinical Interview fo DSM-V – Personality Disorders*

Tabla 12. Evaluación del Trastorno de Personalidad Borderline por el DSM-5

Preguntas SCID-5-PD	Criterios Diagnósticos DSM-V
77. ¿Ud. ya se sintió desorientado al pensar que alguien a quien a Ud. le importa lo dejaría?	1. Esfuerzos desesperados para evitar abandono real o imaginario (no incluir comportamiento suicida o de automutilación)
78. ¿Las relaciones con las personas que realmente le gustan pasan por muchos altos y bajos?	2. Un padrón de relacionamientos interpersonales inestables caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización.
79. ¿El sentido de quien cambia drásticamente con frecuencia? 80. ¿Ud. es tan diferente con diferentes personas en diferentes situaciones que algunas veces no sabe quién realmente es? 81. ¿Ya hubo muchos cambios repentinos en sus objetivos, planes de carrera, creencias religiosas etc.? 82. ¿Ya hubo muchos cambios repentinos en sus tipos de amigos o en su identidad sexual?	3. Perturbación de la identidad: inestabilidad acentuada y persistente de la autoimagen o de la percepción de sí mismo.
83. ¿Ud. actúa impulsivamente con frecuencia?	4. Impulsividad en por lo menos dos áreas potencialmente autodestructivas (no incluir comportamiento suicida o automutilación)

<p>84. ¿Ud. ya intento golpease o matarse o amenazar con hacerlo?</p> <p>85. ¿Ud. ya se cortó, se quemó o se rasguño a propósito?</p>	<p>5. Recurrencia de comportamiento, gestos o amenazas suicidas o de comportamiento automutilante.</p>
<p>86. ¿Su humor cambia con frecuencia en el día basado en lo que ocurre en su vida?</p>	<p>6. Inestabilidad afectiva debido a una acentuada reactividad en el humor.</p>
<p>87. ¿Ud. frecuentemente se siente vacío?</p>	<p>7. Sentimientos crónicos de vacío.</p>
<p>88. ¿Ud. tiene temperamento explosivo o queda con tanta rabia que pierde el control?</p> <p>89. ¿Ud. pega a las personas o rasguña las cosas cuando está con rabia?</p> <p>90. ¿Pequeñas cosas lo dejan con mucha rabia?</p>	<p>8. Rabia intensa e inapropiada o dificultad en controlarla.</p>
<p>91. ¿Cuándo Ud. está muy irritado, se queda desconfiado de otras personas o se siente desconectado de su cuerpo o siente que las cosas no son reales?</p>	<p>9. Idea paranoide transitoria asociada a estrés o síntomas disociativos intensos.</p>

Las preguntas del SCID-5-PD fueron respondidas con si (S) o no (N), y en el caso afirmativo nuevas preguntas fueron hechas a la participante para que pudiese ser hecha la clasificación de la respuesta de 0 a 2, siendo 0 la ausencia de trazos que satisfacían los criterios diagnósticos, siendo: 1 para contenido no satisfactorio para los criterios (sublimar) y 2 para presencia de contenido que satisfacían los criterios diagnósticos (liminar). Fue importante considerar las respectivas características generales de personalidad para hacer la clasificación de la respuesta de la participante en 2; teniendo que presentar invariablemente los siguientes factores en relación a la personalidad (Tabla 13):

Tabla 13. Criterios generales para Trastornos de Personalidad que deben ser considerados al atribuir la puntuación 2.

Criterios generales para considerar un trastorno de la Personalidad	Preguntas para la clasificación de la respuesta en la puntuación 2
<p>A. Un patrón duradero de experiencia interior y comportamental que presenta desvío importante de las expectativas de la cultura que el individuo está inserido.</p>	<p>¿Como es esto?</p> <p>Deme algunos ejemplos.</p> <p>¿Ud. cree que es mejor que la mayoría de las personas que conoce?</p>
<p>B. El patrón duradero es inflexible y difundido ampliamente por la gama personal y social.</p>	<p>¿Esto ocurre en varias situaciones diferentes?</p> <p>¿Esto ocurre con varias personas diferentes?</p>
<p>C. El patrón duradero lleva a sufrimiento clínicamente significativo o prejuicios sociales, ocupacionales o en otra área importante del funcionamiento del individuo.</p>	<p>¿Qué problemas te causo esto?</p> <p>¿Esto afecto sus relacionamientos o sus interacciones con otras personas?</p> <p>¿Esto afecto su trabajo/escuela?</p> <p>¿Esto incomoda a otras personas?</p>
<p>D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio puede ser trazado desde la adolescencia o comienzo de la vida adulta.</p>	<p>¿Ud. ha sido así por mucho tiempo?</p> <p>¿Con que frecuencia esto ocurre?</p> <p>¿Cuál es su primera memoria de sentirse o actuar de esa manera?</p>
<p>E. El patrón duradero no puede ser explicado como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.</p>	<p>(si hubo evidencias de otro trastorno con síntomas que se parecen al del TPB)</p> <p>¿Esto ocurre solamente cuando Ud. está</p>

<p>F. El patrón duradero no puede ser atribuido a los efectos fisiológicos del uso de alguna sustancia.</p>	<p>teniendo (síntoma del trastorno)?</p> <p>(si existió evidencias de uso prolongado de alcohol y drogas que resultan en síntomas que se parecen con los del TPB)</p> <p>¿Esto ocurre solamente cuando Ud. está ebrio o en abstinencia de alcohol o drogas? ¿Esto ocurre solamente cuando Ud. está intentando conseguir alcohol o drogas?</p>
--	---

Fuente: Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder, SCID-5-PD, 2016.

4.3 Metodología cualitativa

4.3.1 Investigación fenomenológica

El enfoque cualitativo fenomenológico se ocupa de los procesos, se preocupa por las relaciones que los fenómenos establecen con otros fenómenos y con el ambiente, de forma objetiva y subjetiva. Esta metodología dirige la mirada hacia las significaciones, resignificaciones, representaciones psíquicas, representaciones sociales, simbolizaciones, simbolismos, percepciones, puntos de vista, perspectivas, vivencias, experiencias de vida, analogías (Turato, 2003). Una investigación cualitativa se caracteriza por tres fundamentos básicos, propuestos por Moreira (2002): el conocimiento se construye activamente y surge del análisis de las experiencias internas de los individuos, manifestados en el lenguaje; el investigador debe confiar en una dinámica de observación y mantiene intacta las perspectivas de los participantes; el investigador busca describir e interpretar las formas en que las personas relacionan, experimentan y significan. La búsqueda del significado de la experiencia será siempre el objetivo de la investigación fenomenológica. El modo de comprender ese significado puede variar entre una comprensión esencialista, donde se busca la descripción y comprensión de lo que es invariable o universal en determinada patología propuesto por Jasper (1912), o una comprensión mundana, donde se busca comprender la experiencia patológica con sus propias las variaciones, determinadas por aspectos endógenos, culturales y situacionales (Moreira, 2012), es decir, se busca comprender el significado de la experiencia patológica como una experiencia mundana (Moreira, 2004). En el presente estudio se recurrió a la comprensión esencialista, pues se buscó una comprensión específica de la experiencia del sujeto con TPB, a partir de las directrices de los DSM-V y del SCID-5-PD.

4.3.2 Entrevistas

La finalidad de la entrevista, según Bauer & Gaskell (2002), es de mapear y comprender el mundo de la vida de los entrevistados. Este tipo de análisis cualitativo es usado cuando se busca una comprensión minuciosa de las creencias, actitudes, valores y motivaciones en relación a los comportamientos de las personas en determinado contexto social. En este caso, a partir de la utilización de un instrumento semiestructurado, existe la flexibilidad para explorar el espectro de percepciones y diferentes representaciones sobre el asunto en cuestión. La entrevista es pauta en preguntas orientadoras, o “disparadoras” (Amatuzzi, 1993). Estas preguntas tienen como objetivos:

“la descripción, en el sentido de alcanzar su significado que, a partir de una lente de múltiples contornos, incluye significados culturales, biológicos, psicológicos, ideológicos entre otros. Es precisamente el potencial de comprensión de la psicopatología a partir de sus múltiples significados que transforma el método fenomenológico en herramienta crítica, ideal para la aplicación en la investigación en psicopatología que pretenda tener un enfoque más amplio posible de la complejidad del fenómeno psicopatológico.” (Moreira, 2004)

4.3.3 Transcripciones y exploración de datos

La transcripción de las entrevistas envuelve una cuidadosa observación de los datos a través de escuchas repetidas. Este es el paso más importante de las transcripciones. Así, este movimiento permite percibir e identificar detalles que podrían quedar imperceptibles durante la entrevista en sí. Esta familiaridad con los datos y

atención con que los mismos aparecen en las conversaciones puede facilitar percepciones o ideas que emergen durante el análisis (Pope & Mays, 2002).

4.3.4 Análisis de Contenido

El análisis de contenido es un análisis de la comunicación. Esta es una técnica de pesquisa que trabaja con el lenguaje, permitiendo de forma objetiva y práctica la producción de presupuestos del contenido de un texto replicables a su contexto social (Bauer, 2002). El objetivo de la utilización de esta metodología es categorizar las unidades del texto que se reiteran. Como ese estudio partió de una comprensión fenomenológica esencialista de la experiencia del sujeto, la propuesta fue hacer el análisis de la experiencia del sujeto de acuerdo con los nueve criterios diagnósticos para el Trastorno de la Personalidad Borderline, de acuerdo con el DSM-V. Así, se procuró identificar en los discursos de las entrevistadas, a partir del análisis del SCID-5-PD, los criterios diagnósticos para el TPB y, el contenido que reforzaba el diagnóstico. De esta forma, el análisis del contenido fue realizado respetando las siguientes categorías:

- Esfuerzos desesperados para evitar abandono real o imaginario;
- Padrón de relacionamiento interpersonal inestable e intenso, caracterizada por la alternancia entre extremos de desvalorización e idealización;
- Perturbación de la identidad: inestabilidad acentuada y persistente de la autoimagen o de la percepción de sí mismo;
- Impulsividad en por lo menos dos áreas potencialmente autodestructivas;
- Recurrencia de comportamiento, gestos o amenazas suicidas o de comportamiento automutilarte;
- Inestabilidad afectiva debido a una acentuada reactividad de humor;
- Sentimientos crónicos de vacío;

- Rabia intensa e inapropiada o dificultades de controlarla;
- Idea paranoide transitoria asociada a estrés o síntomas disociativos intensos.

El análisis de contenido se dividió en tres momentos: descripción, reducción e interpretación (Moreira, 2002). La descripción consistió en la comprensión del lenguaje del sujeto, en su comunicación verbal y no verbal. Contextualizando palabras, gestos y expresiones para posterior interpretación de los significados. En la reducción, fueron seleccionadas las unidades que más se repitieron y presentaron experiencias características Borderline. La interpretación constituyó en el análisis final, en el intento de conocer el fenómeno estudiado, desvelando las ideas de los sujetos individualmente, en este momento se buscó los puntos de convergencia y/o divergencia en los discursos de las participantes. Este análisis fue hecho a partir de las transcripciones de las entrevistas realizadas y fue utilizada para auxiliar en la precisión diagnóstica del SCID-5-PD. El nombre atribuido a las citas fue aleatorio, ilustrativo, no correspondiendo a la identidad de las participantes.

4.4 Metodología cuantitativa

No fue realizado cálculo muestral, pues el objetivo era evaluar a toda la población carcelaria en la época de la colecta. El total evaluado correspondió a cerca del 90% de las mujeres encarceladas en el período.

Las características de la muestra fueron presentadas por medio de medidas de tendencia central y frecuencias. La prevalencia fue calculada con base en el porcentual de participantes de la población objeto y diagnóstico establecido con el instrumento

(tener o no tener el TPB). Comparaciones entre los grupos, tener o no tener el TPB, fue por medio del test de *Mann-Whitney*. La asociación del TPB con el tipo de delito fue por medio del test *Spearman*. Los análisis fueron realizados por medio del software SPSS 17. El nivel de significancia adoptado fue de 5%.

5. Análisis de los resultados

El total de participantes en este estudio fueron de 26 mujeres. Luego de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental, tres mujeres quedaron abajo del score de acuerdo con la escolaridad (Bertolucci et al, 1994), volviéndose incapaces de comprender y responder las preguntas de la entrevista por el *SCID-V-PD* (criterio de exclusión). Por lo tanto, la muestra elegible para el estudio fue de 23 mujeres, con media de edad de 33,7 (\pm 9,0) años. De estas, 9 (39,1%) no atendieron a los criterios mínimos de diagnóstico para el TPB, siendo consideradas sin el TPB (grupo 1) y 14 (60,9%) atendieron a una media de 4,2 (\pm 3,6) criterios diagnósticos para el TPB, con *SCID-5-PD* scores en las respuestas luego del análisis de contenido igual a 2, siendo consideradas con TPB (grupo 2).

Así, la prevalencia del TPB, en esta institución, en la muestra pesquisada, fue de 60,9%. Aquellas que puntuaron para el diagnóstico de TPB eran más jóvenes y tenían menor número de hijos, pero sin diferencia estadística entre los grupos ($p > 0,05$). Apenas el relato del uso de sustancias y de violencia doméstica entre los grupos, con y sin TPB, fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Las características de la muestra y la comparación considerando grupos con y sin TPB se encuentran en la Tabla 3. En cuanto al análisis de correlación, no hubo asociación entre el TPB y el delito ($\rho = 0,31$; $p = 0,16$).

Tabla 14. Características de la muestra y comparación entre grupos con y sin TPB

VARIABLES	Grupo 1 Ausencia de TPB (n= 9)	Grupo 2 Presencia de TPB (n= 14)	Valor de p
Edad, años, media (DP)	36,8 (10,6)	31,6 (7,5)	0,36
Hijos, número, media (DP)	3,2 (2,6)	1,4 (1,3)	0,08
Estado civil, número (%)			0,87
Soltera	1 (11,1)	4 (28,6)	
Casada	1 (11,1)	2 (14,3)	
Unión estable	2 (22,2)	1 (7,1)	
Divorciada	4 (44,4)	6 (42,9)	
Viuda	1 (11,1)	1 (7,1)	
Escolaridad, número (%)			0,58
Enseñanza fundamental	5 (55,6)	6 (42,9)	
Enseñanza media	3 (33,3)	6 (42,9)	
Enseñanza superior	1 (11,1)	2 (14,3)	
Delito, número (%)			0,15
Tráfico	6 (66,7)	13 (92,9)	
Homicidio	1 (11,1)	0 (0)	
Secuestro	1 (11,1)	0 (0)	
Latrocinio	1 (11,1)	0 (0)	
Robo	0 (0)	1 (7,1)	
Uso de sustancia, si (%)	4 (44,4)	12 (85,7)	0,04*
Histórico psiquiátrico, si (%)	8 (88,9)	13 (92,9)	0,75
Violencia doméstica, si (%)	4 (44,4)	12 (85,7)	0,04*

TPB = trastorno de personalidad borderline; DP = desvío padrón; * diferencia estadística significativa

5.1 Resultados cualitativos

Los trechos analizados fueron retirados de las transcripciones de las entrevistas y categorizados en los 9 criterios diagnósticos para el TPB según el DSM-V (APA, 2013). Todos los relatos descriptos abajo fueron evaluados en la intensidad 2 según las directrices del SCID-5-PD. Los nombres fueron alterados para garantizar el sigilo de la identidad de las entrevistadas.

5.1.1 Esfuerzos desesperados para evitar abandono real o imaginario

Este criterio fue definido por Gunderson & Singer (1975) como “intolerancia a la soledad” y como un síntoma resultante de una experiencia precoz de inseguridad en el proceso de apego primario, por Fonagy (1991). El individuo con TPB presenta alta sensibilidad al estrés interpersonal, y por priorizar los relacionamientos queda demasiado vulnerable a cualquier señal o amenaza a la solidez de la relación, amenazando así su propio sentido de sí (Hooley, Cole & Gironde, 2012). La percepción de un rompimiento inminente causa alteraciones en la autoimagen, en el afecto, en la cognición y en el comportamiento del individuo. El miedo del abandono tiene relación con el miedo de quedar solo y desamparado. Los esfuerzos desesperados para evitar el abandono incluyen acciones impulsivas como rabia exagerada, automutilación y tentativas de auto exterminio (DSM V, 2014), que serán descriptas en el ítem 5.1.5 e 5.1.8.

Tatiana, 36 años, relato:

“A mí me gustaba un chico y nos separamos y lo vi con una amiga mía, y yo creía que ella era mi amiga, ahí yo le pegué, llamó a la policía. Yo tomé un poco de remedio y fui a parar al hospital. Ella vivía en mi casa... yo la

ayudaba. Le pegué mucho, volé sobre ella, les rasguñé la cara con mis uñas, de repente veo a mi hermano arrancándose de esa confusión.”

Roberta, 28 años:

“Le di unos tiros a mi ex marido. Porque lo encontré teniendo sexo con otra, por causa de 7 mil reales, ahí le di unos tiros a los dos, quebré el restaurante, quebré todo, me jugué el auto allá dentro, quebré fue todo.”

Tradicionalmente, el individuo Borderline responde a la soledad con miedo y confusión, existe la necesidad de otra persona para protegerla de su caos interno (Mackenna, Michels & Buckley, 2016). Catarina, 38 años, dice: *“[sobre el miedo del abandono] ya sufro anticipadamente. Soy ansiosa. Con todo. Es un sufrimiento anticipado que no consigo largar. De machucarme, quedar deprimida.”* Yo Gabriela, 32 años, sobre el tema: *“cuando pensaba que el podía irse quedaba dolida de la cabeza, protestaba pero no adelantaba nada.”*

5.1.2 Padrón de relacionamiento interpersonal inestable e intenso, caracterizada por la alternancia entre extremos de desvalorización e idealización.

Las relaciones interpersonales inestables del sujeto con TPB es una de las características más marcadas. Muchas veces son descritas como tumultuadas y tempestivas. Caracterizadas por una condición hipercromática en sus relacionamientos

con otros y permeada por extremos de emociones positivas y negativas (MacKinnon, Michels & Buckley, 2016).

María, 25 años, relato:

“cuando el me hacía enojar... le pegué con una olla en la cabeza. Quería darle un tiro (...) En la calle le pegaba a todo el mundo. Peleaba de más. Yo lastimaba a los otros.”

Las alternancias emocionales o episodios explosivos son muchas veces encaminados por eventos interpersonales como pérdidas, rechazo o decepción (Hooley, Cole & Gironde, 2012).

Existe también una dificultad en mantener representaciones estables de otra persona, esto significa que presentan alternancia entre una idealización, donde ella admira y fantasea al otro como perfecto y un deseo de punir cuando percibe que esta idealización no se concretiza. Hooley, Cole & Gironde (2012) afirman que, por miedo del abandono o rechazo, el sujeto puede sabotear la relación por miedo de quedar muy apegado. Esto puede llevarlos a “testear” la afectividad del otro, para sentir cuanto el otro lo aprecia. Las rupturas, aunque rutinarios, pueden llevar al individuo a experimentar rechazo y abandono, pudiendo llevar a reacciones de rabia y desregulación del comportamiento como una tentativa de suicidio. Estos criterios serán discutidos más adelante en los ítems 5.1.5 y 5.1.8.

5.1.3 Perturbación de la identidad: inestabilidad acentuada y persistente de la autoimagen o de la percepción de sí mismo

Este criterio se refiere a las distorsiones en la autoimagen y en la influencia que el otro tiene sobre los valores, hábitos y actitudes del individuo borderline, indicando gran fragilidad en el sentido de sí mismo. Debe distinguirse de los problemas de identidad característicos del desarrollo (especialmente adolescentes) (Lobb, 2013). La búsqueda de la identidad en el sujeto con TPB se basa en la reacción de los otros, o sea, la reacción del otro a una determinada situación crea una representación temporaria de quien él debe ser en aquel dado momento (MacKinnon, Michels & Buckley, 2016). Estos individuos presentan gran dificultad para situarse en un momento que demanda autonomía emocional y de comportamiento, presentando fragilidad en la manera como se perciben en el mundo sin el otro (normalmente enfocado en la auto depreciación). Esta necesidad de adaptarse a un momento, de acuerdo con la interpretación que el sujeto hace del ambiente, hace que exista una sensación de pertenecer y aceptación y evitar posibles frustraciones.

Natalia, 33 años:

“Crecí católica, ahora quiero bautizarme evangélica. Cuando tengo voluntad de una cosa y no se da, cambio de cosa para que se dé. Antes de estar presa ya existían esos cambios.”

Virginia, 29 años:

“Yo tuve una salida temporaria allá en Divinópolis. Me puse en la cabeza que iba a salir mis 7 días y volver derecho, pero no volví, he sido presa en el mismo día

que tenía que volver. Entonces así, todo lo que planeo no se da.”

La sexualidad del individuo Borderline, así como la mayoría de los aspectos del trastorno, es inestable, interpelada por alternancias de idealización y depreciación. El sujeto puede adaptar su sexualidad de acuerdo con el ambiente, lo que es muy comúnmente observado en individuos reclusos en instituciones carcelarias y psiquiátricas (MacKinnon, Michels & Buckley, 2016). “[sobre cambios en la sexualidad] ya tuve relaciones con mujeres y con hombres, pero me gustan los hombres.”, afirma Martha, 42 años.

5.1.4 Impulsividad en por lo menos dos áreas potencialmente autodestructivas

Los comportamientos impulsivos aparecen debido a la alta ansiedad, aparecen como tentativas de disminuir esa ansiedad, que puede ser causada por una frustración, experiencia real o imaginaria de rechazo o vacío crónico (sensación de tedio constante). Pudiendo ser relatada como: abuso de sustancias, actos compulsivos (sexo, comer, comprar, etc.), ganar dinero de forma irresponsable, sexo desprotegido, dirección peligrosa, etc. Roberta, 28 años relató: “yo estoy por tráfico. Porte ilegal de armas también. Dirección peligrosa. Formación de cuadrilla. Asociación. Ah, un montón de cosas”. Una pesquisa realizada por Plutchik y Van Praag, 1995, mostró que la impulsividad tiene una asociación importante con agresividad y/o comportamiento

violento: *“ya lancé vasos, ollas, pero nunca lastimé a nadie.”* (Natalia, 33 años), *“lancé el candado en la chica y casi la mate”* (Luana, 37 años).

El comportamiento autodestructivo más observado en los relatos de las entrevistadas, además de los relacionados con la agresividad, es el del abuso de sustancias. De las mujeres que cumplen los criterios para TPB, 85,7% presentaban histórico de abuso de sustancias.

5.1.5 Recurrencia de comportamiento, gestos o amenazas suicidas o de comportamiento auto-mutilante

Este criterio diagnóstico presenta una epidemiología específica, mostrando que 65-70% de los pacientes TPB intentan suicidio por lo menos una vez en el curso del trastorno y 10% de los pacientes cometen suicidio de hecho (Black, 2004; Oldham, 2006).

La automutilación puede ser entendida como esfuerzos que la persona hace en busca de un alivio emocional en un dado momento, así como la mayoría de los síntomas del TPB, consiste en un comportamiento disfuncional, pero presenta una eficacia muy gran en regular emociones (Linehan, 1993). La mayoría de los movimientos que el individuo hace intentando lastimarse, no son tentativas de suicidio, a pesar de que pueden aumentar los riesgos del suicidio (Linehan, 1993). En una pesquisa realizada por Shearer (1994), en una muestra de pacientes internos, las funciones más observadas de la automutilación fueron: sentir un dolor concreto en revés del dolor emocional (59%), auto punición (49%), disminuir la ansiedad y sentimientos de desespero (39%), sentirse en el control (22%), expresar rabia (22%), sentir algo en cuanto experimento el

aburrimiento o disociación (20%), para buscar la atención del otro (17%), para evitar pensamientos o memorias negativas (15%). Algunas frases retiradas del discurso de las entrevistadas muestran claramente eso; *“Yo solo me lastimaba para amenizar el dolor que sentía, no para morir”* (Roberta, 28 años) y *“[sobre amenaza de suicidio] no siempre que decía que lo haría, lo hacía. Pero ya intenté varias veces (...) ya me arañé. Pero cortarme no. Me arranco el cabello cuando estoy muy nerviosa”* (Luana, 37 años). El próximo trecho retirado de una de las entrevistas realizadas con una reclusa con trazos para el diagnóstico, demuestra claramente cómo funciona el mecanismo de automutilación en un sujeto Borderline:

María, 25 años, relato:

“Tengo una manía de manosear la nariz. Toda vez que estoy nerviosa, manoseo la nariz. Y solo paro cuando sale sangre. Y cuando sale sangre me siento... me da una sensación de placer, de alivio. Extremamente buena esa sensación. Yo siento el gusto de la sangre en la garganta y para mí esto es óptimo. Me siento tranquila. Tenía la manía de morder mis brazos, pero gracias a Dios hace un buen tiempo que no hago esto. Hay unas personas que me irritan, eh. Ahí ya comienzo.”

Algunos ejemplos más comunes son: cortes, quemaduras, machucados, pegarse en la cabeza, morder. Existen otros tipos de comportamientos que no son considerados auto-mutilantes, pero que ejercen las mismas funciones descritas arriba, algunos ejemplos son: abuso de sustancias, comer en exceso y vomitar, restringirse de alimento (Fruzetti, 2005).

La automutilación estando presente en el cuadro clínico aumenta el riesgo de una tentativa de suicidio bien sucedida, como vista en 75% de los pacientes, como

muestra Gunderson (2008). Aún faltan datos importantes acerca de la epidemiología, con todos estudios existentes muestran que el número medio de tentativas de suicidio es de tres veces y que suicidios de hecho ocurren en 4% de las tentativas en la población Borderline (Stanley, 2007):

“Yo intente suicidarme, 13 [veces]. Y me machucaba conscientemente durante 2 años y 3 meses. Mi depresión fue causándome esto. Arrancaba pedazos de mi pierna, arrancaba pedazos del cuerpo. Me machucaba hasta sangrar. Para ir al hospital. Voluntad de morir. A veces por sentirme incapaz.”.
(Mariana, 30 años)

“Quedé muy frustrada. Mi pensamiento no fue de matarme, sino fue así, yo estaba con un dolor tan fuerte aquí, quería cortarme aquí cuando vi a una chica haciendo esto en el presidio una vez, y colocar... mira que burrada, ¿eh? Creyendo que con el dolor que iba a colocar aquí en mí, iba a salir el dolor que yo estaba sintiendo aquí. Que yo iba a conseguir tapar. Solo que me encontraron justo. Tenía esos pensamientos, no sé ni si lo iba a hacer, pero me encontraron con la preste barba. ¡Ni inicie! Yo solo lo pensaba.” (Tatiana, 31 años)

5.1.6 Inestabilidad afectiva debido a una acentuada reactividad de humor

La inestabilidad afectiva es la “marca registrada” del individuo Borderline. Esta característica es tan marcada que antes de la nomenclatura Trastorno de Personalidad Borderline ser adicionada a los manuales diagnósticos en 1980, fue sugerido el nombre

del diagnóstico de “trastorno de la personalidad inestable” (Spitzer et al., 1979). La inestabilidad afectiva es comúnmente observada en cuatro principales dominios; emocional, relaciones interpersonales, percepción de sí y comportamiento. (Hooley, Cole & Gironde, 2012) El sujeto con TPB experimenta oscilaciones emocionales de corta duración (de días o mismo horas en vez de semanas), caracterizadas por la intensidad e imprevisibilidad, como relata Stefane, 24 años: *“misma hora que estoy bien, ya estoy mal”*. Rápidos episodios de depresión o disforia son normalmente observados en individuos con TPB, siendo también frecuentes como respuestas relativas a una frustración. La gran intensidad de esas emociones dificulta el control de la rabia o de episodios explosivos (ver 5.1.8).

Jordania, 28 años, relato:

“Yo quiero hacer una cosa, ahí no consigo, ahí eso ya me deja nerviosa. Pero en el mismo momento que estoy nerviosa, ya estoy riendo. Insulto a la persona y después me rio con ella, ni recuerdo que la insulté”

5.1.7 Sentimientos crónicos de vacío

Esta es una sensación visceral, localizada en el abdomen o el tórax, la sensación de vacío es un criterio fundamental para el diagnóstico del TPB (Lobb, 2013). Según el DSM-V, individuos con TPB pueden ser perturbados por sentimientos de vacío crónico, quedando fácilmente aburridos y presentando baja tolerancia a quedarse solos. Para evitar el vacío o el tedio, están constantemente buscando algo para hacer, muchas veces esas elecciones pueden llevar a los individuos a actos compulsivos y/o autodestructivos y dejarlos extremadamente vulnerables a estímulos externos. En la perspectiva

psicológica, puede-se hablar de la fobia de la introyección del otro, como resultado el individuo se vuelve incapaz de auto soporte y de colocarse como propia referencia, generando ansiedad en lugar donde el movimiento espontáneo sería introyectado, volviéndose hipercrítico e insatisfecho. Esta es una crítica sin contenido, pero enfocada en el proceso de evitar la introyección (Lobb, 2013).

En su mayoría las respuestas para este criterio fueron de si (S), como respondió Luana, 37 años: *“Siento [vacío]. Frecuentemente. Constantemente”*.

5.1.8 Rabia intensa e inapropiada o dificultades de controlarla

Este indicador fue considerado por Kenberg (1967) como el origen del TPB, pudiendo ser consecuencia un exceso temperamental o importante frustración en la infancia. Según él, los factores ambientales y genéticos pueden determinar el temperamento de un individuo. Por lo tanto, este es un criterio que estuvo presente en todas las evaluaciones de las entrevistadas, con o sin TPB, y se puede percibir que todos los criterios descritos arriba pueden desencadenar reacciones intensas e inapropiadas de rabia, y debido a la inestabilidad emocional, existe una dificultad importante para controlarla. Los sujetos Borderline presentan rápidas alternancias de baja emocional y exceso de afectividad, volviéndose más frágiles a los estímulos exteriores. Los episodios explosivos son alimentados por las pequeñas frustraciones del día-a-día. MacKinnon, Michels & Buckey, 2016 afirman: *“cuando dominado por la rabia, el sujeto entra en un estado alterado de consciencia en que la razón, el test de realidad y la consciencia de los sentimientos de las otras personas no existe más.”*. A diferencia

de la rabia “normal”, la rabia borderline no disminuye conforme la descarga emocional, pero, al contrario, cuanto más el sujeto expresa esa rabia, menos él se siente contenido y la rabia aumenta aún más, pudiendo alcanzar niveles que ofrecen riesgos personales y sociales (Lobb, 2013). Luana, 37 años: *“tenia [violencia] de mi parte, yo soy muy estresada. Llego a quedar violenta, agresiva, no solo en una relación. Soy una persona agresiva.”*

Natalia, 33 años, relata:

“Dos veces le pegue a mi ex marido, lo corte todo, porque el me pegó, después cuando mi hija tenía 15 años, él estaba atormentando mi casa, mi vida, amenazándome que iba a llevarse a mi hija, amenazándome, ahí ya me quede... lo llame para ir a mi casa para tomar [sic] un trago, ahí puse randap (veneno para matar ratas) en el vaso y le di para que tome. Y él no murió. Y otra vez también es que agradezco todo el día a dios que estoy presa, porque mi novio me traicionó con mi sobrina. Lo llevé a él a la quiebra [sic] y le dije ‘voy a matarte’, en el estilete. El asunto de él era fumar. Voy a jugar con el estilete, jugar con la droga encima de él, en el momento que alguien me encuentre a va pensar que es deuda de la droga. Después pensé así ‘no, esto es muy poco para hacerle [sic] a él, voy a dormir con él y en el momento que el esté bien así lo capo’. Que ahí el no hará con nadie lo que hizo conmigo. En la misma semana que yo iba a hacer esto, fui presa. Tuve una gran liberación. podía estar hasta en un homicidio... es una tentativa, ¿no? Pero que lo iba a hacer, lo iba a hacer.”

5.1.9 Ideación paranoide transitoria asociada a estrés o síntomas disociativos intensos

Este criterio fue el último a ser adicionado al diagnóstico del TPB, fue agregado en el DSM-IV (APA, 1994) cuando pesquisas mostraran que 75% de los pacientes Borderline experimentaban ideas paranoides o episodios disociativos (Lieb et al., 2004; Skodol et al., 2002). La falta de autonomía en el mundo exterior y la baja autoestima puede llevar al individuo a pensamientos casi delirantes. Dos pesquisas demuestran la hiperreactividad del sujeto Borderline al estrés. Stigmayr e cols (2008) realizó una pesquisa donde comparo las reacciones al estrés entre pacientes con TPB y psiquiátricamente saludables, los resultados mostraron que los pacientes Borderline reportaron mayores niveles de estrés como un todo. Ellos también reportaron episodios disociativos más frecuentes y más severos en el curso de la investigación. O sea, experiencias disociativas tienden a ser engatillada por el estrés, validando el criterio. Otra pesquisa similar, realizada por Glaser et al (2010) recientemente mostró que pacientes con TPB también experimentan psicosis relacionada al estrés. Inclusive, esta pesquisa mostro que estos pacientes no solamente presentaron mayor reacción al estrés que otros trastornos de personalidad, sino también mostró que ellos presentan una reacción psicótica más intensa que los propios pacientes activamente psicóticos.

Ejemplos de episodios disociativos son la despersonalización y la desrealización, estos son más comúnmente observados en los individuos con TPB. La despersonalización se caracteriza por la pérdida de la percepción de la propia realidad y la desrealización es la experiencia de percibir el mundo exterior como extraño (MacKinnon, Michels & Buckley, 2016). Ya la ideación paranoide se caracteriza por la

desconfianza del otro, muchas veces pudiendo ser entendida como una mala interpretación de las intenciones del otro. Como ejemplo, algunos trechos encontrados en algunas entrevistas: “Soy desconfiada. Y me pongo como un detective”. (María, 25 años).

“Las personas están tramando, ¿no? Porque es la realidad, queriendo o no. A veces yo discuto con vos, porque la gente no conoce el corazón de nadie, el pensamiento. Toda vez que quedo nerviosa no creo en nadie.” (Virginia, 29 años)

“Mi madre descubrió que estaba embarazada. Ahí comenzó a perseguirme, ahí yo me mude para Divinópolis, comenzó a perseguirme, ya había ordenado quien quería a Paloma, quería dar a Paloma para otros también, me quede en aquel desespero, cuando vi a ella en mi casa yo cerraba toda la casa, yo no abría la puerta, ella golpeaba, golpeaba, llamaba y yo me quedaba callada como si no hubiese nadie en casa.” (Marcela, 44 años)

6. Discusión

Este trabajo tuvo como objetivo verificar la prevalencia del Trastorno de Personalidad Borderline en mujeres en el sistema penitenciario del estado de Minas Gerais, Brasil, así como verificar la naturaleza del delito y la asociación con el TPB y comparar datos demográficos de las mujeres reclusas sin o con TPB. Los resultados demostraron una alta prevalencia del TPB, siendo el delito más frecuente el tráfico. Mujeres con TPB se diferenciaron de aquellas que no presentaron el trastorno por la presencia de histórico de violencia doméstica, siendo que ellas se apuntaron como las agresoras y por el histórico de abuso de sustancias.

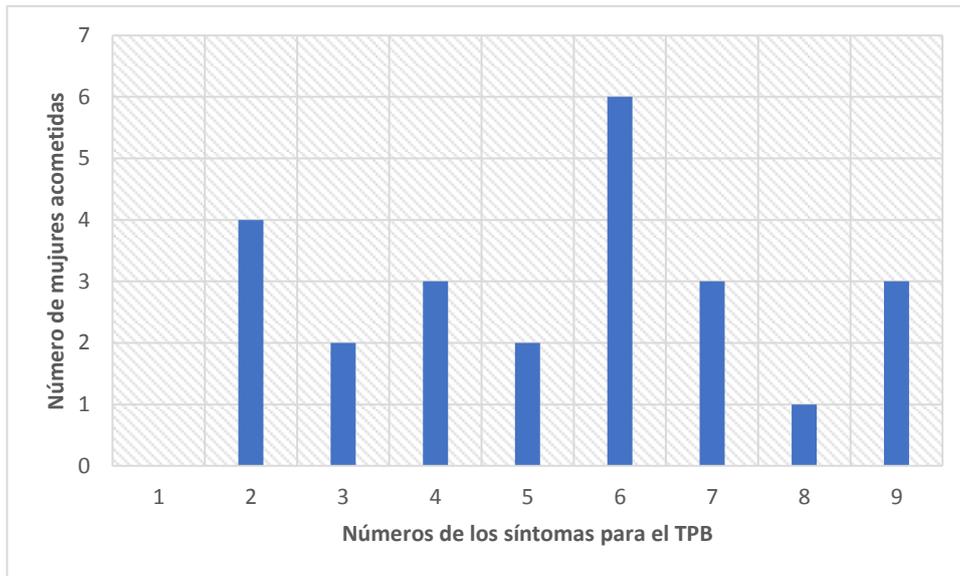
6.1 Prevalencia

La prevalencia del trastorno de personalidad Borderline en la población de mujeres reclusas en el presidio de la APAC, en Itaúna, Minas Gerais fue de 60,9% y 95% de las entrevistadas presentaron por lo menos 1 criterio para el TPB (Figura 11). Esta prevalencia es un poco más alta que las encontradas en los estudios realizados en otros países. Jordan et al (1996), en un estudio realizado en los Estados Unidos, analizaron 805 infractoras del sexo femenino, y apuntaron que 28% de esta población carcelaria presentaban el conjunto de criterios mínimos para el diagnóstico del TPB. Zlotnick (1999) encontró que 49% de 85 mujeres evaluadas correspondían a los criterios para el TPB. Por otro lado, en el Reino Unido, un estudio realizado por Davison, Leese & Taylor (2001) identificó una prevalencia de 45,7% y 47,4%, de la presencia del TPB de las infractoras pesquisadas. A partir de un análisis cuidadoso de la literatura, Sansone

(2009) afirma que los datos para la prevalencia del TPB sugieren que aproximadamente 25 a 50% de los reclusos sufren con este trastorno, teniendo la tasa con variación expresiva cuando es comparada en género (la tasa entre mujeres puede doblar en relación a la de los hombres). A pesar de que ninguno de esos estudios puede ser directamente comparado con el presente estudio debido a la diferencia de población y métodos de evaluación, esos datos ofrecen puntos de una frecuencia relativamente alta de la presencia del TPB entre la población carcelaria como un todo. Se cree que esta diferencia también puede deberse a las condiciones de índice de desarrollo humano de cada país, Brasil por presentar índices más bajos que de los países donde fueron realizadas las investigaciones citadas, ofrece mayores condiciones ambientales adversas para el desarrollo emocional de esas mujeres. Factores como exposición a la violencia física, sexual y psicológica desde la infancia pueden ser predictores de varios trastornos psicológicos. Sin embargo, se deben realizar estudios para verificar esta hipótesis.

A pesar de la alta prevalencia encontrada, esta tasa no puede ser aplicada para una población general de infractoras debido a la pequeña población estudiada. El presidio de la Asociación de Protección y Asistencia al Condenado (APAC) es una institución de seguridad mínima, por lo tanto, no fueron incluidas mujeres reclusas en la seguridad máxima y ni mujeres recién condenadas, lo que limita la generalización de los resultados.

Figura 11. Distribución de frecuencia del número de síntomas del TPB



6.2 Frecuencia de delito

El número de mujeres reclusas en Brasil viene aumentando desde el final de la década del ochenta. Soares y Ilgenfritz (2002) afirmaron que el número de mujeres encarceladas aumentó 132% desde 1988, un crecimiento desproporcional cuando es comparado con el encarcelamiento masculino en el mismo período. Además de esto, de acuerdo con los indicadores publicados por el Departamento Penitenciario Nacional (Depen), del Ministerio de Justicia, referentes al primer semestre de 2012, el tráfico de drogas representaba 62% de los crímenes por los cuales las mujeres están presas en Brasil.

Así, en concordancia con el censo nacional, el delito más relatado por las entrevistadas fue el tráfico de drogas con o sin agravantes. Del total de mujeres clasificadas en el grupo con TPB, 92,9% de ellas estaban presas por ese crimen. Y del total de las 23 mujeres participantes del estudio, 82,6% fueron condenadas por tráfico. Entre tanto, los resultados mostraron que no hubo asociación significativa entre el Trastorno de Personalidad Borderline con este delito, probablemente debido al tamaño muestral, limitado por el total de participantes disponibles para entrevista, debido a la característica de la institución. Es importante resaltar que, a partir del análisis de contenido, fue encontrado en los relatos de las entrevistadas, que 82,6% de ellas se involucró con el tráfico de drogas debido al compañero con quien convivían en su momento. Además de esto, específicamente en la muestra de las mujeres con TPB este

porcentaje fue de 71,4%. Este dato refuerza el presupuesto de como el individuo con el Trastorno de Personalidad Borderline transita en las relaciones interpersonales, pudiendo adaptarse a situaciones sociales o afectivas, como el fin de ser aceptado y evitar el rechazo por parte del otro. Este comportamiento también puede ser considerado autodestructivo, donde el individuo busca maneras ilícitas de ganar dinero (DSM V, 2014).

6.3 Comparación entre grupos

A partir del análisis entre los grupos con y sin TPB, se encontró diferencia significativa en relación al histórico de violencia doméstica y el histórico de abuso de sustancias. La literatura apunta que la presencia del TPB asociado al abuso de sustancias en mujeres reclusas es mayor que en las mujeres de la población comunitaria (Jordan et al, 1996). En un estudio realizado por Skodol y cols (2002), con 200 pacientes en tratamiento psiquiátrico, fue observado que los individuos con TPB presentaban, en relación a los individuos sin el trastorno, 4,3 veces más probabilidad de abusar del alcohol y 8,7 veces más de usar otras sustancias además del alcohol y de la marihuana. En el presente estudio, se encontró que 69,5% de las mujeres entrevistadas, considerando la población total, presentaban histórico de abuso de sustancia. En el análisis por grupos, se observó que 85,7% de las mujeres con TPB presentaron comorbilidad con el abuso de sustancias en cuanto solamente 44,4% de las mujeres sin TPB relataron histórico de uso de drogas. Se puede observar por los datos presentados que el score de abuso de sustancia en mujeres con TPB es casi el doble en relación a las mujeres sin TPB. Es posible que este factor pueda contribuir para el comportamiento criminoso que llevo a la prisión de esas mujeres. Y aún, el abuso de sustancias en esta

población también es descrito como una automedicación en la tentativa de reducir sensación de vacío intenso y disforia (Ribeiro, Cordas & Nogueira, 2011).

En las últimas décadas pesquisas acerca de la asociación del TPB con la violencia doméstica han sido cada vez más frecuentes. Estudios realizados con hombres agresores en comparación con hombres no agresores mostraron asociación significativa entre el TPB y la violencia doméstica (Else et al, 1993; Dutton, 2007; Meyer, 2000; Lawson et al, 2003; Johnson et al, 2006; Chambers & Wilson, 2007). En relación a la población femenina, esta asociación también es verificada de forma proporcional a de los hombres (Sansone, 2009). Chavez (2005) evaluó agresores del sexo masculino y femenino y encontró mayor prevalencia de características Borderline en ambos sexos, cuando fueron comparados con los no agresores. Stuart e cols (2006) estudiaron mujeres agresoras que fueron presas por violencia doméstica y apuntaron que 27% cumplían los criterios para TPB. Es posible que la violencia esta asociada con el alto índice de agresividad y dificultad de control de la rabia. Además de esto, el padrón inestable de las relaciones afectivas y el miedo del abandono pueden engatillar reacciones violentas en el trato interpersonal.

En relación a las otras comparaciones sociodemográficas, no hubo diferencias significantes entre grupos. Mujeres sin el TPB presentaron media de 3,2 hijos, la mayoría se declaró divorciada (44,4%) o en unión estable (22,2%). Entre ellas, en relación a la educación, 55,6% tenían la enseñanza fundamental completa o incompleta y 33,3% tenían la enseñanza media completa o incompleta. Por otro lado, las mujeres con el TPB tenían una media de 1,4 hijos, se declararon en su mayoría como divorciadas (42,9%) o solteras (28,6%). De acuerdo con el auto relato de histórico educacional, 42,9% tenían la enseñanza fundamental completa o incompleta y 42,9% tenían la enseñanza media completa o incompleta. Estas características no fueron

diferentes, lo que no trae subsidios para explicar la presencia del trastorno de personalidad borderline. Entre tanto, vale resaltar la necesidad de mayores estudios en poblaciones semejantes.

De la misma forma, es importante resaltar el dato acerca del histórico psiquiátrico, pues no es sorprendente que mujeres encarceladas tengan alto índice de trastornos psiquiátricos que facilitan el involucramiento en comportamiento desviante. Este estudio verifico que 91,3% de las mujeres entrevistadas poseían histórico de tratamiento psiquiátrico con o sin internación. Más específicamente, 92,9% de las mujeres con TPB poseían histórico de tratamiento psiquiátrico antes del encarcelamiento.

6.4 Aplicabilidad práctica y direcciones futuras

El campo de las pesquisas del Trastorno de Personalidad Borderline en el contexto forense aún es muy vasto y poco explorado, un completo entendimiento de ese grave trastorno aún está a muchos pasos de distancia. Especialmente en Brasil existe un número poco expresivo de estudios en esta área, principalmente tratándose del encarcelamiento de la mujer. Con todo, las investigaciones realizadas en las últimas décadas alrededor del mundo han otorgado datos importantes sobre la patogénesis, etiología y criminología del TPB. Para la mejor comprensión del TPB en el ámbito forense brasileño, se cree que habrá una demanda de colaboración entre autores y subsidios para realizar las investigaciones. Esto incluye las ciencias sociales, genética, biología molecular, desarrollo humano y animal, y por supuesto, la psicología y la psiquiatría. De esta forma, se vuelve presente que nuevos estudios sean desarrollados, en instituciones con mayor población y con características diferenciadas. Se cree que esa presente investigación puede ser la puerta de entrada para diversas otras, dando

subsidios para el análisis de poblaciones mayores de mujeres, recién-admitidas en el sistema, en presidios de seguridad máxima y/o en condicional.

Del punto de vista de aplicabilidad práctica, los resultados presentados aquí, apuntan para la necesidad de atención a este fenómeno, que se puede presentar como un hecho de riesgo a la recuperación de esas mujeres, visto que presentan altos índices de suicidio y comportamientos impulsivos y autodestructivos. Identificación precoz del trastorno y tratamiento psicológico y psiquiátrico debe ser ofrecido dentro de los presidios a esas mujeres, así como talleres psico educativos, participación de la familia en el tratamiento, grupos terapéuticos y de apoyo. Por lo tanto, actualmente, se ofrece apenas 226 psicólogos y 30 psiquiatras para todo el sistema (64.025 individuos) (DEPEN, 2017), y esto presenta un gran desafío para las políticas públicas, así como para una identificación precoz del TPB y el tratamiento adecuado dentro del sistema penitenciario.

Por otro lado, políticas de prevención deben ser incentivadas, con el fin no solamente de diagnosticar casos precozmente, sino también de tratar de forma correcta, a través del diagnóstico diferencial y atención básica. Pudiendo así contribuir para la prevención del delito.

7. Conclusiones

Los resultados de este estudio mostraron una alta prevalencia del TPB en mujeres reclusas en el sistema penitenciario. Estos resultados son importantes porque el TPB tiene poca visibilidad en los estudios criminológicos en instituciones penitenciarias en el mundo, especialmente en Brasil. Los análisis mostraron que mujeres con el TPB se diferenciaron de aquellas que no presentaron el trastorno por la presencia de histórico de violencia doméstica, en que ellas se apuntaron como las agresoras y por el histórico de abuso de sustancias. El delito más frecuente, como motivo del encarcelamiento, fue el tráfico de drogas.

Estos resultados apuntan para la necesidad de evaluación psicológica del individuo al ser admitido en el sistema penitenciario. La persona con el TPB probablemente precisará de asistencia psicológica y psiquiátrica dentro de la penitenciaria. La identificación precoz y tratamiento del TPB, incluyendo medicación y

psicoterapia puede ayudar a minimizar los impactos del encarcelamiento, así como ayudar en la recuperación y reinserción del sujeto en la convivencia comunitaria.

8. Referencias bibliograficas

Abbagnano, N. (1982). *Dicionário de filosofia*. 2 ed. San Pablo: Mestre Jou. p.625-626

Abdalla-Filho, E., Engelhardt, W. (2016). Transtornos de personalidade. *Psiquiatria Forense da Taborda*. 3ed. Puerto Alegre: Artmed. p.507-528

Abdalla-Filho, E., Telles, L. (2016). Avaliação de risco de violência. *Psiquiatria Forense da Taborda*. 3ed. Puerto Alegre: Artmed. p.182-198

Abdalla-Filho, E., Souza, P.A., Tramontina, J.F., Taborda, J.G.V. (2010). Mental disorders in prisons. *Curr Opin Psychiatry*, 23(5): 463-6

Agência Estado (2017). Preso da Apac fica menos tempo na prisão, o que reflete no custo, diz juiz. In: *Correio Brasiliense*. Disponível em:

http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/01/09/interna_cidadesdf,564084/preso-da-apac-fica-menos-tempo-na-prisao-o-que-reflete-no-custo-diz.shtml> Acesso en: 20 jan. 2019.

Amatuzzi, M. (1993). Etapas do processo terapêutico: Um estudo exploratório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 1-21.

Amatuzzi, M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13, 5-10.

American Psychiatry Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-1*. 1ed. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatry Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-2*. 2ed. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-3*. 3ed. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-4*. 4ed. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*. 5ed. Washington: American Psychiatric Association.

- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 329-336.
- Barbe, R. P., Rubovszky, G., Venturini-Andreoli, A., & Andreoli, A. (2005). The treatment of borderline personality disorder patients with current suicidal behaviour. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2(5), 283-291.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. & Priebe, S. (2012). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 327-228.
- Barnow, S., Stopsack, M., Ulrich, I., Falz, S., Dudeck, M., Spitzer, C., ...Freyberger, H. J. (2010). Prevalence and familiarity of personality disorders in Deutschland: Results of the Greifswald family study. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 334-341.
- Bauer M. W. (2002) Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 189-217.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H.,...Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality

disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.

Bertolucci P. H. F., Brucki S. M. D., Campacci S., et al. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52, 1-7.

Bin, K. (1998). Fenomenologia da depressão estado-limite. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1 (3), 11-32.

Black, D. W, Gunther, T., Allen J., et al (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry*; 48, p. 400-405.

Black, D. W, Blum, N., Phohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239.

Blackburn, R., Gunn, J., Hill, J. (1993). *Forensic psychiatry: clinical, legal and ethical issues*. Oxford: Butterworth-Heinemann. 373-406

Blackburn, R., Logan, C., Donnelly, J. & Renswick, S. (2003). Personality disorder, psychopathy and other mental disorders: comorbidity among patients at English and Scottish high security hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 111-137.

- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline disorder. *Journal of Marital Family Therapy*; 35(4), p.446-455
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144(11): 1426-1430.
- Brasil. Depen.(2016). Departamento Penitenciario Nacional. Infopen. Disponible en: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>. Acceso el: 1 de enero 2019.
- Caes, V. (2012). Existência na dimensão de Pathos em Kierkegaard: o conceito de paixão (pathos). *Revista Ensaios Pedagógicos*. Recuperado en: <http://www.opet.com.br/faculdade/revista-pedagogia/pdf/n4/ARTIGO-VALDINEI-CAES.pdf>
- Cantero, F. (1993). ¿Quién es el psicópata? In V. Garrido Genovés (Org.), *Psicópata: Perfil psicológico y reeducación del delincuente más peligroso* (pp. 16-46) Valência: Tirant lo Blanch.
- Cartron, L. (2000). L'idée de dégénérescence au XIX: exposé dans le cadre du Seminaire de G. Jorland à l'EHESS. Paris: EHESS.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 529-549. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200016>

Chambers, A.L., Wilson, M.N. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 88:57–65.

Chavez, L.J. (2005) Analysis of borderline personality organization among female and male domestic violence batterers. *Dissertation Abstracts International*, 65:6039B

Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127–1135.

Coid, J. W, Kahtan, N., Gault, S. & Jarman, B. (2000). Women admitted to secure forensic psychiatry services: I comparison of women and men. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 275-295.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorders in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.

Davison, S, Leese, M, Taylor, P.J (2001). Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) in the prison population. *Journal of Personality Disorder*; 15, p.180-194.

De Faria, A.A (2003). *Transtorno de personalidade borderline: uma perspectiva simbolica*. Recuperado en:

http://www.proad.unifesp.br/pdf/monografias/monografia_alvaro.pdf

Deary, I. J., Weiss, A., & Batty, G. D. (2011). Intelligence and personality as predictors of illness and death: How researchers in differential psychology and chronic disease epidemiology are collaborating to understand and address health inequalities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11, 53-79

Delgalarrondo, P. (2000). *Psicopatología y Semiología de los Trastornos Mentais*.
Puerto Alegre: Artmed.

Delgalarrondo, P. & Vilela, W. A (1999). Transtorno borderline: história e atualidade.
Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental II, 2. 52-71

Delisle, G. (1991). A gestalt perspective of personality disorders. *The British Gestalt Journal*, 42-50.

Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalysis Q*, 11, 301.

Donegan, N. H, Sanislow C. A, Blumberg, H. P, et al (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation.
Biological Psychiatry, 54: 1284-1293

- Dunsieth, N. W, Nelson E. B, Brusman-Lovins, L. A, et al (2004). Psychiatric and cool features of 113 men convicted of sexual crimes. *Journal of Clinic Psychiatry*, 65, p 293-300.
- Dutton, D.G. (2007). *The Abusive Personality: Violence and Control in Intimate Relationships*. New York: Guilford Press.
- Else, L. T., Wonderlich, S. A., Beatty, W. W., et al. (1993). Personality characteristics of men who physically abuse women. *Hospital Community Psychiatry*, 44:54–58. [[PubMed](#)]
- Fazel, S., Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306):545-550.
- Ferri, E. (2009). *O delito passional na civilização contemporânea*. Campinas, SP: Servanda Editora.
- Ferreira, V. A. (2004). Regulamento Disciplinar dos Centros de Reintegração Social Dr. Franz de Castro Holzwarth In: TJMG, 2017. Disponível em: http://www.criminal.mppr.mp.br/arquivos/FileExecucaoPenalMaterial_de_Apoi_o/APAC/Regulamento_Disciplinar_APACs.pdf/. Aceso em: 20 jan 2019.
- Ferreira, V. A (2016). *Juntando Cacos, Resgatando Vidas: valorização humana – base e viagem ao mundo interior do prisioneiro: psicologia do preso*. Belo Horizonte: O lutador.
- First M.B., Willians J.B.W., Benjamin L.S., Spitzer R.L.. (2016) *Structured clinical interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)*. Arlington, VA:

American Psychiatric Association.

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 1-18.

Fruzzetti, A., Shenk, C., & Hoffman, P. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.

Giovanetti, J. P. (2018). Fenomenologia e prática clínica. In: Giovanetti, J.P. *Fenomenologia e psicologia clínica*. 11-32.

Glaser, J. P., Van Os, J., Thewissen, V., & Myin-Germeys, I. (2010). Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 125-134.

Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: Da intervenção para a prevenção*. Colectânea Monografias em Educação e Psicologia, Braga: Instituto de Educação e Psicologia – Centro de estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Grant, L. F, Chou, S. P, Goldstein, R. B, et al (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the National Epidemiologic Survey Wave 2 on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, p. 533-545.

- Grilo C. M., Stout R. L., Markowitz J. C., et al (2010). Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71: 1629-1635.
- Grinker, R. R., Sr., Werble, B. & Drye, R. C. (1968). *The Borderline Syndrome*. Basic Books, New York.
- Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148, 421-431.
- Gunderson, J. G (2000). *Borderline Personality Disorder: a clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J. G (2010). Revising the Borderline Diagnosis for DSM-V: An Alternative Proposal. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 24, No. 6, pp. 694-708.
- Gunderson, J. G. (1979). The Relatedness of Borderline and Schizophrenic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 17–22.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135(7), 1-10.
- Gunderson, J. G, Singer, M.T (1975). Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 132: p.1-10;

- Gunderson, J. G, Links P. (2008). *Borderline Personality Disorder: in treatment of psychiatric disorder*, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press
- Gunderson J. G., Morey L. C., Stout R. L., et al (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65: 1049-1056
- Hart, S.D., Dutton, D.G., Newlove, T. (1993). The prevalence of personality disorders among wife assaulters. *Journal of Personality Disorders*, 7, 329–341.
- Hazlett, E. A., Speiser, L. J, Goodman, M., Roy, M., Carrizal, M., Wynn, J. K.,...New, A. S. (2007). Exaggerated affect-modulated startle during unpleasant stimuli in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 62, 250-255.
- Heard, H. L., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(1), 55-82.
- Herman, J. L., Perry, J. C., Van Deer Kolk, B. A (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Hoch, P. & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiatric Q.* 23:248
- Hooley, J. M., Cole, S. H & Gironde, S. (2012). Borderline Personality Disorder. In:

- Widiger, A. T. (ed). *The Oxford Handbook of Personality Disorders*, 409-436.
- Howard R. C., Huband N., Duggan C., Mannion A.(2008). Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *Journal of Personality Disorder*, 22:589–603.
- Huang, Y., Kotov, R., Girolamo, G., Petri, A., Angermeyer, M., Benjet, C., ... Kessler, R. C. (2009). DSM IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 195, 46-53
- Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia Geral*. Río de Janeiro: Atheneu (Original publicado en 1913)
- John, O. P., Naumann, L. P. & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: history, measurement and conceptual issues. In: O.P John, R. R Robins, & L.A. Pervin (Eds), *Handbook of personality: theory and research* (3 ed., pp. 114-158. New York: Guilford Press.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E., et al. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1406–1412.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E. & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 410-413.

- Johnson, R., Gilchrist, E., Beech, A. R., et al. (2006). A psychometric typology of U.K. domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21:1270–1285.
- Johnson, S. C, Elbogen, E. B. (2013) Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classifications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2): 203-211
- Jordan, K, Schlenger W. E, Fairbank J. A, Caddell J. M (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Archives of General Psychiatry*; 53, p. 513-519.
- Kane, S. (2000). *4.48 Psychosis*. United Kingdom: Bloomsbury Methuen Drama.
- Kernberg, O. F. (1967) Borderline Personality Organization. *American Psychoanalytical Association*, 15, 641
- Kendell, R. E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications.
- Klein, D. N., Riso, L. P., Donaldson, S. K., Schwartz, J. E., Anderson, R. L., Ojumette, P. C., ...Aronson, T. A. (1995). Family study of early-onset dysthymia: Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and major controls. *Archives of General Psychiatry*, 52, 487-496.

- Knight, R. P. (1954). Borderline States. In: *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, Knight, R. P. and Friedmann, C. R. International Universities Press, New York, 97-109
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.
- Lander, N. R., Nahon, D. (2005). *The integrity model of existential psychotherapy in working with the 'difficult patient'*. Routledge: Sussex.
- Lawson, D. M., Weber, D., Beckner, H. M., et al.(2003). Men who use violence: intimate violence versus non-intimate violence profiles. *Violence & Victims*, 18:259–277
- Lezenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L. & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population: Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-351.
- Lezenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. & Kessler, R. C. (2007). DSM IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.
- Lieb, K., Rexhausem, J. E, Kahl, K. G, Schweiger, U., Philipsen, A., Hellhammer, D. M & Bohus, M. (2004). Increased diurnal salivary cortisol with women with

borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 775-782

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.

Lobb, M. S, Francesetti, G. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice: from psychopathology to the aesthetics of contact*. Italy: Istituto di Gestalt, HCC.

Lobb, M. S. (2013). Borderline: the wound of the boundary. *Gestalt Therapy in Clinical Practice: from psychopathology to the aesthetics of contact*. Italy: Istituto di Gestalt, HCC. pos.14150-19790.

Logan, C., Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: potential relevance to risk future violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, p. 31-38.

Maier, W., Lichtermann, D., Klinger, T., Heun, R. & Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187-196.

Marissen, M. A. E., Maulemann, L. & Franken, I. H. A. (2010). Altered emotional information processing in borderline personality disorder: An electrophysiological study. *Psychiatry Research* 181(3), 647-655.

Melo, A. K. S., Boris, G. D. J. B., & Stoltenborg, V. (2009). Reconstruindo sentidos na interface de histórias: uma discussão fenomenológico-existencial da constituição do sujeito borderline. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15(2), 133-144. Recuperado em 20 de marco de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200009&lng=pt&tlng=pt.

Meyer, S. L. (2000). Prevalence and characteristics of sexual aggression in court-mandated batterers. *Dissertation Abstracts International*, 60, 3573B.

Moldin, S. O., Rice, J. P., Erlenmeyer-Kimling, L. & Squires-Wheeler, E. (1994). Latent structure of DSM-III-R Axis II psychopathology in a normal sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 259-266.

Moreira, V. (2011). La contribución de Jaspers, Binswanger, Boss y Tatossian para la psicopatología fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestaltica*, 17ed, p. 172-184. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200008&lng=pt&tlng=pt

Moreira, V. (2012). Psicopatologia clínica (Parte II). In: Moreira, V. & Sloan, T. *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica* (pp. 106-248). São Paulo: Escuta.

Morey, L. C, Shea, M. T, Markowitz, J. C, et al (2010). State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167: 528-535.

Neto, M. R. L, Cordás, T. A, et al (2011). *Transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

O'Brien, A., Mortimer, L., Singleton, N. & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales. *International Review of Psychiatry*, 15, 153-157.

Oldham, J. M (2002). A 44-year old woman with borderline personality disorder. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1029-1037.

Oldham, J. M. (2006). Borderline Personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.

Organização Mundial da Saúde (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo. Vol.1.

Ottoboni, M. (2006). *Vamos matar o criminoso?*. 3ª ed. São Paulo: Paulinas.

Ottoboni, M. & Ferreira, V. (2004). *Parceiros na ressurreição*. São Paulo: Paulinas

- Ozer, D. J. & Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421.
- Pasquali, L. (2000). *Os tipos humanos: a teoria da personalidade*. Brasilia: LabPAM.
- Percudiani, M., Belloni, G., Conti, A. & Barburi, C. (2002). Monitoring community psychiatric services in Italy: Differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 180, 254-259.
- Plutchik, R., van Praag, H. M. (1995). The nature of impulsivity: definitions, ontology, genetics, and relations to aggression. In: Hollander, E., Stein, D.J. Eds., *Impulsivity and Aggression*. John Wiley and Sons Ltd. New York, pp. 7-24.
- Poling, J., Rounsaville, B. J., Ball, S., Tennen, H., Kranzler, H. R., Triffleman, E. (1999). Rates of personality disorders in substance abusers: a comparison between DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 13, 375–384.
- Pope, C., Mays, N. (2002). Qualitative research in health care. *London Bmj Books*. 2ed.
- Programa Novos Rumos (2009). Todo homem é maior que seu erro. In: TJMG, Belo Horizonte/MG, Disponível em: http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/novos_rumos_/cartilha_apac.pdf. Acesso em: 20jan. 2019.

Ribeiro, H. L., Cordás, T. A, Nogueira, F. C. (2011). Transtorno de personalidad borderline. In: Neto, M.R.L, Cordás, T.A, et al. *Transtornos de personalidad*. Puerto Alegre: Artmed.

Ribeiro, C. C. L. (2008). *Crímenes Passionales* (Monografía para obtener la especialización en Derecho Penal y Procesal Penal) Universidad CandidoMendes, Río de Janeiro. Recuperado de: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/K208203.pdf

Ribeiro, C. C. L. (2003). *Impulsividad, culpa y características de personalidad en individuos encarcelados por cometer crímenes pasionales* (Disertación para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud) Universidad de Beira Interior, Covilhã. Recuperado de: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2688/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Riesgo, A., et al (1998). The evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI. *Luso-Esp.Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines*; 26: p 151-154.

Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A. & Goldberg, L. R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 313-345.

- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., III, Brown, C. H., Costa, P. L., Jr., & Nestadt, G. (2002). Prevalences and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.
- Sansone, R. & Sansone, L (2009). Borderline Personality and Criminality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 6(10), p. 16-20.
- Santos-Mello, C.; Teng, C.T.; Sauaia, L. (2011). Transtorno de personalidade e suicídio. *Transtornos de Personalidade*, Porto Alegre: Artmed. p. 261-273.
- Schneider, K. (1980). *Klinische psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Silbersweig, D., Clarkin J. F, Goldstein, M., et al (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164: 1832-1841.
- Silva, M. A., Monteiro, L. C., Neto, M. R. L. (2011) Neurobiologia dos transtornos de personalidade. In: Neto, M.R.L, Cordás, T.A & cols. *Transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. & Deasy, D. (1998). Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. London: HMSO.

- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widger, T.A., Livesley, W.J. & Siever, L.J (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, co-morbidity and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950.
- Shearer, S.L. (2002). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *Journal Nerv of Mental Disorder*, 182: 524-526.
- Soares B., Ilgenfritz I. (2002). *Prisioneiras: vida e violência atrás das grades*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979) Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-34.
- Spitzer, R. L. & Wilson, P.T. (1968). A guide to the American Psychiatric Association's new diagnostic nomenclature. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1619-1629.
- Stanley B., Brodsky B., Nelson J.D., et al.(2007) Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Res*, 11:337-41
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and the therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

- Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U.W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C-H.,...Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 139-147.
- Stone, M. H. (1977). The Borderline Syndrome: Evolution of the Term, Genetic Aspects, and Prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31(3), 345–365.
- Strelau, J. (1998). *Temperament: A Psychological Perspective*. New York: Plenum.
- Stuart, G.L., Moore, T.M., Gordon, K.C., et al (2006). Psychopathology in women arrested for domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21:376–389.
- Tanesi, P. H. V., Yazigi, L., Fiore, M. L. M., Pitta., J. C. N. (2007). Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 71-78.
- Taylor, P.J., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R., Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence: a special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218–26.
- Tellenbach, H. (1991). Von Gebsattel et le problème de la personne dans la psychoterapie. In: Fedida, P., Schotte, J. *Psychiatrie et existence*. Grenoble: Editions Jérôme Millon.

- Tihonen, J., Eronen, M., Hakola, P. (1993). Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Archives of General Psychiatry*, 11, 917-918.
- Torgensen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Torgersen, S., Lygren S. Oien P.A, et al (2000). *A twin study of personality disorders*. Comprehensive Psychiatry 41:416-425
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petropolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K. & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24, 412-426.
- Wagner, A. W., Linehan, M. M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: Implications for emotional regulation. *Journal of Personality Disorders*, 13(4), 329-344.
- Warren J. I., Burnett M., South S. C., et al (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. *Journal of America Academy of Psychiatry Law*. 30:502–509. [[PubMed](#)]

- Westen, D. (1990). Towards a revised theory of borderline objects relations: contributions of empirical research. *International Journal of Psychoanalysis*, 71: 661-693.
- Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G. & Thomas, G. V. (1995). *Personality disorder interview-IV. A semistructured interview for the assessment of personality disorders*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- White, C. N, Gunderson, J. G, Zanarini, M. C & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11. 8-19.
- Yontef, G. M. (1998). *Processos, diálogo e awareness*. São Paulo: Summus.
- Zanarini, M. C, Gunderson, J. G, Marino, M. F., Schwartz, E. O., Frankenburg, F. R. (1989) Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1): 18-25
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 144-150.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up

and prediction of time to remission. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2108-2114.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2006). Prediction of 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability recover: a 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 663-667.

Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 284-290.

Zanarini, M. C.; Ruser T.; Frankenburg, F. R. (2000). The dissociative experiences of Borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 41, n. 3, p.223-227.

Zlotnick, C. (1999). Antisocial personality disorder affect dysregulation and childhood abuse among incarcerated women. *Journal of Personality Disorder* 13: 90-95

Zimmerman, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorders diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.

Zimmerman, M., Cuggero, C.J., Chelminsky I., et al (2010). Psychiatry diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 71: 6-31.

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

9. Lista de abreviaturas

APA	Asociación de Psiquiatría Americana
APAC	Asociación de Protección y Asistencia al Condenado
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
SCID-V-PD	<i>Structured Clinical Interview for DSM-V Personality Disorders</i>
TPB	Trastorno de Personalidad Borderline

TPAS

Trastorno de Personalidad Antisocial

TP

Trastornos de Personalidad

10. Anexos

10.1 ANEXO 1

Mini-Exame do Estado Mental

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)

- *Dia da semana* (1 ponto) _____
- *Dia do mês* (1 ponto) _____
- *Mês* (1 ponto) _____
- *Ano* (1 ponto) _____
- *Hora aproximada* (1 ponto) _____

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)

- *Local genérico* (residência, hospital, clínica) (1 ponto) _____
- *Local específico* (andar ou setor) (1 ponto) _____
- *Bairro ou rua próxima* (1 ponto) _____
- *Cidade* (1 ponto) _____
- *Estado* (1 ponto) _____

MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 pontos)

- *Repetir: Vaso, carro, tijolo.*
1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa _____
Repita até as três palavras serem repetidas (máximo de 5 tentativas)

ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

- *Subtração: 100-7 sucessivamente, por 5 vezes.*
(1 ponto para cada cálculo correto) _____

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)

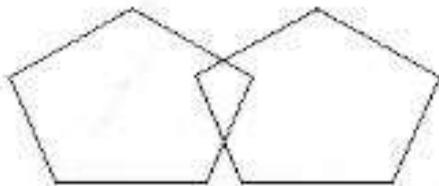
- *Lembrar as 3 palavras repetidas anteriormente (em MEMÓRIA DE FIXAÇÃO)*
(1 ponto por palavra certa) _____

LINGUAGEM (8 pontos)

- *Nomear objetos: um relógio e uma caneta* (2 pontos) _____
- *Repetir: "nem aqui, nem ali, nem lá"* (1 ponto) _____
- *Seguir comando verbal: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão"* (3 pontos) _____
- *Ler e seguir comando escrito (FRASE): "feche os olhos"* (1 ponto) _____
- *Escrever uma frase* (1 ponto) _____

PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto)

- *Copiar um desenho* (1 ponto) _____



ESCORE: / 30

* Normas sugeridas para o uso do mini-exame do estado mental (MEEM) no Brasil. Brasil: SMO, Niterói RJ e col. In press

Nota: cuestionario en portugués debido a las participantes en el estudio seran brasileñas.



Rodrigo Silva Guedes
 Tradutor Público e Intérprete Comercial – JUCEMG
 755/09
 Inglês e Português www.rodrigoguedes.com.br



Escritório: Rua Piauí 957, Funcionários, Belo Horizonte, MG — 30150-321
 E-mail: contato@rodrigoguedes.com.br T. 31 9 9173.9983 CPF: 013.566.096-35

Libro: 023 Traducción: 2906 Páginas: 149 – 149

Yo, Rodrigo Silva Guedes, traductor público e intérprete comercial, certifico que me fue presentado un documento en Inglés, a ser traducido al Portugués, lo que cumplí, en razón de mi oficio en la forma de abajo:

77	¿Ud. Ya se sintió desorientado al pensar que alguien a quien realmente se importa lo dejara?	NO	YES	PQ80
78	¿Las relaciones con las personas que a Ud. Realmente le gustan pasan por muchos altos y bajos intensos?	NO	YES	PQ81
79	¿El sentido quien es Ud. Cambia drásticamente con frecuencia?	NO	YES	P 82
80	¿Ud. Es tan diferente con diferentes personas en diferentes situaciones que algunas veces Ud. No sabe quién realmente es?	NO	YES	PQ83
81	¿Ya existieron muchos cambios repentinos en sus objetivos, planes de carrera, creencias religiosas etc?	NO	YES	PQ84
82	¿Ya existieron muchos cambios repentinos en sus tipos de amigos o en su identidad sexual?	NO	YES	PQ85
83	¿Con que frecuencia actúa impulsivamente?	NO	YES	P 86
84	¿Ud. ¿Ya intento lastimarse o matarse o amenazó con hacerlos?	NO	YES	P 87
85	¿Ud. Ya se cortó, se quemó o se arañó a propósito?	NO	YES	PQ88
86	¿Su humor cambia con frecuencia en el día basado en lo que acontece en su vida?	NO	YES	PQ89
87	¿Frecuentemente se siente vacío?	NO	YES	PQ90
88	¿Ud. Tiene temperamento explosivo o se queda con tanta rabia que pierde el control?	NO	YES	PQ91
89	¿Ud. Golpea a las personas o lanza cosas cuando está con rabia?	NO	YES	PQ92
90	¿Pequeñas cosas lo dejan con mucha rabia?	NO	YES	PQ93
91	¿Cuándo Ud. Está muy irritado, se queda desconfiado de otras personas o se siente desconectado de su cuerpo o siente que las cosas son irreales?	NO	YES	PQ94

Página 6

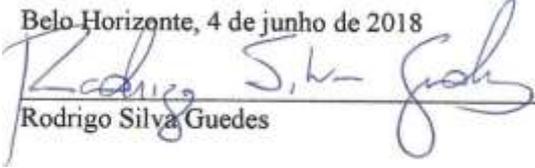
Cuestionário de clasificación de personalidad para el SCID-5-PD

Fin de la Traducción

Solo este contenía el documento que traduje fielmente, otorgué, creí conforme y doy fé. Esta traducción no implica juzgamiento o endoso de la forma, autenticidad del contenido de este documento.

Gastos: R\$ 127,32

Belo Horizonte, 4 de junho de 2018


Rodrigo Silva Guedes



11. Apendices

11.1 APENDICE A

Termino de consentimiento libre y aclarado

Título del estudio: Prevalencia del diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline en mujeres en el sistema penitenciario APAC de Minas Gerais

Tutora principal: Prof. Dra. Varinia Alejandra Frau Alveal

Investigadora: Lorena Paccini Lustosa

Ud. está siendo invitado a participar de esa pesquisa que será desarrollada en la Asociación de Protección y Asistencia al Condenado – Unidad de Itaúna/ MG. Este estudio tiene como objetivo determinar la presencia de un trastorno de personalidad llamado Trastorno de Personalidad Borderline, en mujeres infractoras, reclusas en la APAC, en la ciudad de Itaúna – MG – Brasil. Además de esto, se pretende verificar la posible asociación de este trastorno con el delito cometido. El motivo de esta pesquisa y de ser escogida una población reclusa en sistema carcelario está en el hecho de existir indicadores que esta asociación puede ocurrir (trastorno psiquiátrico/ delito) y, si esto fuera verdad, proponer medidas preventivas. Inicialmente, Ud. responderá a preguntas referente a tu historia de vida e histórico psiquiátrico. En la secuencia, Ud. deberá responder a un cuestionario con preguntas relacionadas a su comportamiento y sus emociones. Todas las preguntas serán realizadas en una sala separada, con la presencia solamente de los investigadores. Su identidad no será revelada en ningún momento. Para garantizar esto, será utilizado un número en sus fichas, donde solo los investigadores tendrán acceso. Entre tanto, los resultados finales de la pesquisa serán publicados en revistas y congresos científicos del área, sin mencionar su nombre, solamente el resultado observado luego de la realización de la pesquisa.

Los riesgos de la pesquisa son mínimos, visto que son preguntas habituales, de entrevistas psicológicas. Entre tanto, para que no haya ningún tipo de complicación, estas entrevistas serán individualizadas, en ambiente restringido y solo con los investigadores.

Los beneficios en participar de ese estudio serán tener conocimiento si Ud. presenta este trastorno y en el caso, recibirá orientaciones para un mejor acompañamiento de su salud mental. Además de esto, los datos van a auxiliar a los profesionales del área a tener mayor conocimiento de esta condición y proponer orientación, prevención y tratamiento adecuado para esta población específica.

Su participación es voluntaria y Ud. tiene el derecho de se retirarse del estudio cuando quisiera, sin que esto tenga cualquier penalización o complicación. No será realizada ninguna forma de pago por participar en el estudio.

En caso de dudas sobre la pesquisa y/o procedimientos a ser realizados, ud. podrá preguntar a la investigadora principal.

Si existen dudas en cuanto a las cuestiones éticas de esta pesquisa, el contacto para cuestionamiento es el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Minas Gerais, en el domicilio de abajo.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Antônio Carlos, 6627
Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005
Campus Pampulha
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP.: 31270-901

Telefax: (31) 3409-4592
E-mail: coep@prpq.ufmg.br

TERMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO

Yo, _____, de _____ años de edad, declaro haber sido informado y estar debidamente aclarado sobre los objetivos e intenciones de este estudio, sobre los procedimientos a que estaré siendo sometido, sobre los riesgos y desconfortos que podrán ocurrir. Recibí garantías de total sigilo. Se que mi participación está exenta de gastos. Conuerdo en participar voluntariamente de este estudio y sé que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin ningún prejuicio.

_____/_____/_____
Firma del sujeto de pesquisa

_____/_____/_____
Firma el testigo

Investigador responsable

Yo, Lorena Paccini Lustosa, investigadora y participante de este proyecto **Prevalencia del diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline en mujeres en el sistema penitenciario APAC de Minas Gerais** declaro que obtuve espontáneamente el consentimiento de este sujeto de pesquisa (o de su representante legal) para realizar este estudio.

Firma _____/_____/_____