

Validación de la versión española de la *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (DIB-R)

J. Barrachina, J. Soler, M. J. Campins, A. Tejero, J. C. Pascual, E. Álvarez, M. C. Zanarini y V. Pérez Sola

Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Validation of a Spanish version of the *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (DIB-R)

Resumen

Introducción. El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno del Eje II más estudiado en la actualidad; sin embargo, no existen versiones españolas de entrevistas específicas. La *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (DIB-R) es una entrevista semiestructurada que permite determinar tanto el diagnóstico como la severidad clínica de pacientes con TLP. El objetivo del presente estudio es la validación de la DIB-R para su uso en población de habla española.

Método. Las características psicométricas de la versión española de la DIB-R fueron evaluadas en una muestra de 156 sujetos con orientación diagnóstica de TLP; 29 hombres y 127 mujeres con una edad media de 27,6 años (desviación estándar: 6,5; rango: 18-45). La adaptación española de la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (SCID-II) se utilizó como «patrón oro».

Resultados. La DIB-R mostró una buena consistencia interna global (alfa de Cronbach de 0,89) y una alta fiabilidad entre evaluadores (coeficiente de correlación intraclass de 0,94). Utilizando un análisis de regresión logística se estableció como punto de corte diagnóstico los valores iguales o superiores a 6, con una elevada sensibilidad (0,81), especificidad (0,94) y con una moderada convergencia diagnóstica con la SCID-II (kappa de 0,59).

Conclusiones. La versión española de la DIB-R mostró unas propiedades psicométricas comparables a las del instrumento original y puede resultar útil para determinar tanto la presencia como la gravedad del TLP.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad.

Diagnostic Interview for Borderlines-Revised. Entrevista semiestructurada. Validación.

Summary

Introduction. Borderline Personality Disorder (BPD) is the most studied Axis II disorders. However, there are no Spanish versions of specific interviews. The *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (DIB-R) is a semi-structured interview used to determine the diagnosis and severity of BPD patients. The aim of this study was to validate the DIB-R for use in a Spanish-speaking sample.

Method. The psychometric characteristics of the DIB-R Spanish version were assessed in a sample of 156 patients with the possible diagnosis of borderline personality disorder. There were 29 men and 127 women with a mean age of 27.6 years (SD: 6.5; range: 18-45). The Spanish adaptation of the *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (SCID-II) was used as gold standard.

Results. The DIB-R showed good total internal consistency (Cronbach's alpha: 0.89) and high inter-rater reliability (within-class correlation: 0.94). Using logistic regression analyses the best cut-off was judged to be 6 or more, obtaining high sensitivity (0.81), specificity (0.94) and moderate convergent validity of the diagnosis with the SCID-II (kappa: 0.59).

Conclusions. The Spanish version of the DIB-R showed psychometric characteristics similar to those in the original interview and may be useful to determine BPD presence and severity.

Key words: Borderline personality disorder. Diagnostic Interview for Borderlines-Revised. Semistructured interview. Validation.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) genera en la actualidad un gran interés en la investigación clínica debido, entre otras razones, a su prevalencia, a la elevada comorbilidad y a las nuevas opciones terapéuticas dispo-

nibles¹. El aumento de trabajos centrados en los trastornos de personalidad, y especialmente en el TLP, ha surgido paralelamente al desarrollo de diversas entrevistas semiestructuradas para su evaluación².

En los trastornos del Eje I existe un amplio consenso en las características clínicas y formas de evaluación. En cambio, los diagnósticos del Eje II provocan discusión y escepticismo, llegándose a dudar de su propia existencia³. Concretamente el concepto «límite» ha suscitado confusión y la aparición de diferentes visiones de un mismo trastorno. Consecuentemente existen diferentes formas de evaluarlo, pudiéndose obtener distintos diagnósticos en función del instrumento utilizado^{4,5}.

Correspondencia:

Víctor Pérez
Servicio de Psiquiatría
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona
Correo electrónico: vperez@hsp.santpau.es

La heterogeneidad clínica del TLP, la frecuente comorbilidad con otros trastornos de la personalidad y la aparición periódica de patología del Eje I contribuyen a la dificultad para establecer un diagnóstico fiable. La utilización de entrevistas semiestructuradas específicas permite aumentar la fiabilidad diagnóstica al focalizarse solamente en un trastorno, con lo que se consigue una exploración más detallada y precisa⁶.

La *Diagnostic Interview for Borderlines* (DIB) fue elaborada en la década de 1970 para «conseguir fiabilidad diagnóstica en el caso específico de los pacientes límites»⁷. Evalúa cinco ámbitos de contenido propios del TLP según la concepción del autor: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales. Permite además determinar la gravedad del trastorno en una escala de 0-10.

A pesar de sus adecuadas características psicométricas⁸⁻¹², algunos autores señalaron la escasa validez discriminante respecto a otros trastornos del Eje II y un discreto solapamiento con diagnósticos obtenidos mediante entrevistas basadas en criterios DSM^{13,14}. Con el fin de corregir estas limitaciones, en 1989 aparece una versión revisada de la entrevista, la *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (DIB-R)¹⁵.

En la DIB-R se reduce el número de ítems de 132 a 125 y se elimina un ámbito de contenido, el de adaptación social, por no ser discriminativo de otros trastornos de personalidad. La duración de la entrevista es comparable a la del instrumento original (45-60 min): se limita la exploración a los 2 años previos al momento de la entrevista y se aumenta el punto de corte para el diagnóstico de 7 a puntuaciones iguales o superiores a 8.

Los trabajos que han evaluado las propiedades psicométricas de la DIB-R obtienen una elevada sensibilidad y

especificidad, con una fiabilidad entre evaluadores del 0,85-0,94 y una fiabilidad test-retest 0,53-0,91. La DIB-R ha demostrado una mayor eficacia diagnóstica y mayor especificidad ante otros trastornos del Eje II y Eje I que la DIB original¹⁵⁻¹⁸. Por este motivo, la entrevista ha ido implantándose progresivamente como herramienta diagnóstica de elección en el TLP¹⁹⁻²¹.

El objetivo de este estudio es la validación de la DIB-R para su uso en la investigación y el ámbito clínico en población de habla española.

MÉTODO

Metodología de adaptación

Para la obtención de la versión española de la DIB-R se siguió el procedimiento de traducción-retrotraducción²² y la realización de estudios piloto con pacientes^{23,24}. La entrevista original fue traducida por una persona bilingüe y con experiencia clínica. Las traducciones se discutieron con uno de los investigadores hasta alcanzar un consenso. La primera versión fue nuevamente traducida al inglés por otro traductor independiente (lingüista de origen anglosajón con experiencia en la traducción de textos biomédicos). Esta versión fue enviada a la autora de la DIB-R que, tras varias correcciones, verificó la adecuación al texto original. Una descripción de las áreas, así como ejemplos de algunos ítems aparecen en la tabla 1.

Evaluadores

Tres psicólogos con experiencia en la utilización de entrevistas en el ámbito de la evaluación de la personalidad

TABLA 1. Ejemplos de ítems de cada área de la versión española de la DIB-R

Áreas	Ítems
Afectiva	Durante los 2 últimos años... 1... ¿Se ha sentido bastante triste o deprimido gran parte del tiempo? 13... ¿Se enfada fácilmente (estar a la «que salta», tener «prontos»)? 15... ¿Se ha sentido muy ansioso la mayor parte del tiempo? 22... ¿Muy vacío?
Cognitiva	Durante los 2 últimos años... 33... ¿Ha sentido de forma reiterada que usted no era una persona real? ¿Como si su cuerpo o una parte de él la sintiera como extraña o cambiara de tamaño o de forma? ¿Como si se viera a usted mismo a distancia? (Despersonalización) 34... ¿Ha sentido muy a menudo que las cosas que le rodeaban eran «irreales»? ¿Como si fueran extrañas o cambiaran de tamaño o forma? ¿Como si las estuviera soñando? ¿Como si una ventana estuviera allí, entre usted y el mundo? (Desrealización)
Conductas impulsivas	Durante los 2 últimos años... 65... ¿Alguna vez se ha hecho daño usted mismo deliberadamente sin la intención de suicidarse (p. ej., hacerse cortes en la piel, quemaduras, golpearse, romper ventanas de un puñetazo, golpear paredes, golpearse la cabeza)? 68... ¿Ha hecho algún intento de suicidio, por leve que sea? (Gestos suicidas/intentos)
Relaciones interpersonales	Durante los 2 últimos años... 83... ¿Ha odiado generalmente estar solo? 84... ¿A menudo ha realizado esfuerzos desesperados para evitar sentirse solo (p. ej., hablaba por teléfono durante horas en esos momentos; salía para encontrar a alguien con quien hablar)?

fueron entrenados por un psicólogo experto en el uso del instrumento original. Para su formación se realizaron reuniones de discusión de la utilización de los criterios, su forma de aplicación, visionado de entrevistas y prácticas de *rol-playing*.

Sujetos

La muestra estaba compuesta por 156 pacientes ambulatorios, derivados de otros servicios clínicos con orientación diagnóstica de TLP, para su inclusión en un protocolo de tratamiento del trastorno²⁵. Los sujetos incluidos en el estudio debían tener edades comprendidas entre los 18 y 45 años y no debían presentar diagnóstico actual de síndrome orgánico cerebral, esquizofrenia, psicosis inducida por drogas, dependencia del alcohol u otros tóxicos, trastorno bipolar, retraso mental y episodio depresivo mayor. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Material

*Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)*¹⁵: es una entrevista semiestructurada compuesta por 125 ítems, de los que se derivan 22 frases resumen que pueden tomar tres valores (0: no; 1: probable; 2: sí). Las frases resumen a su vez dan lugar a las 4 puntuaciones de área: cognitiva, afectos, patrones de acción impulsivos y relaciones interpersonales. Las puntuaciones de área determinan la puntuación global en una escala que oscila entre 0 y 10, siendo las puntuaciones iguales o superiores a 8 compatibles con el diagnóstico de TLP.

Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II): es una entrevista semiestructurada diagnóstica de los trastornos del Eje II. Está compuesta por series de preguntas relacionadas con los 11 posibles trastornos de la personalidad descritos por el DSM-III-R. Las puntuaciones son: 1: criterio ausente; 2: presencia del criterio dudosa; 3: criterio presente, y ?: información inadecuada. La SCID-II se ha utilizado como patrón oro por su amplia aceptación en el estudio de la personalidad y por disponer de una validación previa en población española²⁶.

Procedimiento

Durante la entrevista se realizaba la historia clínica y se recogían las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil y situación laboral). Posteriormente se administraban las entrevistas SCID-II y DIB-R. La duración aproximada de la evaluación completa oscilaba entre 2 y 3 h.

Para establecer la fiabilidad entre evaluadores del instrumento dos psicólogos valoraron conjuntamente a 25 pacientes. Mientras uno realizaba la entrevista, el segundo evaluaba independientemente sin participar directamen-

te en la misma. Los restantes sujetos fueron entrevistados por un solo evaluador.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.0. La estimación de la homogeneidad o consistencia interna de la entrevista se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

La validez de criterio (índice kappa), la sensibilidad y la especificidad se establecieron comparando las entrevistas DIB-R y SCID-II. La selección del punto de corte se determinó mediante las curvas operativas de rendimiento (curvas COR). Finalmente, la fiabilidad entre evaluadores se analizó utilizando el coeficiente de correlación intraclass (CCI).

RESULTADOS

Un total de 156 sujetos con orientación diagnóstica de TLP fueron evaluados entre enero de 2000 y enero de 2004. Se trata de una muestra constituida por 29 hombres y 127 mujeres con una edad media de 28,1 años (desviación estándar [DE]: 6,33; rango: 19-40) y 27,5 años (DE: 6,56; rango: 18-45), respectivamente. En la tabla 2 aparecen el resto de las variables sociodemográficas.

La figura 1 muestra la comorbilidad en el Eje II de los pacientes con diagnóstico de TLP. De acuerdo con la SCID-II, los trastornos de personalidad más frecuentes en los pacientes diagnosticados de TLP son el trastorno depresivo, el trastorno paranoide, el trastorno pasivo-agresivo y el trastorno obsesivo-compulsivo. El número de diagnósticos comórbidos en la muestra de sujetos diagnosticados de TLP según la SCID-II aparece en la figura 2. Un tercio de la muestra presenta únicamente el diagnóstico de TLP, aproximadamente otro tercio un diagnóstico

TABLA 2. Variables sociodemográficas

	Porcentaje (%)
Sexo	
Hombres	18,6
Mujeres	81,4
Estado civil	
Pareja estable	25,3
Soltero	56
Separado-divorciado	18,7
Estudios	
Primarios	25
Secundarios	45,2
Universitarios	29,9
Laboral	
Trabaja	62,8
No trabaja	37,2

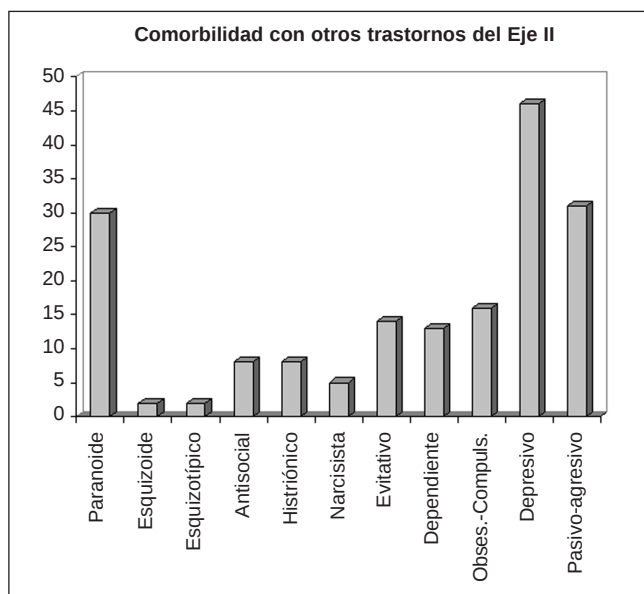


Figura 1. Número de pacientes con TLP según la entrevista SCID-II con comorbilidad con otros trastornos del Eje II.

adicional al de TLP y otro tercio dos o más diagnósticos añadidos.

Validez

La DIB-R mostró una buena consistencia interna global, con una alfa de Cronbach de 0,89. En la tabla 3 aparecen las alfas de Cronbach obtenidas en cada una de las cuatro áreas de la entrevista. Los valores obtenidos indican una adecuada homogeneidad entre los ítems de la entrevista para cada área.

Utilizando un análisis de regresión logística evaluamos la concordancia diagnóstica entre la SCID-II y la DIB-R, así co-

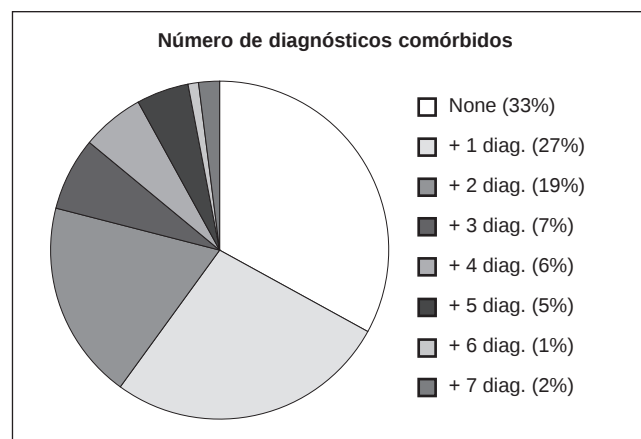


Figura 2. Número de diagnósticos comórbidos de Eje II en pacientes diagnosticados de TLP según la SCID-II.

TABLA 3. Consistencia interna de la DIB-R

Áreas	Alfa de Cronbach
Afectiva	0,74
Cognitiva	0,77
Conductas impulsivas	0,73
Relaciones interpersonales	0,74
Global	0,89

mo los puntos de corte para establecer una discriminación óptima entre los sujetos con TLP y los que no tienen este trastorno. En la figura 3 aparece la curva COR; la DIB-R mostró un buen funcionamiento global con una área bajo la curva de 0,91 ($p < 0,000$). Según nuestros resultados, el punto de corte óptimo estaría próximo a 6, ya que muestra una elevada sensibilidad (0,81) y una mayor especificidad (0,94) con una exactitud de 0,82. Con este punto de corte como criterio diagnóstico, la DIB-R obtiene una convergencia diagnóstica moderada con la SCID-II (kappa de 0,59).

Fiabilidad

El CCI obtenido en la puntuación global de la entrevista DIB-R fue de 0,94, indicando una alta fiabilidad entre evaluadores.

CONCLUSIONES

El TLP es el trastorno de personalidad más estudiado en la actualidad; sin embargo, no existen versiones españolas de entrevistas semiestructuradas específicas. La

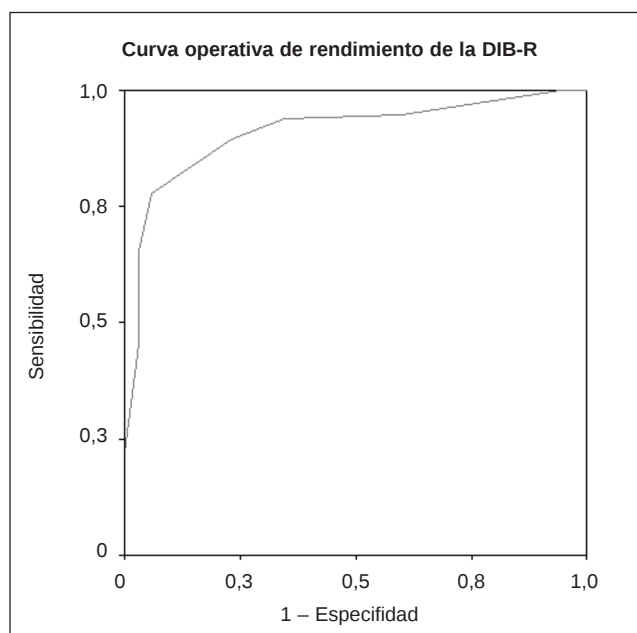


Figura 2. Análisis de regresión logística. Área bajo la curva de 0,91 ($p < 0,000$).

ausencia de herramientas psicométricas adecuadas en la investigación y la práctica clínica en los países de habla española hace que se sigan utilizando entrevistas semiestructuradas generales para los trastornos de la personalidad como la SCID-II.

El presente estudio ha permitido obtener la versión española de la DIB-R. Los resultados obtenidos muestran una alta equivalencia con los valores del instrumento original. Los índices de validez (de criterio, consistencia interna, sensibilidad y especificidad) y de fiabilidad (CCI) son comparables con los obtenidos en otros trabajos de validación del instrumento original¹⁵⁻¹⁸.

La validación al español de la DIB-R presenta una elevada consistencia interna global ($\alpha=0,89$) y de cada una de las áreas de contenido: afecto ($\alpha=0,74$), cognición ($\alpha=0,77$), patrón de conductas impulsivas ($\alpha=0,73$) y relaciones interpersonales ($\alpha=0,74$). Esto indica una notable homogeneidad e interdependencia entre los ítems de cada subescala, así como con la entrevista de forma global.

Al comparar los diagnósticos obtenidos con la DIB-R y la SCID-II observamos que existe sólo un moderado solapamiento diagnóstico. Una posible explicación sería que ambas entrevistas parten de diferentes concepciones del trastorno. Por una parte, la DIB fue creada a partir de la visión propia de Gunderson a finales de la década de 1970. A pesar de que Gunderson también influyó en la clasificación DSM, en la que se basa la SCID-II, existen diferencias entre ambos modelos. Una segunda explicación, que a nuestro parecer resulta más probable, estaría en relación con las diferencias de sensibilidad y especificidad halladas entre ambas entrevistas. Nuestros datos señalan que obtener un diagnóstico de TLP con la DIB-R es más «exigente» y requiere una mayor severidad de la sintomatología que en el caso de la SCID-II¹⁸. Esto es congruente con el reducido número de falsos positivos y el notable número de falsos negativos que existen entre las dos. La DIB original ya mostraba una mayor especificidad (0,90) que sensibilidad (0,70) respecto a los criterios DSM-III¹². En este mismo sentido, las entrevistas generales de personalidad como la SCID-II, basadas en criterios DSM, a pesar de ser ampliamente utilizadas muestran signos de poca validez al compararse con criterios clínicos más rigurosos, y tienden a ser más sensibles que específicas en el caso del TLP²⁷. Mantener una elevada especificidad en un trastorno tan heterogéneo como el TLP resulta necesario en la investigación clínica.

El punto de corte diagnóstico original de 8 se muestra muy específico, pero poco sensible. Con puntos de corte inferiores se aumenta progresivamente la sensibilidad de la DIB-R (de 0,46 con 8 hasta 0,81 con 6) sin perder apenas especificidad (de 0,96 con 8 hasta 0,94 con 6). A partir de puntos de corte inferiores, la especificidad disminuye de forma más marcada. Puntos de corte inferiores a 8 ya han sido utilizados en otros trabajos donde se establecía el diagnóstico de TLP mediante la DIB-R (28). Según nuestros resultados el punto de corte óptimo para la utilización de esta validación de la DIB-R es de 6.

En cuanto a la fiabilidad del instrumento entre evaluadores se obtuvo una CCI de 0,94, valor que señala una

elevada concordancia entre las puntuaciones de ambos entrevistadores. Cabe señalar que el método utilizado en este trabajo, entrevistas conjuntas, tiende a aumentar el acuerdo entre evaluadores. Cuando las entrevistas se realizan por separado o por investigadores independientes se suele obtener una menor concordancia^{6,29}.

Todo ello sugiere que la versión adaptada a nuestro medio de la DIB-R es equivalente a la original y puede ser válida para su uso en investigación clínica y epidemiología.

Limitaciones

Para poder establecer una completa equivalencia entre nuestra validación y la DIB-R original será necesario analizar otros parámetros psicométricos que el presente trabajo no ha contemplado. No se ha establecido la validez discriminante comparándose con muestras de pacientes con otros trastornos de personalidad y con sujetos controles. La capacidad para discriminar con otros trastornos fue uno de los motivos fundamentales para la revisión de la entrevista DIB original, por lo que este parámetro deberá establecerse en un futuro. Tampoco se han presentado resultados de la fiabilidad del diagnóstico en el tiempo; se deberá determinar la fiabilidad test-retest en el futuro. Al ser una entrevista de personalidad que explora los últimos 2 años de la vida del paciente se debe establecer un período de tiempo suficiente para la segunda evaluación.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio es subvencionado por el Fondo de Investigación Sanitaria con número de Referencia 03/434.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarkin JE, Marziali E, Munroe-Blum H. Borderline personality disorder: clinical and empirical perspectives. New York: Guilford Press, 1992.
2. Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1570-4.
3. Arntz A, Dietzel R, Dressen L. Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behav Res Ther* 1999;37:97-134.
4. Kullgren G. An empirical comparison of three different borderline concepts. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:246-55.
5. Westen D. Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *Am J Psychiatry* 1997;154:895-903.
6. Clark LA, Harrison J. Assessment Instruments. En: Livesley WJ, editor. *Handbook of personality disorders. Theory, research and treatment*. New York: The Guilford Press, 2001; p. 277-306.
7. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981;138:896-903.
8. Cornell DG, Silk KR, Ludolph PS, Lohr NE. Test-retest reliability of the diagnostic interview for borderlines. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1307-10.

9. McGlashan TH. The borderline syndrome, II: is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1311-8.
10. Frances A, Clarkin JE, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1984;141:1080-4.
11. Nelson HF, Tennen H, Tasman A, Borton M, Kubeck M, Stone M. Comparison of three systems for diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985;142:855-8.
12. Loranger AW, Oldham JM, Russakoff LM, Susman V. Structured interviews and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:565-8.
13. Kolb J, Gunderson JG. Diagnosing borderline patients with a semi-structured interview. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:37-41.
14. Soloff PH, Ulrich RE. Diagnostic interview for borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:686-92.
15. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders. *J Pers Dis* 1989;3:10-8.
16. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. Discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147:161-7.
17. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo E, Sickel AM, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155:1733-9.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised Diagnostic Interview for borderlines. *J Pers Dis* 2002;16:270-6.
19. Reekun R, Links PS, Mitton MJ, Federov C, Patrick J. Impulsivity, defensive functioning, and borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1996;41:81-4.
20. Ikuta N, Zannarini MC, Minakawa K, Miyake Y, Moriya N, Nishizo Maher A. Comparison of American and Japanese outpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1994;35:382-5.
21. Silva H, Jerez S, Paredes A, Salvo J, Renteria P, Ramírez A, et al. Fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *Actas Luso Esp Neurol, Psiquiatr Cienc Afines* 1997; 25:391-5.
22. Brislin R. The wording and translation of research instruments. En: Lonner WJ, Berry W, editors. *Field methods in cross cultural research*. Beverly Hills: Sage publications, 1986; p. 137-64.
23. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Pérez V, Pascual JC, Puigdemont D. Validación de la Diagnostic Interview for Borderlines. Resultados preliminares. Póster IV Congreso de Trastornos de la Personalidad. Bilbao, 2002.
24. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Pérez V, Pascual JC, Puigdemont D. Validation of the Diagnostic Interview for Borderlines. Preliminary results. Póster ISSP International Congress of Personality. Florence, 2003.
25. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Álvarez E, et al. A double-blind, placebo-controlled study of borderline personality disorder: olanzapine plus dialectical behavior therapy [In press].
26. Gómez Beneyto M, Villar M, Renovell M, Pérez F, Hernández M, Leal C, et al. The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *J Pers Dis* 1994;8:104-10.
27. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey AB, Glutting BA. The Face validity of the DSM-III and DSM-III-R criteria sets for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991;148:870-4.
28. Hudziak JJ, Boffrli TJ, Kriesman JJ, Battaglia MM, Stranger C, Guze SB. Clinical study of relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153: 1598-606.
29. Kaye AL, Shea TM. Personality disorders, personality traits, and defense mechanisms. En: Rush AJ, Pincus HA, First MB, editores. *Handbook of psychiatric measures*. Washington: American Psychiatric Press, 2000; p. 713-49.