



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile

Chile

Castillo-Tamayo, Roberto; Arias-Zamora, Helga

La evaluación de la identidad en el DSM-5. Una propuesta que está pasando inadvertida

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 55, núm. 1, abril, 2017, pp. 36-43

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331551004005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La evaluación de la identidad en el DSM-5. Una propuesta que está pasando inadvertida

Assessment of identity in the DSM-5. A proposal is happening inadvertent

Roberto Castillo-Tamayo¹ y Helga Arias-Zamora²

Objectives: *The latest edition of DSM-5 proposed the inclusion of the evaluation of the identity as a criteria common to severe personality disorders, this paper will attempt to rescue the doomed interest to this alleged incorporation, for which we will have a brief theoretical review of Identity Criterion of ego as a diagnostic priority item that allows the distinction between Neurotic Organization versus Borderline. This paper deals with the revision of the Criteria of the Self Identity such as a priority diagnosis element.*

Key words:

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (1): 36-43

Introducción

Los diagnósticos de enfermedades en salud mental utilizan criterios basados en signos y síntomas que provienen de la psicopatología general, dichas manifestaciones pueden ser expresadas por el paciente o reconocidas por el clínico, el cual las sintetiza y agrupa de acuerdo a clasificaciones categoriales clásicas predominantemente médico-biológica.

En referencia a los Trastornos de Personalidad, la psicopatología general, aporta con manifestaciones clínicas inespecíficas, que cuando son adecuadamente agrupadas resultan en criterios de clasificaciones bastante útiles para pacientes con

manifestaciones psicopatológicas muy evidentes y manifiestas.

Hasta la presente, el medio habitual de psiquiatras y psicólogos para realizar el diagnóstico de Trastorno de Personalidad es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)¹; dicho manual provee un listado de ciertos criterios o manifestaciones que clínicamente deben de cumplirse con un mínimo de 5 criterios, sin embargo, tanto los rasgos como conductas, sólo pueden dar una aproximación categorial dejando de lado la aproximación dimensional.

Las dificultades diagnósticas se presentan, por ejemplo, cuando un paciente no cumple con el número mínimo de criterios clínicos o cuando las

Recibido: 14/06/2016

Aceptado: 21/03/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Psiquiatra Adultos. Departamento de Psiquiatría. Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso, Hospital del Salvador Valparaíso.

² Psicóloga. Hospital del Salvador Valparaíso.

intensidades de las manifestaciones sintomáticas no son “tan manifiestas” en el momento de la entrevista.

Contamos con conocimientos crecientes que permiten evaluar el funcionamiento y organización del aparato psíquico, especial relevancia el interés en la evaluación de la Identidad del Yo. Este elemento es constitutivo, fundamental y prioritario en la diferenciación de la Organización de Personalidad Neurótica de la Organización de Personalidad Limítrofe, sin embargo, pese a lo trascendental de tales aportes y conocimientos disponibles, no ha existido la suficiente difusión e interés en incorporar estrategias y vías que permitan durante el proceso de evaluación, buscar una mayor precisión diagnóstica que permita determinar el tipo de Estructura u Organización de Personalidad (Neurótica vs Limítrofe)^{2,3,4}. Dicho conocimiento y su evaluación pertinente proporcionaría elementos pronósticos, que permitirían orientar a desarrollar estrategias preventivas tempranas a fin de intervenir posibles abandonos, mala *compliance*, intensa contratransferencia, etc.³. A su vez dichas consideraciones permitiría el indicar técnicas psicoterapéuticas específicas respecto a la Estructura de la Personalidad que subyace a las manifestaciones clínicas de nuestros pacientes.

Respecto al CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y en relación a los Trastornos de Personalidad, este contempla también criterios generales, así como un predominio, manifestaciones tipo categoriales, reservando únicamente para el “Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable-Tipo Borderline” (F60.31), la evaluación Dimensional “Perturbaciones e incertidumbre sobre la autoimagen, las metas y las preferencias internas”⁵ lo cual, dicho en otros términos, correspondería a una alteración en la Identidad del Yo.

DSM

Volviendo al DSM, el criterio de “Alteración de la Identidad” sólo se considera para el caso especí-

fico del Trastorno Límite de Personalidad¹. Nuestra impresión clínica es que dicho criterio probablemente sea un elemento en la práctica clínica, poco utilizado y explorado.

El recién editado DSM-5 respecto a los Trastornos de Personalidad incluye dos tipos de definiciones y un sistema de evaluación. La clasificación categorial oficial que está contenida en la sección II con definiciones prácticamente iguales al DSM-IV, por otra parte, en la sección III (área dedicada a trastornos que requieren más estudios), se plantea una definición que se basa en rasgos y funcionamiento de la personalidad desde un plano dimensional y además determinaron 25 rasgos de personalidad en 5 dimensiones denominadas de orden superior⁶.

Luego de casi una década de trabajo con más de 500 especialistas, presididos por Andrew Skodol, plantearon reconceptualizar los trastornos de personalidad para lo que sería el futuro DSM-5 incorporando en primer lugar el “Nivel de Funcionamiento de la Personalidad”, mismo que debía de “Evaluarse en Todo Paciente”, a fin de determinar el grado de funcionamiento personal e interpersonal, pudiendo mostrar un nivel gradiente desde una “No Afectación” hasta “Deterioro Extremo”; en segundo lugar la incorporación de un elemento común a la evaluación de los trastornos de personalidad, lo que constituiría el criterio A y B que evalúan la Identidad, “Falla en el Desarrollo del Sentido de Identidad” y “Falla en Desarrollar un Funcionamiento Interpersonal Efectivo” respectivamente, dichas fallas constituirían perturbaciones nucleares y características del funcionamiento de la personalidad. Esta pretendida reconceptualización sugirió modificar el “patrón dominante de pensar, sentir y comportarse” del DSM-IV (manifestaciones) y pasar al “Fracaso en la Adaptación con el deterioro en la Identidad propia y/o fracaso en las relaciones interpersonales”, donde dichas “fallas” serían estables en el tiempo y de origen temprano al menos desde la adolescencia^{6,7,8}.

Esta propuesta, implica la estimación del nivel de funcionamiento de la personalidad, para lo cual evalúa 6 aspectos:

1. La Integración de la Identidad: La regulación de los estados del Self; la coherencia del sentido del tiempo y de la historia personal; la capacidad para experimentar la unidad del Self y para identificar los vínculos entre el Self y los otros; y la capacidad para la autorreflexión.
2. Integridad del concepto del Self: Regulación de la autoestima y del respeto por sí mismo; el sentimiento de constituir un ser agentivo; la valoración de sí mismo y las cualidades de las representaciones del Self.
3. Capacidad del Self para dirigirse a sí mismo: Establecimiento de normas internas para la propia conducta y significación a corto plazo de las metas vitales y de compromiso.
4. Funcionamiento en el dominio interpersonal; Empatía; Capacidad de mentalizar; de apreciar las experiencias de otros; atención a la variedad de las opiniones de otros.
5. Intimidad y Cooperación; la profundidad y duración de nexos con otros; la tolerancia y deseo de cercanía; reciprocidad, apoyo y su reflejo en el comportamiento interpersonal y social.
6. La complejidad e Integración de las Representaciones de los Otros; evalúa la complejidad e integración de las representaciones mentales de otros y el uso de las representaciones de los otros que a su vez permite regular el Self^{6,7,8}.

En tercer lugar, el equipo de Skodol, propuso un modelo pentafactorial (Big Five, Cloninger, Livesley, Clark-Watson y Millon), para con ellos determinar los diferentes trastornos específicos; para esto plantearon una serie de intrincados nuevos niveles de dominios, facetas y rasgos (cinco niveles de funcionamiento, cinco tipos de personalidad, seis escalas de rasgos, y entre cuatro y diez subescalas de facetas por cada rasgo), lo que resultó excesivo, muy exigente y poco practicable, lo que propició el rechazo unánime de los investigadores más influyentes en esta área específica (Jonathan Shedler, Aaron Beck, Peter Fonagy, Glen O. Gabbard, John Gunderson, Otto Kernberg, Robert Michels, Drew Westen⁹ dando como resultado final el que no se efectuó ninguno de los 3 cambios pretendidos y anunciados, quedando reservada toda esta información en la sección III del DSM-5⁶.

Antecedentes del criterio identidad

Según León y Rebeca Grinberf, Víctor Tusk, introdujo el término “Identidad” en 1919 para señalar la forma en que las personas se auto “Des-cubren” a lo largo de la vida, lo que conduce a encontrarse con uno mismo y reexperimentarse a sí mismo periódicamente¹⁰.

En la obra de Sigmund Freud, el vocablo Identidad aparece en algunas frases, sin embargo, no teorizó específicamente sobre la Identidad, al parecer la mencionó de forma incidental y dándole una connotación psicosocial¹⁰. Sin embargo, aportó en el conocimiento del modelo estructural del aparato psíquico, en especial sobre la Identificación, la cual es entendida como un mecanismo fundamental en la constitución del Yo y del Objeto¹¹.

Richard Erskine, en referencia a Federn, manifiesta que él consideró a las representaciones del Sí Mismo como “Bloques Fundadores de Identidad”, lo que conlleva a una temprana sensación yoica¹².

Al estudiar la Identidad como una función del Yo, Erikson realizó una contribución fundamental a la teoría psicoanalítica y a la exploración de la patología del carácter, incorporando lo que él llamó como Identidad del Yo. Posteriormente, definió la Difusión de la Identidad como la ausencia o pérdida de la capacidad normal de autodefinición, reflejada en una ruptura emocional en momentos de intimidad física, elección de profesión, competición y necesidad incrementada de una autodefinición psicosocial¹³. Para este autor, la formación de la Identidad es un proceso de desarrollo donde se producen graduales y progresivas identificaciones significativas, que se consolidan en la adolescencia, pero se desarrollan durante toda la vida.

Basándose en los trabajos de Erikson, James Marcia elaboró la “Identity Status Interview” (ISI). En ella, los factores del compromiso con una vocación, con valores y lograr una identidad sexual, son indicadores de una resolución exitosa de la identidad hacia el final de la adolescencia¹⁴.

En relación a la Funciones Mentales que realiza el Ego, Bellack incorporó al sentido de Sí Mismo y del mundo, el contacto con la realidad, el juicio crítico, la regulación y control de pulsiones,

los afectos e impulsos, las relaciones objetales, la regresión adaptativa, los procesos cognitivos, los mecanismos de defensa, el filtro de estímulos, y la función sintético-integrativa¹⁵.

La Escala “Groningen Identity Development Scale” (GIDS) diseñada por Bosma¹⁶ y el Objective Measure of Ego Identity¹⁷, evalúan en los adolescentes el contenido-extensión, la intensidad de un compromiso y la extensión de la exploración. Para estos autores, la Difusión de Identidad en un adolescente indica que no ha logrado realizar relaciones de compromiso, ni tampoco ha explorado entre sus diferentes alternativas¹⁷.

Garnet propuso que la Difusión de Identidad era el mejor predictor del Trastorno Limítrofe de la Personalidad¹⁸.

Wilkinson y colaboradores establecieron que, la Perturbación de la Identidad en los Trastornos Borderline de la Personalidad, se caracteriza por un doloroso sentimiento de incoherencia, inconsistencias en las creencias y conductas, una excesiva identificación con grupos o roles y dificultades en el compromiso con trabajos, valores y objetivos¹⁹. Más recientemente Levy plantea la Difusión de Identidad como un Factor de Riesgo Específico para el Trastorno Bordeline, a diferencia del afecto negativo y la impulsividad que pueden ser manifestaciones que podrían estar presentes en otros tipos de trastornos²⁰.

Para Westen, “El Disturbio en la Identidad” es un constructo central en la detección de Trastornos en la Personalidad, en especial el Trastorno de Personalidad Bordeline²¹.

El Manual Diagnóstico Psico-Dinámico (PDM) contempla un enfoque multidimensional con el que evalúa el funcionamiento global del paciente y además evalúa las posibilidades de establecer un proceso psicoterapéutico, incluye la posibilidad de diagnosticar las formas más severas de funcionamiento Borderline o Limítrofe²².

El Sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD 2)²³ es un sistema diagnóstico multiaxial diseñado para ser complementario al CIE, desde una aproximación psicodinámica.

En el Eje IV: Estructura, evalúa el nivel de severidad de la personalidad, donde se especifica la

posibilidad de tener un nivel normal, neurótico o Bordeline de la Organización de la Personalidad. Considerando la evaluación de la Identidad y sus conflictos (Disonancia de Identidad) la identidad del rol; sexual, paterna, cultural y social.

La descripción del Self en el OPD2 se basa en cuatro funciones:

1. Percepción del Self y de los objetos.
2. Regulación y manejo del Self y de la relación con el Otro.
3. Comunicación emocional interna y con los Otros.
4. Capacidad de vínculo con objetos internos y con objetos externos”²³.

Peter Fonagy considera que los pacientes con Trastornos Severos de la Personalidad, presentan fallas en la organización y regulación del sentido de sí mismo y otros, debido a fallas en la Mentalización, lo cual no permite el llegar a construir y sostener una dimensión representacional mental, lo que conduce a dificultades en la simbolización, identificación de afectos con su respectiva regularización y externalización. Este proceso inter-subjetivo se debe dar primariamente dentro de un contexto de apego seguro, el cual propiciaría y condicionaría la adquisición progresiva de una vida mental compleja y matizada^{24,25}.

Para el Dr. Otto Kernberg, la Identidad Integrada consiste en la presencia de un concepto integrado del sí mismo a través del tiempo y de situaciones diferentes, así como un concepto integrado de personas significativas en su vida, los cuales son investidos libidinal y agresivamente de una manera cohesionada e integrada, proceso que conduce a la conformación de un sí mismo y de objetos totales, lo cual es propio de las Personalidades Sanas y de Organización de Personalidad de tipo Neurótica (Trastorno de Personalidad Depresivo Masoquista, Histérico y Obsesivo Compulsivo de la Personalidad)^{2,3,4}.

Por otra parte, la Difusión de Identidad implica modelos de trabajo interno que reflejan la representación desorganizada/desorientada del sí mismo y los otros, es decir, conceptos pobremente integrados de ambos, lo cual es propio de la Organización

Limítrofe de Personalidad, lo que equivale a Trastornos Severos de la Personalidad contenidos en el DSM-V: Esquizoide, Esquizotípico, Paranoide, Histriónico, Limítrofe, Narcisista y Antisocial^{2,3,4}.

Kernberg y su equipo, han realizado contribuciones fundamentales respecto a la Organización Bordeline o Limítrofe de la Personalidad, destacando en estos últimos 30 años de investigación, la importancia de la constitución psicoestructural de la Difusión de Identidad, donde las operaciones defensivas funcionan muy primitivamente con predominio de mecanismos basados en la Escisión (Identificación Proyectiva, Idealización Primitiva, Devaluación, Negación Primitiva y Control Omnipotente). Dichos mecanismos distorsionan severamente la integración del Self y de las personas, activándose intensos afectos negativos, los que se expresan en polaridades extremas escindidas, condicionando las dificultades de integrar el pasado y el presente de una manera coherente e integrada, lo cual dificulta las posibilidades de predecir la conducta propia y de otros, lo que a su vez conlleva a un pobre compromiso con objetivos y metas^{2,3,4,26}.

Esta deficiencia podría condicionar la falta de internalización del sistema de valores, pudiendo alternarse con un Super Yo muy primitivo o inexistente, lo cual repercute negativamente en los efectos mismos de la Difusión de Identidad, agravando el pronóstico, pues condiciona la psicopatía^{2,3,4,26}.

En el año 2006, Otto Kernberg y colaboradores, basándose en la Entrevista Estructural, elaboraron la Entrevista Estructurada de Organización de la Personalidad (STIPO) con la intención de hacerla sustentable a la investigación empírica y más asemejable al abordaje de criterios diagnósticos²⁷. La STIPO fue traducida y validada en Chile en el año 2008, obteniendo la Dimensión de Identidad del Yo, el índice de mayor confiabilidad²⁸.

En el año 2010, se realizó un estudio que evaluó la capacidad psicométrica de la STIPO y se determinó que la Dimensión Identidad y la Dimensión Defensas Primitivas, mostraron una consistencia interna adecuada, siendo estos dos dominios los que están estrechamente vinculados a la presencia de un Trastorno Severo de la Personalidad²⁹.

En el área infanto adolescente, en el año 2012,

se publicó el cuestionario AIDA (Evaluación del Desarrollo de la Identidad en la Adolescencia), este instrumento de alta especificidad ha sido desarrollado para evaluar a menores de edad, entre los 12 y 18 años^{30,31}.

Según el director de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) Geoffrey M. Reed, en la futura edición, el área de los trastornos de personalidad presentará cambios relevantes, con posibles énfasis en la severidad del trastorno y una nueva codificación de los rasgos más prominentes, pretendiendo lograr mejor utilidad clínica³².

Discusión y Conclusiones

Durante décadas, la psiquiatría y el psicoanálisis han tenido dificultades para confluir en el campo del diagnóstico, sin embargo, en los últimos años se busca la convergencia de modelos donde se ponga de manifiesto la singularidad de cada individuo. A juicio de nosotros, el DSM-5 en lo referente a los Trastornos Severos de la Personalidad, pretendió un cambio que hizo mérito a los múltiples trabajos e investigaciones de estas últimas cuatro décadas, respecto a la Identidad y su evaluación, así como el Funcionamiento de la Personalidad. Un desafío no menor y relevante, fue el plantear que, dentro de la evaluación clínica general, se debe realizar la evaluación del funcionamiento de la personalidad.

Pese al alto beneficio de contar con dicha información y elementos clínicos, entendemos que se presentan dificultades a la hora de su aplicabilidad, pues requiere entre otros aspectos, mayor conocimiento y experticia, e implica mayor tiempo y profundización en la evaluación. Por otra parte, con mayores e insalvables dificultades resultó el proponer un nuevo modelo factorial, pasando desde una mirada categorial a una dimensional muy compleja, con mayor sustento académico que clínico, resultando poco operacional y no efectuándose mejoras y especificaciones a lo ya existente, esto tomando en cuenta que hay trastornos que se sobreponen y otros trastornos específicos que no

están incluidos. Por último, la supresión del Eje II en el DSM-5 no es menor, pues implica el poder considerar los Trastornos de Personalidad como Trastornos Mentales, con los pros y contras que ello conlleva.

El reconocimiento de una Difusión de Identidad, implica grados variables de manifestación, que pueden beneficiarse de nuevas investigaciones que conduzcan a la elaboración de mejores perfiles fenomenológicos y puntos de corte que no existen hasta este momento. Sin embargo, con lo hasta ahora ya definido y logrado, resulta de alto beneficio clínico, al constituir la Evaluación de la Identidad un criterio diagnóstico fundamental que nos permite diferenciar los Trastornos de Organización de la Personalidad Neurótico vs Limítrofe.

La identificación de Difusión de Identidad, ayuda al tratante a seleccionar las mejores estrategias y modelos de tratamientos actuales, así como fomentar la elaboración de estrategias de mayor aplicabilidad, y por otra parte la evaluación de la Identidad del Yo, puede ser también un elemento a ser revaluado como parte del progreso psicoterapéutico.

Hasta ahora el nuevo DSM-5 no ha tenido mayor repercusión e interés en los profesionales de salud mental, generando incluso el rechazo desde varios frentes y por varias razones, en esta ocasión las mejoras y progresos en la evaluación de los

trastornos de personalidad han quedado rezagados y postergados a futuras investigaciones.

Sin embargo, hay que considerar y tener en mente que la propuesta efectuada por el grupo de investigación del DSM-5 implica un reconocimiento implícito y explícito al alto valor y utilidad que otorga la evaluación de la Identidad del Yo.

Esperamos que el anunciado y próximo CIE 11, nuevas versiones del DSM-5, así como nuevos sistemas diagnósticos puedan ayudarnos a confluir, complementar y enriquecer la evaluación de la naturaleza individual de cada persona. Desafío mayor en el que deberíamos implicarnos psiquiatras y psicólogos, no conformándonos con sólo memorizar síntomas y manifestaciones categoriales.

Enfatizamos la importancia de incorporar la evaluación de la Identidad del Yo, por cuanto es un elemento fundamental, prioritario y discriminatorio que permite determinar el tipo de Organización de Personalidad, por ello consideramos fundamental el estudio y formación en profundidad, teórica y práctica, en lo concerniente a todos los aspectos de la Identidad del Yo, que dada su relevancia debe ser incorporada en los procesos de diagnósticos tradicionales, de manera tal que se establezca tempranamente las más adecuadas estrategias e intervenciones específicas y contemporáneas en el abordaje según corresponda a la Organización de Personalidad.

Resumen

Objetivos: Para la última edición del DSM-5 se propuso la inclusión de la evaluación de la Identidad como criterio común a todos los Trastornos Severos de la Personalidad. Dicha propuesta no logró incorporarse como Criterio General, quedando toda esa información contenida en el área destinada a futuras investigaciones (sección III del DSM-5). En este trabajo procuraremos rescatar el interés abocado a esta pretendida incorporación, para lo cual realizaremos una breve revisión teórica del Criterio Identidad del Yo como elemento diagnóstico prioritario que permite la distinción entre Organización Neurótica versus Limítrofe.

Palabras Clave: Identidad del Yo, Diagnóstico Estructural, Trastornos de Personalidad.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association. 1994.
2. Kernberg OF. Identity: recent findings and clinical implications. *Psychoanal Q* 2006; 75: 969-1003.
3. Caligor E, Kernberg O, Clarkin J. Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology. 2007.
4. Kernberg OF. *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno. ISBN 978-968-426-418-2. 1992.
5. CIE-10 2008 (8^a edición, 2009 versión 1.0-01/05/2010). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España).
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5 ed. Washington (DC): American Psychiatric Association. 2013.
7. DSM-5 Task Force. Levels of Personality. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/LevelsofPersonalityFunctioning.aspx> Fecha de consulta: 17/9/11.
8. American Psychiatric Association. *DSM-V Development*. Disponible en UR: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx> (Revisado el 10 de mayo de 2012).
9. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, et al. Personality Disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1026-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050746
10. Grinberg L, Grinberg R. Identidad y Cambio. Paidós. México. 1993.
11. Freud, Sigmund. *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIX-El yo y el ello* (1923). Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores. ISBN 978-950-518-595-5.
12. Erskine RG. *La estructura del yo, función intrapsíquica y mecanismos de defensa: los conceptos originales de Berne*. <http://www.integrativetherapy.com/es/articles.php?id=18>
13. Erikson E. The Problem of Ego Identity. *J Am Psychoanal Assoc* 1956; 4: 56.
14. Marcia JE. Ego Identity and Personality Disorders. *J Pers Disord* 2006; 20 (6): 577-96.
15. Bellak L, Goldsmith LA. The Broad Scope of Ego Function Assessment. New York. 1984.
16. Bosma HA. Identity in adolescence. Coping with commitments. State University, Groningen, The Netherlands, E. (Eds.). 2001.
17. Adams GR. The Extended Objective Measure of Ego Identity Status: A reference manual. Guelph, Ontario, Canada: University of Guelph. 1998.
18. Garnet RE, Levy KN, Mattanah JJF, Edell WS, Mcglashan TH. Borderline personality disorder in adolescence: ubiquitous or specific? *Amer J Psychiatry* 1994; 151: 1380-2.
19. Wilkinson-Ryan T, Westen D. Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 528-41.
20. Levy K. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005; 17 (4): 959-86.
21. Westen D, Betan E, Defife J. Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2011; 23: 305-13.
22. Task Force Psychodynamic Diagnostic Manual PDM. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. 2006.
23. Task Force OPD. Operationalized Psychodynamic Diagnosis Opd-2: Manual of Diagnosis and Treatment Planning: Manual for Diagnosis and Treatment Planning. Ed Opd Task Force. 2007.
24. Allen JG, Fonagy P. *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. New York: Wiley. 2006.
25. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9: 11-5.
26. Kernberg O. Structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4 (1): 169-95.
27. Clarkin J, Caligor E, Stern B, Kernberg O. *Structured interview for personality organization (STI-PO)*. White Plains, NY: The Personality Disorders Institute. Weill College of Medicine of Cornell University. 2006.
28. Balbontín AM, Isaac A, Pollak H. *Traducción y validación del Instrumento Structured interview*

- of personality organization (STIPO): Dimensión Identidad.* Tesis para optar al grado académico de magíster. Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. 2008.
29. Stern B, Caligor E, Clarkin J, Critchfield K, Horz S, MacCornack V, et al. Structured Interview of Personality-Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *J Pers Assess* 2010; 92 (1) 35-44.
 30. Jung E, Pick O, Schlüter-Müller S, Schmeck K, Goth K. Identity development in adolescents with mental problems. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7: 26.
 31. Goth K, Foelsch P, Schlüter-Müller S, Birkhölzer M, Jung E, Pick O, et al. Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence-Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012; 6: 27. doi:10.1186/1753-2000-6.
 32. Tyrer P, Crawford M, Mulder R, Blashfield R, Farnam A, Fossati A, et al. The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th Revision of the International Classification of Diseases, ICD-11. *Personal Ment Health* 2011; 5: 246-59.

Correspondencia:

Dr. Roberto Castillo Tamayo
Edificio Estela 60 oficina 51,
Bosques de Montemar-Concón.
E-mail rcastillot5@gmail.com