



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

“Aportaciones del Modelo Dimensional del DSM-5 y
del inventario PID-5, al diagnóstico y tratamiento del
Trastorno Límite de la Personalidad. Aplicación en
un Hospital de Día.”

Autor:

D. Juan Francisco Torres Soto

Directores:

Dr. D. Francisco J. Moya y Faz

Dr. D. César Augusto Giner Alegría

Dra. D^a M. Angustias Oliveras Valenzuela

Murcia, septiembre de 2018



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

“Aportaciones del Modelo Dimensional del DSM-5 y
del inventario PID-5, al diagnóstico y tratamiento del
Trastorno Límite de la Personalidad. Aplicación en
un Hospital de Día.”

Autor:

D. Juan Francisco Torres Soto

Directores:

Dr. D. Francisco J. Moya y Faz

Dr. D. César Augusto Giner Alegría

Dra. D^a M. Angustias Oliveras Valenzuela

Murcia, septiembre de 2018



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS
PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Francisco J. Moya y Faz, el Dr. D. Cesar Augusto Giner Alegría y la Dra. D^a M. Angustias Oliveras Valenzuela, como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Aportaciones del Modelo Dimensional del DSM-5 y del inventario PID-5, al diagnóstico y tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Aplicación en un Hospital de Día.” realizada por D. Juan Francisco Torres Soto, en el Departamento de Ciencias de la Salud, Línea de Psicología Clínica, Social y de la Salud, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firman, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 20 de septiembre de 2018.

Fdo.: Dr. Cesar Augusto
Giner Alegría

Fdo.: Dr. Francisco J.
Moya y Faz

Fdo.: Dra. M. Angustias
Oliveras Valenzuela

RESUMEN

Los Trastornos de Personalidad han sido fuente de teorización e investigación desde la antigua Grecia. Pero en la actualidad, debido a la alta prevalencia de estos trastornos, a la concurrencia con otras patologías y a los problemas psicosociales que conllevan, han ido suscitando cada vez mayor interés en salud mental. Y esto especialmente para el caso del Trastorno Límite de la Personalidad, ya que cursa con síntomas graves como autolesiones e intentos de suicidio, afecta a múltiples áreas del funcionamiento de la personalidad y supone una sobrefrecuentación en urgencias y en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, con el coste socio-sanitario que ello implica.

De estos factores se deriva la relevancia de tener en cuenta la evaluación de estos trastornos en la práctica clínica cotidiana. Pero sobretodo, se deriva la necesidad de contar con modelos diagnósticos fiables y válidos, que nos permitan realizar un correcto diagnóstico. Esto será indispensable no sólo para poder ofrecer un tratamiento adecuado, sino también para poder planificar la red de servicios públicos en salud mental destinados a esta población.

A lo largo de la historia la psicología y la psiquiatría han ido planteando diferentes modelos diagnósticos, clasificaciones y descripciones de los distintos trastornos de personalidad. Las clasificaciones diagnósticas que actualmente se utilizan, son la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, OMS, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación American de Psiquiatría (DSM-5, APA, 2014). Sin embargo ambas se basan en un Modelo Categorical de clasificación que a día de hoy no se sustenta con apoyos empíricos. Una alternativa a este modelo, es el Modelo Dimensional de clasificación, que aporta una perspectiva más comprehensiva y flexible de los Trastornos de Personalidad y que ha sido incluido en la última versión del DSM como un modelo a poner a prueba.

El *primer objetivo* de la presente investigación, pretende mostrar la *utilidad de incorporar este Modelo Dimensional* en el diagnóstico y orientación terapéutica de

los trastornos de personalidad en la práctica clínica, como complemento y/o como alternativa del paradigma clásico categorial.

Para hacer esto, primero haremos un recorrido del concepto de Personalidad y de los modelos más relevantes en Psicología de la Personalidad, contextualizando el Modelo Dimensional. A continuación veremos el concepto de Trastorno de Personalidad y los trastornos específicos contemplados tanto en el DSM-5 de la APA en la Sección II, como en la CIE-10 de la OMS, desde un Modelo Categorial. En este punto presentaremos algunas ventajas y desventajas de este modelo en su aplicación a la práctica clínica. Después expondremos el Modelo Dimensional (Mixto o híbrido), que incorpora el DSM-5 en su apartado III, para el diagnóstico de estos trastornos, así como las ventajas de incorporarlo en el proceso de intervención.

Ahora bien, de cara a la evaluación de estos trastornos, junto la fiabilidad en el diagnóstico, es necesario seleccionar los instrumentos adecuados. Estos deben: ser coherentes con el modelo utilizado, haber mostrado buenas propiedades de validez y fiabilidad en nuestro contexto, proporcionar orientación sobre las áreas específicas que requieren intervención y ser sensibles para evaluar los resultados del tratamiento.

Por ello el *segundo objetivo* de nuestra investigación ha consistido en comprobar la *utilidad del PID-5* para Adultos (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2014), para describir perfiles de personalidad en diferentes trastornos, orientar en el diagnóstico, detectar las principales necesidades terapéuticas y evaluar los resultados terapéuticos. Con este objetivo, tras revisar los principales instrumentos de evaluación desde las perspectivas categorial y dimensional, describimos las propiedades del instrumento que el DSM-5 propone para evaluar los rasgos desde un Modelo Dimensional-Híbrido.

Dado que la propuesta es demostrar la utilidad del modelo y del instrumento, el *tercer objetivo* relacionado con los anteriores, *ha consistido en comprobar el resultado de aplicarlos a un programa de intervención dirigido a Trastornos de Personalidad* de los Clústers B y C, en régimen de Hospital de Día, que se ha implantado en la red asistencial sanitaria pública, en San Juan de Alicante.

Antes de exponer el programa de tratamiento llevado a cabo en este recurso, realizaremos una revisión de los tratamientos basados en la evidencia y

las recomendaciones de las guías clínicas para los Trastornos de Personalidad, especialmente para el Trastorno Límite. Desde esta revisión planteamos las dificultades encontradas para su aplicación en un Hospital de Día de nuestro contexto socio-sanitario y cuáles podrían ser los componentes terapéuticos óptimos. Después haremos una breve exposición del programa, cómo queda plasmado el modelo dimensional, cómo se ha aplicado el PID-5 y cómo hemos intentado superar las dificultades señaladas sobre el tratamiento. Entre otras peculiaridades, la orientación Cognitivo-Conductual nos permite incluir programas específicos como el STEPPS y la Terapia Icónica, esto marca una diferencia respecto otros programas similares en régimen de hospital de día.

Finalmente, como demostrará la muestra estudiada, en la población atendida además del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), tenemos un alto porcentaje de casos diagnosticados como Trastorno de Personalidad Mixto o Trastorno de Personalidad No especificado. Así el *cuarto objetivo* que planteamos es, *con esta muestra*, además de comprobar la utilidad del Modelo Dimensional y del PID-5, analizar los *resultados del programa* en términos de eficacia, eficiencia, efectividad y satisfacción. No solo para el TLP, sino también para personas con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Mixto o No Especificado, ya que éste es un amplio grupo para el que no contamos con pautas establecidas de evaluación, ni guías de tratamientos basados en la evidencia.

Palabras Clave: Dimensional, DSM-5, Hospital-de-Día, PID-5, Trastorno-
Personalidad.

ABSTRACT

Personality Disorders have been a source of theorisation and research since ancient Greece. However, in present day, they have generated increasing interest in mental health. This is due to a high prevalence of these disorders, concurrence with other pathologies and the psychosocial problems that they entail. This is particularly true in the case of Borderline Personality Disorder, since it has severe symptoms such as self-harm and suicide, affects multiple areas of personality functioning and implies an excess in visits to the Emergency Department and Psychiatric Hospitalization Units. It also implies a socio-sanitary cost.

The importance of taking into account the assessment of these disorders in everyday practice derives from these factors. However, above all it derives from the need for reliable and valid diagnostic models that allow for a correct diagnosis to be made. This is invaluable, not only in order to be able to provide adequate treatment, but also in being able to design a network of public mental healthcare services intended for this population.

Throughout history, psychology and psychiatry, have put forward different diagnostic models, classifications and descriptions of various personality disorders. The currently most used diagnostic classifications in today's society include the International Classification of Diseases, the World Health Organization's (ICD-10, OMS, 1992) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association's (DSM-5, APA, 2014). However, both are based on a Categorical Classification Model that in present day is not underpinned by empirical support. An alternative to this model is the Dimensional Classification Model, which provides a more comprehensive and flexible perspective on Personality Disorders and which has been included in the latest version of the DSM as a model to be tested.

As a first objective, this piece of research intends to show the usefulness of incorporating the Dimensional Model into the diagnosis and therapeutic orientation of personality disorders in clinical practice. It can be used as a complement and / or as an alternative to the Classical Categorical paradigm.

In order to do this, the most relevant concepts and models in Personality Psychology will be presented, contextualizing the Dimensional Model. This will be followed by a look into the concept of Personality Disorder and the specific disorders contemplated both in the DSM-5 (APA, Section II) and in the classification of the ICD-10 (WHO). Both of these are based on a Categorical Model. At this point, some advantages and disadvantages of the model in its application to clinical practice will be presented. Finally, the Dimensional Model (Mixed or hybrid) incorporated into the DSM5, section III, for the diagnosis of these disorders, and the advantages of incorporating it into the intervention process, will be considered.

That said, along with the reliability of the diagnostic models and in the face of the assessment of these disorders, suitable instruments need to be selected, which are coherent with the model used and that have shown positive properties of validity and reliability within this context. However, it would also be beneficial for them to be able to provide guidance on the specific areas requiring intervention and must be adequate enough to assess the results of the treatment.

Thus, *the second objective* of this piece of research is to *verify the usefulness of the PID-5 for Adults* (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2014), in describing personality profiles in different disorders, in guiding a diagnosis, in detecting the main therapeutic needs and in assessing the results. With this objective, after reviewing the main assessment instruments from the categorical and dimensional perspectives, we will describe the properties of the instrument proposed by the DSM-5 to evaluate the features from the dimensional-hybrid model.

Since the proposal is to demonstrate the usefulness of the model and of the instrument, *the third objective* developed in this thesis related to the previous ones, was to evaluate *the results obtained by applying the model and the instrument in the day hospital*, in an intervention program aimed at Personality Disorders Clusters B and C. This program was implemented in the public healthcare-network in San Juan, Alicante.

Before presenting the treatment program carried out in this centre, a review of the treatments based on evidence and recommendations of the clinical guidelines for Personality Disorders, especially for Borderline Personality

Disorder was carried out. From this review, the difficulties encountered in its application in a Day Hospital compatible with the studies' specific socio-sanitary context will be established and the optimal therapeutic components will be considered. Afterwards, a brief presentation of the program will be carried out, with the objective of describing how the dimensional model is shaped, how the PID-5 was applied and how the indicated difficulties of the treatment attempted to be overcome. Among other peculiarities of the program, the Cognitive-Behavioral orientation allowed for the inclusion of specific programs such as STEPPS and Iconic Therapy, differing from other similar programs in the Day Hospital.

Finally, as the studied sample will demonstrate, in the population other than those with Borderline Personality Disorder (BPD), there is a high percentage of cases diagnosed with Mixed Personality Disorder or Personality Disorder Not Otherwise Specified. Thus, the *fourth objective* that we propose is *with this sample*, in addition to verifying the usefulness of the Dimensional Model and the PID-5, analyze the *results of the program* in terms of effectiveness, efficiency, effectiveness and satisfaction. This is the case not solely for BPD, but also for people diagnosed with Mixed Personality Disorder or Personality Disorder Not Otherwise Specified, since this is a large group for which there are no guidelines for its assessment or evidence-based treatments.

Keywords: Day-Hospital, Dimensional, DSM-5, PID-5, Personality-Disorder.

AGRADECIMIENTOS

Para comenzar, agradecer a la Universidad Católica San Antonio de Murcia, la oportunidad de formarme en su Programa Doctorado en Ciencias de la Salud, Área de Psicología Clínica, Social y de la Salud.

También a mis directores de tesis, los prestigiosos doctores Dr. D. Francisco J. Moya y Faz, Dr. D. César Augusto Giner Alegría y Dra. D^a M. Angustias Oliveras Valenzuela, y a mi tutor el Dr. D. Alejandro Galindo Tovar. Para vosotros mi más sincero agradecimiento por vuestra orientación, el tiempo dedicado y el apoyo brindado. Me enorgullece que me hayáis acompañado y guiado en este camino.

A mi equipo de Hospital de Día Pedro, Luisa y María. Gracias por vuestra colaboración en este proyecto, por vuestra entrega en el trabajo, por conseguir que nuestra vocación se traduzca en bienestar para muchas personas. A Vicente y Enrique, por vuestra imprescindible ayuda cuando la he necesitado. A Sergio que me ha sabido enseñar y ayudar en la metodología de esta tesis.

A mis profesores, a los profesionales y equipos con los que he tenido la suerte de trabajar, que a lo largo de estos años tanto me habéis aportado. A esas personas que por distintos motivos se han puesto en mis manos y se han dejado guiar, por enseñarme cada día cosas nuevas.

Agradecer a mi familia por creer siempre en mí, los que están aquí y los que están en mi corazón. A mis padres que me dieron todo lo que soy. A Felipe, por tu ayuda, comprensión y paciencia. Y también a los amigos, que llegasteis a mi vida para compartir cada momento importante.

Gracias a todos, porque sin vosotros esta tesis no habría sido posible.

“El amor constituye la única manera de aprehender a otro ser humano en lo más profundo de su personalidad. Nadie puede ser totalmente conocedor de la esencia de otro ser humano si no le ama. Por el acto espiritual del amor se es capaz de ver los trazos y rasgos esenciales en la persona amada; y lo que es más, ver también sus potencias: lo que todavía no se ha revelado, lo que ha de mostrarse.”

VIKTOR FRANKL.

ÍNDICE

SIGLAS Y ABREVIATURAS	23
INDICE DE FIGURAS.....	25
INDICE DE TABLAS.....	27
I- INTRODUCCIÓN	29
1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS	31
2. PERSONALIDAD. CONCEPTOS Y MODELOS.....	35
2.1. Concepto de Personalidad.....	35
2.2. Psicología de la Personalidad. Teorías y Modelos.	38
2.3. El Modelo de Rasgos o Dimensional.....	41
3. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	49
3.1. Antecedentes.	49
3.2. Los Trastornos de Personalidad en el DSM-5. el Modelo Categorial. 52	
3.3. Diagnóstico dimensional DSM-5 de los Trastornos de Personalidad.63	
3.4. El Trastorno Límite y el Trastorno No Especificado en el DSM-5	72
3.5. Características de los Trastornos de Personalidad.....	77
4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	83
4.1. Consideraciones para el diseño de evaluación y diagnóstico.	83
4.2. Diseñar el Proceso de Evaluación.....	84
4.3. Procedimientos de evaluación generales.....	85
4.4. Procedimientos de evaluación desde la Perspectiva Categorial.	89

4.5. Evaluación desde el Modelo Dimensional. DSM-5 y PID-5.....	93
5. TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	105
5.1. Tratamientos eficaces para los Trastornos de Personalidad y para el Trastorno de Personalidad No Especificado.....	105
5.2. Revisión de los tratamientos en el Trastorno Límite de Personalidad.	109
5.3. Reflexión sobre las recomendaciones de las guías clínicas y su aplicación a un Hospital de Día.....	117
II- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	131
6. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	133
III- METODOLOGÍA.....	137
7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	139
7.1. Muestra.....	139
7.2. Diseño de evaluación en la investigación.....	139
7.3. Instrumentos y variables.....	140
7.4. Diseño de investigación y análisis estadístico.	149
8. DISEÑO DE INTERVENCIÓN. EL PROGRAMA DE HOSPITAL DE DÍA PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	153
8.1. Salvando las dificultades.	153
8.2. Proceso de Intervención.	154
8.3. Algunos componentes terapéuticos a destacar.....	161
IV- RESULTADOS	169
9. RESULTADOS PRETRATAMIENTO.....	171
9.1. Perfil de la Muestra.....	171
9.2. Perfil de Rasgos en el PID-5.....	175

9.3. Análisis Discriminante con el PID-5.....	180
9.4. El IPDE. Dificultades desde la evaluación categorial.	183
9.5. Datos obtenidos en el BEST.	187
9.6. Perfil en el COPE-28.	191
9.7. Perfil y diferencias en el Test de Regulación de Conducta	193
9.8. Perfil y diferencias en el DERS.....	194
10. RESULTADOS POS TRATAMIENTO.....	197
10.1. Continuidad asistencial y uso de recursos sanitarios.	197
10.2. Resultados en el PID-5.	201
10.3. Resultados en el BEST.	206
10.4. COPE-28, diferencias Pre-Post.	211
10.5. Regulación de Conducta, Pre-Post.	213
10.6. DERS. Pre-Post para el Grupo Total y por diagnósticos.	215
10.7. Calidad Percibida del Programa.....	216
V- DISCUSIÓN	221
11. DISCUSIÓN.....	223
11.1. Sobre los resultados obtenidos en el pre tratamiento.	223
11.2. Sobre los resultados obtenidos post tratamiento.....	232
VI- CONCLUSIONES	245
12. CONCLUSIONES.....	247
VII- REFERENCIAS	255
REFERENCIAS.....	257

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AIAQS: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.

AP: Atención Primaria.

APA: Asociación Americana de Psiquiatría.

CIE-10: Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.

CRIS: Centro de Rehabilitación e Inserción Social.

CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos.

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico, 5ª edición.

HD: Hospital de Día.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

ILT.: Incapacidad Laboral Temporal.

STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual.

TDC: Terapia Dialéctico Conductual.

TLP: Trastorno Límite de Personalidad.

TP-ER: Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos.

TPM: Trastorno de Personalidad Especificado con características Mixtas.

TPNE: Trastorno de Personalidad No Especificado.

TUS: Trastorno por Uso de Sustancias.

UCA: Unidad de Conductas Adictivas.

USMA: Unidad de Salud Mental de Adultos.

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Perfil clínico de la muestra.....	172
Figura 2. Distribución por edades según el diagnóstico	174
Figura 3. Perfil en el PID-5 para TLP y para TPNE/TPM.....	178
Figura 4. Curva COR para facetas y dominios en el PID-5.....	182
Figura 5. Adherencia al Programa de Hospital de Día.	198
Figura 6. Gráfica de resultados PID-5 pre-post para el Grupo Total	203
Figura 7. Cambios en las subescalas del BEST a lo largo del tratamiento ..	208

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Trastornos de Personalidad en el CIE-10	56
Tabla 2. Objetivos Específicos a Corto, Medio y Largo Plazo	157
Tabla 3. Intervención Individual y Grupal	158
Tabla 4. Puntuaciones en las facetas del PID-5, medias y desviaciones típicas	175
Tabla 5. Perfil en el PID-5 por grupos diagnósticos.	177
Tabla 6. Puntuaciones en el PID-5. Diferencias entre diagnósticos, prueba <i>t</i> comparación de medias para grupos independientes	179
Tabla 7. IPDE. Resultados de cada grupo y diferencias entre TLP y TPNE.	183
Tabla 8. Porcentaje de casos que cumplen criterios para las subescalas del IPDE	184
Tabla 9. Correlaciones entre dominios PID-5 y subescalas del IPDE.	186
Tabla 10. Puntuaciones en el BEST para el Grupo Total. Medias y desviaciones típicas en las subescalas e ítems.	187
Tabla 11. Puntuaciones en el BEST. Diferencias entre TLP Y TPNE, prueba <i>t</i> comparación de medias para grupos independientes	189
Tabla 12. Correlación entre dominios del PID-5 y subescalas del BEST	190
Tabla 13. Medias y Desviaciones Típicas en el COPE-28.....	192
Tabla 14. Correlaciones entre dominios del PID-5 y las escalas del COPE-28.	192
Tabla 15. Test de Regulación de Conducta. Puntuaciones del Grupo Total y diferencias entre diagnósticos	194
Tabla 16. DERS. Puntuaciones del Grupo Total y diferencias entre grupos diagnósticos.	194
Tabla 17. Correlaciones dominios PID-5 y subescalas DERS.....	195

Tabla 18. Diferencias en el PID-5 entre los que Finalizan y los que No Finalizan el programa, prueba <i>t</i> comparación de medias.....	199
Tabla 19. Cambios pre-post en el PID-5 para el Grupo Total con la prueba <i>t</i> para muestras emparejadas.....	202
Tabla 20. Diferencias en el PID-5 para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon	204
Tabla 21. Cambios Pre-Post en Subescalas del BEST para el Grupo Total con la prueba <i>t</i> de Student para muestras emparejadas.....	207
Tabla 22. Cambios Pre-Post en los Ítems del BEST para el Grupo Total con la prueba <i>t</i> para muestras emparejadas.....	207
Tabla 23. Diferencias en el BEST para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.	209
Tabla 24. Cambios Pre-Post en el COPE-28 para el Grupo Total con la prueba <i>t</i> de Student para muestras emparejadas.....	211
Tabla 25. Diferencias en el COPE-28 para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.	212
Tabla 26. Cambios Pre-Post en el Test De Regulación De Conducta, para el Grupo Total con la prueba <i>t</i> de Student para muestras emparejadas.....	213
Tabla 27. Diferencias en el Test De Regulación De Conducta por diagnósticos, entre el Pre y Post, Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.....	214
Tabla 28. Cambios Pre-Post en el DERS, para el Grupo Total con la prueba <i>t</i> de Student para muestras emparejadas.....	215
Tabla 29. Diferencias en el DERS para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.	215

I- INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

Los Trastornos de Personalidad han sido fuente de teorización e investigación desde la antigua Grecia, pero en la actualidad han ido suscitando cada vez mayor interés en salud mental. Esto es debido de un lado, a la alta prevalencia de estos trastornos, un 9,1 % según indica el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014). De otro lado, a la comorbilidad con otras patologías dificultando su recuperación y tratamiento. Además, como señalan diversos autores, los Trastornos de Personalidad se han asociado a mayores problemas psicosociales entre otros el divorcio, el desempleo y la discapacidad.

Especial interés ha recibido el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), debido en parte a su alta prevalencia que en atención primaria es de alrededor del 6 %, en los centros de salud mental entre el 10-20 % y entre 18-32% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Algunos estudios señalan que afecta entre el 1 y el 4% de la población general y hasta el 30-60% de las personas que tienen un trastorno de personalidad (American Psychiatric Association, 2014; Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011). Por otra parte es un trastorno que cursa con síntomas graves, como autolesiones e intentos de suicidio, y que afecta a múltiples áreas de funcionamiento, tanto personales como sociales, suponiendo sobrefrecuentación de urgencias y múltiples ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, con el coste socio-sanitario que ello implica.

De ello se deriva la relevancia de tener en cuenta la evaluación de estos trastornos en la práctica cotidiana de salud mental, aunque no siempre sean el motivo principal de la demanda. Así autores relevantes en el campo de personalidad como Tyrer (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015), y Krueger (Krueger & Eaton, 2010), sugieren que un examen completo de la personalidad debe ser una parte obligatoria e integral de la evaluación clínica, el pronóstico y la planificación del tratamiento en salud mental.

Sobre este aspecto, como plantea el DSM-5 (APA, 2014), la “fiabilidad diagnóstica” de los Trastornos de Personalidad toma una especial relevancia. De un lado en el contexto clínico, para orientar adecuadamente tanto el diagnóstico como las recomendaciones terapéuticas oportunas. De otro lado en el contexto de salud pública, para identificar las tasas de prevalencia, morbilidad y mortalidad, con la finalidad de poder planificar una red de servicios públicos de salud mental que respondan adecuadamente a las necesidades de ésta población.

Para orientar este diagnóstico, a lo largo de la historia se han ido planteando diferentes modelos, clasificaciones y descripciones de los distintos trastornos de personalidad. En la sociedad actual para realizar diagnósticos válidos y fiables, se utilizan las dos principales clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, décima revisión -CIE10- (OMS, 1992), y el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, -DSM5-, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014).

Sin embargo ambos sistemas se basan en un Modelo Categorial de clasificación que a día de hoy no se sustenta con apoyos empíricos. Una alternativa a este modelo es el Modelo Dimensional de clasificación, que aporta una perspectiva más comprehensiva y flexible de los Trastornos de Personalidad y que ha sido incluido en la última versión del DSM como un modelo a poner a prueba en investigación (APA, 2014), sugerencia que intentaremos desarrollar en la presente Tesis.

Así en el segundo capítulo de esta introducción haremos un recorrido en el que, para contextualizar el Modelo Dimensional, expondremos los conceptos de personalidad y modelos más relevantes en Psicología de la Personalidad. En el tercer capítulo revisaremos el concepto de Trastorno de Personalidad y los trastornos específicos contemplados en la última revisión del DSM, DSM-5 de la APA en la Sección II, así como la clasificación del CIE-10 de la OMS, ambos basados en un Modelo Categorial. Analizaremos las ventajas y desventajas de este modelo en su aplicación a la práctica clínica. Terminaremos esta parte describiendo el Modelo Dimensional (Mixto o híbrido) que incorpora el DSM-5 en su apartado III, las diferencias que supone respecto al modelo categorial en la conceptualización y diagnóstico de los trastornos de personalidad, así como las ventajas y desventajas de incorporarlo en el proceso diagnóstico.

Ahora bien, junto esta fiabilidad en los modelos diagnósticos, de cara a la evaluación de estos trastornos, necesitamos contar con “instrumentos” adecuados, validados en español, coherentes con el modelo que utilicemos, específicos, que hayan mostrado buenas propiedades de validez y fiabilidad. Pero que también nos permitan obtener una orientación sobre las áreas específicas a intervenir y a ser posible, que sean suficientemente sensibles a los cambios como para evaluar los resultados de nuestra intervención.

Así en un cuarto capítulo de la introducción, revisaremos los principales instrumentos de evaluación en el campo de los Trastornos de Personalidad, los que siguen un modelo categorial y los que siguen un modelo dimensional. Después describiremos las propiedades del instrumento que el DSM-5 propone, el Inventario de personalidad del DSM-5, PID-5 para Adultos (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2014), para evaluar los rasgos desde el modelo dimensional-híbrido. En la segunda parte de la tesis, comprobaremos en nuestra investigación, en qué medida cumple con estos objetivos diagnósticos, descriptivos y evaluativos que pretende.

Si queremos comprobar “la utilidad práctica” tanto del Modelo dimensional como del PID-5, necesitamos realizarlo a través de su aplicación en el Tratamiento de estos trastornos. Para contextualizar el programa de tratamiento que exponaremos, realizaremos en el quinto capítulo de la introducción una revisión crítica de las recomendaciones de las guías clínicas y los tratamientos basados en la evidencia, dirigidos a los Trastornos de Personalidad en general y al Trastorno Límite de Personalidad en concreto.

Como veremos, estas recomendaciones parten del Modelo diagnóstico Categorial, por lo que habitualmente se centran en trastornos específicos como el TLP, dejando de lado un amplio volumen de pacientes que son altamente frecuentes en la práctica clínica, los Trastornos de Personalidad No Especificados o los Trastornos de Personalidad Especificados tipo Mixto. Estos pacientes suelen quedar al margen de las investigaciones, por lo que no tenemos una referencia para su enfoque terapéutico. Aquí observaremos además algunas de las dificultades encontradas para aplicar las recomendaciones en un Hospital de Día de nuestro contexto socio-sanitario, como por ejemplo seguir un tratamiento basado en la evidencia aplicando un modelo terapéutico que no sea compartido por el resto de la red asistencial que atiende a estos pacientes.

Ya en la segunda parte de la Tesis, en nuestro diseño de intervención, expondremos el programa de tratamiento del Hospital de Día de San Juan de Alicante, orientado a Trastornos de Personalidad de los Clústers B y C, con el objetivo de describir cómo queda plasmado el Modelo Dimensional, cómo se ha aplicado el PID-5 y cómo hemos intentado superar las dificultades señaladas sobre el tratamiento. La particularidad de tomar de base terapéutica la orientación Cognitivo-Conductual, nos permite incorporar componentes terapéuticos que diferenciarán el programa respecto otros similares en nuestro contexto, aplicando un modelo compartido por el resto de dispositivos asistenciales.

Finalmente como decíamos, en la población atendida en la práctica clínica y en concreto en este Hospital de Día, un alto porcentaje de casos vienen diagnosticados de Trastorno de Personalidad Mixto (TPM) o Trastorno de Personalidad No especificado (TPNE). Por ello nos resulta especialmente interesante comprobar si el PID-5 desde este Modelo Dimensional, nos permite describir perfiles de rasgos que nos orienten en el diagnóstico y nos ayuden a definir las necesidades terapéuticas de estos pacientes. Analizaremos también si nos resulta útil para evaluar los resultados del tratamiento, partiendo de los rasgos destacados en éstos trastornos.

En la evaluación de estos pacientes recogeremos además otras variables que nos resultan de interés, mediante procedimientos de evaluación complementarios que se expondrán en el apartado de metodología. Esta información nos servirá para conocer mejor a nuestra muestra y para evaluar los resultados obtenidos en términos de eficacia, eficiencia y efectividad. Con los datos obtenidos pretendemos arrojar algunas ideas para la evaluación y la intervención no sólo del TLP, sino también de las personas con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Mixto o No Especificado, este amplio grupo para el que no contamos con orientaciones de evaluación ni tratamientos basados en la evidencia.

2. PERSONALIDAD. CONCEPTOS Y MODELOS.

2.1. CONCEPTO DE PERSONALIDAD.

Para entrar en el área que será el eje central de la presente investigación, los Trastornos de Personalidad (TP), nos gustaría ofrecer antes un concepto claro sobre qué es la Personalidad. La filosofía, la psicología, la sociología y la psiquiatría después, han intentado desentrañar este concepto que, a pesar de estar tan integrado en el lenguaje cotidiano y clínico, dista mucho de disponer de una definición única y compartida (Roca, coord., 2004).

Etimológicamente la expresión “personalidad” es un derivado de “persona”, que tiene sus raíces en el latín y el griego, con términos relacionados con la apariencia, algo externo. Así entre otras expresiones en griego, relacionadas con el teatro, se han propuesto como el antecedente del concepto: “Prósopsis” (que recoge la idea de aspecto exterior, apariencia), “Prósôpon” (máscara que empleaban los actores) o “Perí sôma” (alrededor del cuerpo, en sentido de vestimenta, ropaje). En latín dos expresiones se postulan en el origen de personalidad, “Phersy”, que se refiere a una figura enmascarada y “Per sonare”, que se refiere a la cánula de la máscara a través de la cual salía la voz del actor y la deformaba. De algún modo ya se hablaba en un sentido amplio y figurado de “personas” para referirse a los roles, es decir a “como quién” o “representando a quién” actuaba un determinado actor teatral tras su máscara (Pelechano, 1993).

En el transcurso de los siglos, el concepto paulatinamente se transfirió a otras esferas de la sociedad, más allá del teatro, por lo que además de la diversidad etimológica hay que tener en cuenta los distintos contextos y supuestos bajo los que ha sido utilizado el término (teológico, jurídico, social, filosófico y psicológico). Así el concepto de “persona” se fue transformando gradualmente en uno más general hasta llegar utilizarse en el sentido coloquial actual, es decir, prácticamente como sinónimo de “ser humano”. En el contexto de este desarrollo conceptual, la aparición del adjetivo “personal” facilitó el desarrollo del sustantivo “personalidad”.

Cuando vamos a las definiciones que se han ido haciendo del concepto, el autor más clásico en Psicología de la Personalidad, Gordon Allport, llegó a inventariar más de medio centenar de definiciones en el intento de realizar una clasificación de éstas. Para este autor la personalidad es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio".

En esta clasificación de las definiciones, Allport planteó varias agrupaciones. Las definiciones aditivas serían aquellas definiciones de la personalidad que la ven como la suma de un conjunto de características, un ejemplo de autores en esta línea es Henry Murray. Las definiciones integradoras darían un paso más, al enfatizar el carácter organizado y estructurado de esta adición, un autor en esta línea sería H.J. Eysenck (1947). Las definiciones jerárquicas admiten la estructura integrada de los elementos que conforman la personalidad, pero con preponderancia de unos elementos sobre otros; dentro de estas teorías, tenemos por ejemplo los autores psicoanalíticos. Y las definiciones de ajuste al medio, también parten de una integración de elementos, que para algunos autores, como Walter Mischel, se organizarían según el entorno en el que se encontrara el individuo. McAdams señala que todas las teorías se fijan especialmente en la consistencia y coherencia de la personalidad normal, y ven el organismo individual como un todo estructurado y complejo.

Por señalar algunas de las definiciones más relevantes, desde el acercamiento estructural, H.J. Eysenck (1947), proponía que "la personalidad era la suma total de los patrones de conducta, actuales o potenciales, de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente". Desde una perspectiva más cognitiva, adaptativa e integradora, Mischel (1976), define la personalidad como "los patrones típicos de conducta (incluidos emociones y pensamientos) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de la vida". Staats (1977), afirmaba que la personalidad es el conjunto de repertorios conductuales de una persona, mientras que Pelechano (1995), mantenía que la personalidad es "lo que identifica a una persona a lo largo del ciclo vital".

Una definición más reciente que parece apresar el concepto de personalidad mantenido en los manuales diagnósticos, es la de Larsen & Buss (2005), quienes plantean que "la personalidad es el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que

influyen en sus interacciones y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social” (pág. 4).

En esta definición se utiliza el concepto de “rasgo”, similar a la que ofrece el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014), en su Sección II. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes en el modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. En su Sección III reformula este concepto, desde el Modelo Dimensional-Híbrido, según el cual se describen los rasgos de personalidad como una “tendencia” a sentir, percibir, comportarse y pensar, de manera “relativamente coherente” a lo largo del tiempo y en las situaciones en las que el rasgo se podría manifestar.

Por otra parte, a nivel conceptual tenemos dos términos relacionados con el concepto de personalidad, que han supuesto aumentar la complejidad de estas definiciones. Se trata de dos términos que serían componentes de ésta, el Temperamento y el Carácter. Desde la psicología filosófica, se entendió el temperamento como estructura, algo más “constitutivo”, más constante. Y el carácter como cualidad, algo más “exterior”, cambiante y modificable. Aunque algunos modelos, entre ellos el psicoanálisis, utilizó el término carácter como sinónimo de personalidad en su conjunto, esta diferenciación se ha mantenido a través de distintos autores, siendo Kretschmer (1941), el autor que intenta fijar estos términos y al que siguen la mayor parte de autores actuales (Roca, coord., 2004).

Así el Temperamento, se refiere a las influencias innatas, genéticas y constitucionales que influyen sobre la personalidad. Constituiría la dimensión biológica de la personalidad. Por otra parte el Carácter se refiere a factores psicosociales, aprendidos, que influyen sobre la personalidad. Buena parte del carácter se forma a lo largo de la experiencia y del proceso de socialización, reflejaría la dimensión psicológica de la personalidad (Caballo, coord., 2004).

Como se desprende del concepto de Personalidad y de sus componentes, la estabilidad y el cambio, mostrarse y adaptarse a los ambientes externos e internos, sujeto y entorno en continua interacción, teniendo siempre una relativa continuidad que nos identifica en todo nuestro ciclo vital. Serán todos ellos aspectos clave a la hora de abordar los Trastornos de la Personalidad.

2.2. PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD. TEORÍAS Y MODELOS.

La **Psicología de la Personalidad** es una rama de la Psicología que estudia la personalidad y su variación entre los individuos. El autor más clásico de la disciplina es el psicólogo estadounidense Gordon Allport, que en el año 1936 publicó el libro "La Personalidad". Allport (1937) describió dos formas principales de estudiar la personalidad: la nomotética y la idiográfica. La Psicología nomotética busca leyes generales que puedan aplicarse a muchas personas diferentes. La Psicología idiográfica es un intento de comprender los aspectos únicos de un individuo en particular.

Siguiendo a Allport y a los psicólogos Carver & Scheier (1997), el estudio científico de la personalidad, comprende dos grandes temas: el funcionamiento intrapersonal (intrapésquico) y las diferencias individuales. El funcionamiento intrapersonal hace referencia a la organización psíquica -interna, privada y no observable directamente- que cada persona construye en forma única durante el transcurso de su vida; este campo abarca los grupos de teorías psicoanalíticas (Sigmund Freud, Melanie Klein), y fenomenológicas (Carl Rogers). Las diferencias individuales son el conjunto de características o rasgos que diferencian a una persona de las demás; a esta aproximación le corresponden las teorías de los rasgos (H.J. Eysenck, R. Cattell), y las conductuales (J. Watson, B. F. Skinner, A. Bandura).

Así podemos distinguir la Psicología Diferencial que es la rama científica que busca explicar las diferencias entre individuos de forma cuantitativa, explorando la naturaleza y extensión de las diferencias, las causas, las variables moduladoras y la organización estructural de las mismas. Mientras que la Psicología de la Personalidad se ha interesado más por explicar la naturaleza, origen y efecto de tales diferencias sobre el comportamiento, utilizando entre otras algunas de las estrategias metodológicas de la Psicología Diferencial.

Otra diferenciación dentro de la Psicología de la Personalidad es que se pueden encontrar diferentes aproximaciones para la investigación. El enfoque Clínico implica el estudio sistemático y profundo de los individuos mediante la observación de la persona como un todo (Charcot, Freud, Rogers, Kelly...). El enfoque Correlacional implica el uso de conceptos estadísticos para establecer la

correlación o asociación entre conjuntos de medidas en las que se han encontrado diferencias entre los individuos (Allport, Eysenck, Cattell...). El enfoque Experimental implica la manipulación sistemática de variables para establecer relaciones causales (Wundt, Paulov, Watson, Skinner...).

Realizada esta aclaración terminológica sobre Psicología de la Personalidad y sus enfoques, el estudio de la personalidad tiene una historia amplia en psicología, con diferentes modelos que han intentado explicar la estructura y el funcionamiento de la personalidad. Un criterio para clasificar estos modelos es el peso que otorguen a factores personales, situacionales o a la interacción entre ambos como determinantes de la personalidad. Este criterio da lugar a la clasificación de los modelos en tres tipos: personalista, situacionista e interaccionista. Si bien estos tres modelos no son teorías unificadas, pues dentro de ellas cabe encontrar también importantes diferencias, además podríamos clasificar a muchos de los autores en varias categorías (Polaino-Llorente, Cabanyes & DelPozo, 2003). No obstante utilizaremos este criterio ya que nos ayuda a esquematizar los principales modelos.

Para el **Modelo personalista o internalista**, la acción del individuo está determinada por variables personales propias del individuo. Las características de la situación son secundarias. Dos consecuencias de esta interpretación: 1-El comportamiento del individuo será consistente a través de las distintas situaciones y estable en el tiempo, 2- Si conocemos dichas variables personales en un individuo, podremos predecir su comportamiento.

Si bien en este modelo podemos contemplar varios bloques en función de cómo conciben las variables personales. La metodología empleada suele ser clínica o correlacional.

Aquí encuadramos las Teorías de corte biologicista. Se trata del estudio del nivel biológico en la psicología de la personalidad, que se centra principalmente en identificar el papel de los determinantes genéticos y cómo moldean las personalidades individuales. La visión actual de la relación entre el gen y la personalidad se centra principalmente en la activación y expresión de genes relacionados con la personalidad y forma parte de lo que se conoce como genética conductual. Esta perspectiva plantea que los genes proporcionan numerosas opciones para que se expresen las células que varían; sin embargo, el entorno determina cuáles de estos están activados.

También tenemos Teorías de corte psicológico:

a) *Teorías de estado o procesuales*. Plantean que la conducta viene determinada por estados internos del individuo, configuraciones de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, cuya dinámica explicaría el comportamiento del individuo. Ejemplos de este submodelo serían las Teorías psicoanalíticas (Freud, Jung, Adler), la Psicología humanista (Rogers y Maslow), la Teoría de los Constructos Personales de Kelly o la de los Esquemas Cognitivos de Beck.

b) *Teorías de rasgo o dimensionales*: la conducta del individuo depende de una serie de disposiciones estables de respuesta, los rasgos. Los rasgos son característicos del individuo, estables, explican la consistencia de la conducta individual en situaciones diferentes. Desde este punto de vista, la personalidad está formada por una jerarquía de rasgos estables y consistentes que determinan, explican y, hasta cierto punto, permiten predecir el comportamiento individual, en la medida en que guían la forma en que cada persona piensa e interpreta la realidad (Bausela, 2005). Encontramos diferencias entre submodelos en función del tipo y el número de rasgos que proponen. Algunos autores destacados serían Allport, Eysenck y Cattell. Aquí encuadramos los modelos Dimensionales y en concreto el Modelo de Cinco Factores que desarrollaremos en otro apartado.

Para el **Modelo Situacionista**, el ambiente determina la conducta observable, sometida a las leyes del aprendizaje en su adquisición y modificación. Se explica por sus condiciones antecedentes y consecuentes. Así la estabilidad de las conductas se explica no por variables internas sino por la estabilidad de los ambientes. Por tanto se enfatiza la inconsistencia de la conducta y que los mismos principios son útiles para explicar tanto la conducta normal como la patológica. Se encuadran aquí las teorías conductistas, cuyos representantes principales serían I. Pavlov con el Condicionamiento Clásico y B.F. Skinner con el Condicionamiento Operante.

En el **Modelo Interaccionista**, el comportamiento individual está determinado tanto por características personales como por variables situacionales. Este modelo destaca la importancia de la significación y valoración que el individuo hace del ambiente, por lo que da mucha importancia a los factores cognitivos que participan en esa valoración. Hoy en día es la teoría que más defienden los teóricos.

De estos modelos las teorías cognitivo-sociales de la personalidad dan primacía a la transacción continua o proceso dinámico de interacción entre persona-situación. Los máximos representantes de esta línea serían Bandura, Kelly, Rotter, Mischel y Millon. Podríamos incluir a Cloninger y a Beck. En este modelo se encuadrar el Modelo Dimensional-Híbrido del DSM5 que expondremos en el apartado de trastornos de personalidad.

Bandura es conocido por su modelo sobre el Aprendizaje Social. Abramson, Seligman, Martin y Teasdale (1978), por su Teoría del estilo atribucional y el concepto de locus de control. Walter Mischel (1999), plantea que la importancia relativa de las diferencias individuales o de las situaciones dependerá de: la situación elegida, el tipo de conducta a evaluar, las diferencias individuales de la muestra seleccionada y el propósito de la evaluación. Millon a lo largo del tiempo presenta dos teorías, la teoría del aprendizaje biosocial que parte del concepto de anclaje biológico modelado por el aprendizaje, y una reformulación desde una perspectiva evolucionista, según la cual los trastornos de personalidad son estilos de funcionamiento desadaptativo.

2.3. EL MODELO DE RASGOS O DIMENSIONAL.

Dentro del Modelo Internalista de la Psicología de la Personalidad, las Teorías Estructurales o de Rasgos, intentan apresar la multiplicidad de variables que definen la personalidad en una estructura de elementos aglutinadores, generales y estables en el tiempo, los rasgos (Polaino-Llorente et al., 2003).

Estos rasgos han sido contemplados como variables de naturaleza intrapsíquica que representan tendencias relativamente estables en la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Allport (1974), los define como predisposiciones a responder, de manera igual o similar, a diferentes tipos de estímulos, como formas congruentes y duraderas de reaccionar al ambiente.

Los rasgos se caracterizan por ser “dimensiones continuas de la personalidad”, en ellas es posible establecer las diferencias individuales en función a la cuantificación del grado, diferencias cuantitativas, en que cada persona posee las características (Carver y Scheier, 1997).

Guilford (1959), plantea algunas características destacadas de éstos rasgos. Son escalables, como un continuum dimensional, derivado de las diferencias

individuales, y cada persona se situaría en un punto a lo largo del continuum. Puede ser Unipolar o Bipolar, donde los unipolares van desde un punto cero hasta una determinada puntuación, mientras los bipolares tienen dos polos opuestos pasando por cero. El grado de universalidad, ya que hay rasgos que serían aplicables a un individuo y otros serían universales. Generalidad, en sentido de que unos rasgos pueden encontrarse en todas las conductas de un individuo y otros sólo se encuentran en un número limitado de conductas. Independencia-correlación, ya que los rasgos se definen en relación a otros que configuran la personalidad del individuo, pudiéndose relacionar entre ellos o no.

El modelo de rasgos se ha validado de métodos estadísticos (análisis factorial), para encontrar los factores subyacentes en los rasgos (facetas) derivados de las conductas, cogniciones, modo de relacionarse, impulsividad... Para después intentar aglutinar estos factores en "dimensiones" de orden superior, articulando el conjunto de rasgos y dimensiones sobre los que se estructura la personalidad humana (Buela, Sierra y García, 1997).

La búsqueda de rasgos personales que explicaran las diferencias intra e interindividuales, inicia con F. Galton a finales del s. XIX con el desarrollo de la psicología diferencial. Desde los estudios de Allport durante la primera mitad del siglo XX hasta los modelos de Eysenk y el modelo de cinco factores "five-factor Model" (FFM), se han constituido varios modelos con distintas dimensiones, partiendo de rasgos normales (p.ej. FFM), o anormales (p.ej. Eysenk). Así diferentes autores han encontrado distintas soluciones factoriales, construyendo instrumentos para evaluar estas facetas y dimensiones. Partiendo de la metodología seguida podemos diferenciar dos corrientes, los modelos factoriales biológicos y los modelos factoriales léxicos.

2.3.1. Los Modelos Factoriales Biológicos.

Estos modelos se basan en la influencia ejercida por los factores fisiológicos y constitucionales a la hora de caracterizar los rasgos de la estructura de la personalidad. Realiza inferencias causales de tipo psicobiológico sobre los comportamientos observados. Los representantes más relevantes dentro de estos modelos serían H.J. Eysenck, Zuckerman y Cloninger.

Uno de los antecedentes a comienzos del siglo XX, fue I. Paulov quien basándose en el método experimental y el esquema Estimulo-Organismo-Respuesta, propuso que el sistema nervioso es el responsable del comportamiento así plantea su tipología conectada con propiedades del sistema nervioso central (procesos de excitación e inhibición). Paulov planteó la necesidad de buscar unas bases biológicas para hallar la causa de las diferencias individuales.

Hans J. Eysenck.

El modelo Eysenck está basado en una larga tradición de investigación sobre la personalidad, basándose en autores como Hipócrates y Galeno (teoría de humores o temperamentos), Paulov, Krestchmer y Sheldon (teorías constitucionales), o C.G.Jung. Y también en la tradición más psicométrica, así en autores como Galton, Spearman, Thurstone, Pearson y Cattell, con la utilización de la metodología estadística, el análisis factorial en la psicología y el estudio de las diferencias individuales.

Eysenck plantea una estructura jerárquica de la personalidad, proponiendo tres dimensiones que son el resultado de la agrupación de factores más específicos mediante técnicas estadísticas de análisis multivariado, como el análisis factorial. Así, desarrolla un modelo jerárquico en cuatro niveles, de menor a mayor especificidad. El nivel superior de abstracción está conformado por tres dimensiones o superfactores independientes entre sí con dos polos extremos: Extraversión-Introversión, Neuroticismo-Estabilidad emocional y Psicoticismo-Control de impulsos. La personalidad de cada individuo podría determinarse en función de su puntuación en cada una de estas tres dimensiones.

Eysenck propone que cada uno de estos factores guarda relación con determinadas estructuras cerebrales. Así, el Neuroticismo estaría relacionado con el grado de activación del sistema límbico y la Extraversión guardaría relación con la actividad del sistema reticular activador ascendente (Polaino-Llorente et al., 2003). La dimensión "Psicoticismo" ha sido objeto de un menor número de estudios. Desarrolló y construyó una serie de instrumentos de medida para evaluar la personalidad con base en estas dimensiones, que veremos en evaluación.

Modelo de Zuckerman: Los cinco alternativos.

Zuckerman (1992), conjugando la tradición biofactorial con el planteamiento de la teoría léxico-factorial del Modelo de los cinco grandes de McCrae y Costa, desarrolló un modelo de cinco factores llamado los "Cinco Alternativos" (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993). Su modelo está formado por los siguientes factores: Neuroticismo-Ansiedad, Agresión-Hostilidad, Actividad, Sociabilidad, Búsqueda de sensaciones impulsiva no socializada. Para evaluarlos desarrolló el Cuestionario de Personalidad Zuckerman-Kuhlman (-ZQPQ-, 1993), (Buela, Sierra y García, 1997).

Modelo de Cloninger.

Cloninger (1996), propone un modelo multidimensional de personalidad que puede ser utilizado tanto para evaluar personalidad normal como patológica, con cuatro dimensiones temperamentales y tres del carácter. Retoma estos conceptos de Kretschmer y el interés por buscar sus bases biológicas de Eysenck.

Define el temperamento como "las respuestas emocionales automáticas a los estímulos", determina hábitos y emociones. Es la predisposición con la que nacemos, con un origen genético que condicionará el funcionamiento del sistema límbico, siendo muy estables. Cuenta con cuatro dimensiones: Búsqueda de novedades (actividad dopaminérgica mesolímbica), Evitación del daño (actividad serotoninérgica), Dependencia de la recompensa y Perseverancia.

El carácter tiene más que ver con lo que hacemos con nuestra propia intencionalidad, relacionado con el aprendizaje y la socialización, se compone de valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias sobre sí mismo y el entorno. El hipocampo y el neocórtex son las formaciones que lo regulan. Son poco heredables, se modifican a lo largo de la vida, influyen en las intenciones y actitudes voluntarias y en la efectividad personal y social. Tres dimensiones definen el carácter: la autodirección, la cooperatividad y la autotrascendencia.

La existencia de un trastorno de la personalidad está condicionada por las dimensiones del carácter, y el tipo concreto de trastorno depende del perfil del temperamento. Cloninger intenta integrar posiciones biológicas, psicosociales, psicodinámicas y cognitivo-conductuales. Ha creado varios instrumentos para evaluar la personalidad normal y patológica, el Tridimensional Personality Questionnaire -TPQ- y el Temperament and Character Inventory -TCI-.

2.3.2. Los Modelos Factoriales Léxicos.

Los modelos **factoriales léxicos** recurren al vocabulario y al lenguaje para identificar las principales dimensiones de la personalidad. Sir Francis Galton fue el primer científico en reconocer la Teoría Léxica, la idea de que las diferencias en personalidad más relevantes socialmente están codificadas en el lenguaje mediante un adjetivo que las designe.

En 1936, G. Allport y H. S. Odbert, pusieron esta hipótesis en práctica, llegando a confeccionar una lista definitiva de 4504 adjetivos que describían rasgos observables y relativamente permanentes. Allport fue uno de los primeros teóricos que se acercaron al estudio del comportamiento humano desde la perspectiva del rasgo. Para este autor los rasgos son responsables de la unificación de respuestas a distintos estímulos, lo que da lugar a la consistencia de la conducta. Allport dio mucha importancia a la individualidad de cada persona por lo que, a diferencia de otros autores en esta línea, criticó los métodos estadísticos y privilegió el estudio en profundidad de los casos individuales.

La teoría de la personalidad de Cattell.

Raymond Cattell (1946) elaboró una teoría factorial de la personalidad fundamentada sobre el concepto del rasgo, entendido como una tendencia, relativamente permanente y amplia, a reaccionar de una forma determinada. Cattell entiende el concepto de rasgo desde un punto de vista nomotético, es decir, considerando que existen rasgos comunes a todos los individuos.

Postula la existencia de tres tipos de rasgos en función de su contenido y su grado de consistencia y estabilidad (Kirchner, Torres y Forns, 1998). Los Rasgos Aptitudinales, son las capacidades o habilidades para resolver situaciones complejas. Rasgos Temperamentales, estables, innatos, heredables, definen el modo particular de comportamiento del sujeto. Y Rasgos Dinámicos referidos a la motivación de la conducta, con mayor fluctuación. También realizará una diferenciación entre Rasgos constitucionales (dependientes del organismo) y rasgos ambientales (asociados al ambiente).

A la hora de definir el número y características de los principales rasgos de la personalidad, Cattell recurrió a la metodología estadística del análisis factorial, desde el modelo factorial léxico. Así recogió tres tipos de datos: Datos L (Life),

basados en la observación del comportamiento cotidiano; Datos Q (Questionnaire), extraídos de cuestionarios e informes; y Datos T (tests), pruebas objetivas, situaciones diseñadas expresamente para observar y analizar alguna conducta. A partir de ellos, Cattell llegó a 16 rasgos fuente o factores primarios y ocho factores de segundo orden: Exvia, Ansiedad, Cortertia, Independencia, Discreción, Subjetividad, Inteligencia y Buena educación. Con ellos elaboró el cuestionario Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16 PF (Cattell, 1970-1975). En la quinta edición del cuestionario, 16 PF-5, estos factores de segundo orden se redujeron a cinco: Extraversión, Ansiedad, Autocontrol, Independencia y Dureza.

El modelo de los Cinco Grandes de McCrae y Costa.

Desde este Modelo de rasgos o dimensional, investigaciones independientes, con datos obtenidos desde diferentes instrumentos y distintas muestras de sujetos, obtenían una estructura empírica que se repetía, formada por Cinco Factores cuyo contenido era muy semejante entre investigadores (Sánchez, 1995). Estos cinco factores de orden superior, quedan sustentados en estudios genéticos, neuropsicológicos y de análisis factorial (Esbec y Echeburua, 2015).

Los primeros en proponer estas 5 dimensiones fueron McDougall (1932), y Thurstone (1934). Tupes y Christal (1961), encontraron resultados similares de 5 factores recurrentes utilizando las medidas de rasgos de Cattell. Este trabajo fue replicado por Norman (1963), que los denominó Surgency (Extraversión), Agreeableness (Amabilidad), Conscientiousness (Responsabilidad), Neuroticism (Neuroticismo), Culture (Cultura, Intelecto o Apertura a la Experiencia). Y resultados similares encontró Goldberg (1981). Se trata del Modelo dimensional de los "cinco grandes" (Goldberg, 1990), un modelo que puede englobar las variables que se miden en diversos instrumentos para evaluar la personalidad y que actualmente está considerado como el modelo más aceptado en la descripción de la personalidad humana (Costa y McCrae, 1988).

Costa y McCrae han sido los autores que más han difundido el Modelo de los Cinco Factores (FFM), ellos han realizado y promovido extensas investigaciones. Elaboraron un test específico para medir las dimensiones propuestas, el NEO-PI, versión revisada NEO-PI-R (1992), que evalúa Neuroticismo, Introversión, Amabilidad, Responsabilidad y Apertura. Cada una de las dimensiones propuestas está formada por varios subfactores o facetas.

En la década de los 90 fue ya un modelo ampliamente aceptado y que se consolida a través de investigaciones que determinan su consistencia transcultural y generalización, el grado de heredabilidad de los rasgos, su nivel de estabilidad temporal en estudios longitudinales, siendo buenos predictores de patrones de conducta. Se llega a afirmar que los cinco factores representan las dimensiones universales de la personalidad (Costa & McCrae, 1992a, 2003; McCrae & Terracciano, 2005). Así el modelo ha supuesto en psicología, un marco integrador para los múltiples y diferentes constructos de personalidad en el ámbito de la normalidad, que progresivamente ha ido intentando integrar también los constructos del ámbito de los trastornos de personalidad.

3. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

3.1. ANTECEDENTES.

Una línea distinta en el estudio de la personalidad, ha sido la que se ha centrado en los Trastornos de la Personalidad. En el intento de una conceptualización y clasificación las alteraciones en la personalidad, encontramos una evolución que partirá de la antigua Grecia con los planteamientos humorales, temperamentales y caracterológicos, como los de Hipócrates y Galeno. Posteriormente Wundt fue el primero en establecer un modelo dimensional, no categorial, basándose en los mismos tipos caracteriales propuestos por sus predecesores.

La historia moderna de los trastornos de personalidad se sitúa a principios del siglo XIX, cuando psiquiatras como Pinel, Morel, Pritchard o Maudsley, describieron algunos tipos de personalidad con dificultades de adaptación social que encontraban en la práctica clínica. Se trataría de sujetos afectados de lo que calificaron como “manía sin delirio” (Pinel), “locura de los degenerados” (Morel), “locura moral” (Pritchard), o “temperamento anormal” (Maudsley), en los cuales se daba una perversión de los sentimientos, de los hábitos morales y de los impulsos, sin experimentar ningún defecto de la inteligencia o la capacidad de razonamiento, y sin la presencia de alucinaciones. Estos tipos corresponderían a lo que actualmente conocemos como “personalidades psicopáticas” (Rodríguez, Fontalba y Pena, 2013).

Desde una concepción psicodinámica, Charcot, Janet y Freud, estudiaron la histeria, entidad que antecede al trastorno histriónico de la personalidad. Describieron como “neurosis de carácter” a las organizaciones de la personalidad fijadas a la estructura característica de una fase del desarrollo libidinal (el carácter sadomasoquista o el obsesivo-compulsivo). Así describieron tipos de personalidad específicos basados en la teoría psicoanalítica, primero teniendo en cuenta las fases del desarrollo psicosexual, más tarde apoyándose en las

relaciones objetales y finalmente en la psicología del yo. Wilhem Reich delimitó los individuos histriónicos, compulsivos y pasivo-agresivos.

Kraepelin, hacia 1920, acuñó el término "personalidad psicopática" definía cuatro caracteres en su tratado de Psiquiatría: el criminal, el inestable, el mentiroso patológico y el pseudoquerulante. Junto con Kretschmer defendió que los tipos de personalidad estaban relacionados con la paranoia y la enfermedad maniaco-depresiva desde un punto de vista genético.

Ernst Kretschmer y su discípulo Sheldon, planteaban una continuidad entre las personalidades normales y patológicas (Caballo et al., 2004; Pelechano, 1993). Kretschmer, al estudiar la relación entre los caracteres morfológicos y las propiedades psicológicas, construye una teoría del "carácter", distinguiendo tres tipos básicos de estructura corporal que son los biotipos pícnico, leptosómico y atlético y un cuarto tipo de patrones anómalos al que denominó displásico. Los tipos de estructura corporal se relacionan con los tipos de carácter: el temperamento ciclotímico (pícnico), el esquizotímico (asténico) y el viscoso (atlético). Estas variantes de la personalidad se corresponderían con los actuales trastornos paranoide, esquizotípico o ciclotímico de la personalidad.

Sheldon por su parte describió tres dimensiones físicas a partir de las cuales caracterizar a todas las personas, endomorfismo, ectomorfismo y desomorfismo. Clasificó también los temperamentos según tres dimensiones: viscerotonía (afectivos, sociales), somatotonía (agresivos, arriesgados, competitivos) y cerebrotonía (retraídos, reflexivos). Relacionó estas dimensiones con las caracteriales para obtener varios tipos de personalidad.

Pero de entre todos los autores, la clasificación de las diferentes personalidades psicopáticas de Kurt Schneider ha sido la que más impacto ha tenido. Schneider definió las personalidades anómalas como variantes constitucionales que se ven muy influidas por las experiencias personales. Defendió que los trastornos de personalidad eran consecuencia de una exageración patológica de rasgos normales de personalidad, posición enfrentada a la establecida por Kraepelin. Por tanto, no contempló los trastornos de personalidad como precursores de otros trastornos mentales, sino como entidades coexistentes, no se trata de enfermedades. Lábiles, hipertímicos, inseguros de sí mismos, necesitados de estimación, fanáticos, asténicos, depresivos, lábiles de humor, explosivos, desalmados y abúlicos constituían la tipología de Schneider y,

aunque con modificaciones en las denominaciones, han constituido buena parte del sistema sobre el que se han construido las clasificaciones actuales.

Un autor en la línea de Schneider de la continuidad entre normalidad y patología, sería Theodor Millon. Para Millon los Trastornos de Personalidad no son enfermedades sino estilos de comportamiento, cognición y emoción estructurados, donde unos niveles son más permanentes que otros. Existe en un continuum entre normalidad y alteración, así los trastornos pueden ser evaluados en un continuo y requieren modalidades de tratamiento combinadas y diseñadas de manera secuenciada. El Inventario Multiaxial Clínico -MCMI-III-, se basa en estos principios si bien el MCMI-III sigue la clasificación categorial.

Esta línea centrada en los trastornos y su clasificación, ha dado lugar a la creación de los manuales diagnósticos utilizados actualmente en la clínica para realizar diagnósticos válidos y fiables de los trastornos mentales y entre éstos los trastornos de personalidad. Hablamos de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, OMS, 1992) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría que está ya en su quinta edición (DSM5, APA, 2014). Estas clasificaciones se basan, como decimos, en el modelo clásico de Kurt Schneider, y consideran los trastornos de la personalidad como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí. Al constituir cada trastorno una categoría diagnóstica, se asume que están basados en alteraciones patológicas específicas.

Dado que el DSM-5 es el manual diagnóstico más utilizado en la práctica y en la investigación clínica, partiremos de la clasificación que realiza para describir los principales trastornos de la personalidad. Haremos un recorrido en el que tras exponer el concepto de Trastorno de Personalidad y los trastornos específicos contemplados en la Sección II del DSM-5 de la APA, lo compararemos con la clasificación del CIE-10 de la OMS, ambos basados en un Modelo Categorial de clasificación.

Aunque, los modelos categóricos han facilitado un lenguaje común y han servido para un uso generalizado en investigación, también tiene limitaciones. Así expondremos a continuación algunas ventajas y desventajas del Modelo Categorial clásico en su aplicación a la práctica clínica, para revisar después el Modelo Dimensional (Mixto o híbrido), que incorpora el DSM-5 en su apartado III, así como las ventajas de incorporarlo en el proceso diagnóstico y terapéutico.

3.2. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL DSM-5. EL MODELO CATEGORIAL.

3.2.1. Clasificación de los trastornos mentales en el DSM-5.

Para introducirnos en los Trastornos de Personalidad desde el Manual diagnóstico DSM, es conveniente comenzar por conocer cómo están contemplados los Trastornos Mentales en su última revisión DSM-5 (APA, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría ofrece una clasificación “categorial” de los trastornos mentales. Para cada categoría diagnóstica, ofrece un resumen de los síndromes característicos, con los signos y síntomas que apuntan hacia el trastorno de base. Propone criterios concisos y explícitos asociados a cada trastorno, para facilitar una evaluación más objetiva y un diagnóstico más fiable. El uso de estos criterios facilita un lenguaje común, razón por la que se ha convertido en una referencia habitual para la práctica clínica en salud mental.

Si bien el DSM en las anteriores versiones recogía los diagnósticos desde una perspectiva axial (en 5 ejes diferenciados), en su última revisión, el DSM-5, se decanta por una documentación no axial de los diagnósticos (antes ejes I, II y III), con notaciones separadas para los factores contextuales y psicosociales, antes eje IV, y la discapacidad, antes eje V. Esto sitúa todos los trastornos clínicos en un primer plano respecto a la evaluación y el diagnóstico, aspecto especialmente relevante de cara a los trastornos de personalidad que de algún modo quedaban en un segundo plano desde la perspectiva multiaxial.

En su Sección II recoge los criterios y trastornos oficiales. En la Sección III, recoge entre otros apartados, aquellos trastornos que requieren más estudio para formar parte de la clasificación oficial de los trastornos mentales en el uso clínico. Los “Trastornos de la Personalidad” vienen recogidos en ambas secciones. En la Sección II plantea una actualización del *Modelo Categorial* utilizado en versiones anteriores del DSM. En la Sección III incluye una alternativa al éste enfoque, un modelo de investigación desde la “*perspectiva dimensional*”, adoptando un modelo mixto o híbrido. Se plantea que las dos versiones resulten de utilidad para la clínica y para las iniciativas de investigación.

3.2.2. Los Trastornos de Personalidad desde el Modelo Categorial del DSM-5.

En la Sección II el DSM-5 define los rasgos de personalidad como *patrones persistentes* del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales.

Cuando esos rasgos de personalidad son *inflexibles y desadaptativos*, y causan *deterioro funcional o malestar* subjetivo significativo, constituyen un *trastorno de la personalidad*, definido como un *patrón "permanente"* de experiencia interna y de comportamiento que *se aparta acusadamente* de las expectativas de la cultura del sujeto.

Así en los Trastornos de Personalidad, este patrón se manifiesta en dos o más áreas (criterio A) como la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal y el control de los impulsos. Este patrón se caracteriza porque se trata de un fenómeno *inflexible y generalizado*, *se extiende a amplia* gama de situaciones o contextos (criterio B), que da lugar a un malestar significativo o deterioro de áreas de funcionamiento importantes (criterio C), *estable* en el tiempo y de larga duración, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana (criterio D). Y no se explica mejor como manifestación o consecuencia de otro trastorno mental (criterio E), y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (criterio F).

En esta Sección II desde un *Modelo Categorial*, plantea que los trastornos de la personalidad son *síndromes clínicos cualitativamente distintos*, lo que implica criterios excluyentes de cara al diagnóstico. Dentro de este modelo, para los trastornos de personalidad sigue un sistema de *clasificación politético*, es decir, basan su organización en la existencia de un determinado número de características compartidas por una proporción significativa de los elementos de una categoría. Este sistema permite flexibilidad diagnóstica, la variabilidad intragrupo y no exige signos distintivos o patognomónicos. Al tiempo intenta reflejar un sistema de *clasificación prototípico* en la caracterización genérica de cada trastorno, es decir un prototipo que sirve de referencia y que constituye el conjunto de características más comunes de los miembros.

Así los trastornos se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. Para todos los trastornos se especifica en el Criterio A que el patrón

comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos y se manifiesta por varios de los criterios que se definen.

Los del **grupo A** suelen mostrarse raros o excéntricos. Pertenecen a este grupo los siguientes trastornos:

- Trastorno de la Personalidad Paranoide: muestra un patrón de desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos.
- Trastorno de la Personalidad Esquizoide: muestra un patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales.
- Trastorno de Personalidad Esquizotípica: muestra un patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico.

Los individuos del **grupo B** se caracterizan por ser exageradamente dramáticos, emocionales o erráticos. Este grupo incluye:

- Trastorno de la Personalidad Histriónica: patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención.
- Trastorno de Personalidad Antisocial: patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad.
- Trastorno de la Personalidad Límite: patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.
- Trastorno de Personalidad Narcisista: patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía.

El **grupo C** suelen ser ansiosos o temerosos. Están incluidos los siguientes:

- Trastorno de la Personalidad Evasiva: muestra un patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa

- Trastorno Dependiente de la Personalidad: Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación.
- Trastorno de la Personalidad Obsesivo-compulsiva: patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia.

Incluye la categoría “Otros Trastornos de la Personalidad” y aquí incluye el “Cambio de personalidad debido a otra afección médica”, “Otro Trastorno de Personalidad Especificado” cuando presenta síntomas característicos de un trastorno de personalidad que causan deterioro o malestar, pero no cumple ninguno de los criterios para un trastorno específico, es el caso cuando se presenta rasgos de varios trastornos (ejemplo Personalidad Mixta) o bien presenta un trastorno no incluido en el DSM-5 (ejemplo pasivo-agresivo). Y finalmente “Otro trastorno de personalidad no especificado”.

Desaparecen de esta versión trastornos que en el DSM-IV-TR, quedaban en la categoría de “en estudio” como los trastornos depresivo y pasivo-agresivo.

3.2.3. Similitudes y diferencias entre el DSM5 y el CIE-10.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, (OMS, 2001) presenta una clasificación categorial, con similitudes al DSM-5 pero también algunas diferencias.

Incluye en el apartado “Trastornos Específicos de la Personalidad”, el paranoide, esquizoide, disocial (Antisocial en DSM-5), histriónico, ansioso (con conducta de evitación), por dependencia y anancástico (Obsesivo-compulsivo en DSM-5). Incluye el Trastorno límite dentro de ese apartado de trastornos específicos de la personalidad (F60), pero lo denomina Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad, estableciendo dos subtipos, el tipo límite y el tipo impulsivo.

Dentro de este apartado, separa la categoría “Otros trastornos específicos de la personalidad”, incluyendo el Narcisista (que DSM-5 incluye en el Clúster B) y el trastorno Pasivo-Agresivo. Al igual que el DSM-5 contempla la categoría de Trastornos de la personalidad no especificados.

El trastorno de Personalidad Mixto que el DSM-5 incluye en Otros trastornos de personalidad especificados, la CIE-10 lo incluye en el apartado "Trastornos Mixtos y otros trastornos de la Personalidad". Por otra parte, la CIE10 contempla algunos apartados que no tienen equivalencia en el DSM-5 como la Transformación Persistente de la Personalidad (tras Enfermedad Psiquiátrica, tras experiencia catastrófica, otras y no especificadas).

En relación al trastorno esquizotípico, la CIE 10 lo incluye en el apartado relativo a "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes". Sobre éste trastorno, el DSM-5 introduce un cambio respecto versiones anteriores e incluye el Trastorno de la Personalidad Esquizotípica dentro del espectro de la esquizofrenia, por lo que se menciona en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos", aunque su descripción detallada aparece en el capítulo "Trastornos de la personalidad". Algo similar sucede con el Trastorno Antisocial, descrito en el capítulo de Trastornos de Personalidad, pero incluido también en el capítulo de Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Podemos ver la clasificación del CIE-10 en la Tabla 1.

Tabla 1. *Trastornos de Personalidad en el CIE-10*

<p>Trastornos específicos de la personalidad (F60)</p> <ul style="list-style-type: none"> • T. paranoide de la personalidad. • T. esquizoide de la personalidad. • T. disocial de la personalidad. • T. de inestabilidad emocional de la personalidad: Tipo límite y Tipo impulsivo. • T. histriónico de la personalidad. • T. ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad. • T. de la personalidad por dependencia. • T. anancástico de la personalidad. • Otros trastornos específicos de la personalidad. <ul style="list-style-type: none"> - T. pasivo-agresivo de la personalidad. - T. narcisista de la personalidad. • Trastornos de la personalidad no especificados. 	<p>Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61)</p> <p>Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad mental (F62)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica. • Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica. • Otras transformaciones persistentes de la personalidad. • Transformación persistente de la personalidad no especificada. <p>Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F68).</p> <p>T. de la personalidad y del comportamiento del adulto no especificado (F69).</p>
---	---

3.2.4. Ventajas y desventajas del Modelo Categorical

Ambos sistemas de clasificación (CIE10 y DSM-5), parten de un Modelo Categorical de clasificación de los trastornos basado en una dicotomía entre la normalidad y la patología, donde los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos, lo que implica criterios excluyentes de cara al diagnóstico.

Entre otras **ventajas** de utilizar sistemas categoriales, Pelechano (2000), apunta las siguientes: (a) consistencia entre el procedimiento para hacer el diagnóstico y la práctica clínica, puesto que el diagnóstico y el tratamiento son resultado de un mismo juicio categorial que es “tener o no tener” el trastorno y (b) es más parsimonioso para conceptualizar un trastorno y la posterior transmisión de la información a otros clínicos y/o profesionales médicos.

Si bien este modelo y sistema de clasificación ha sido el tradicionalmente utilizado en la clínica, como señala el propio DSM-5 es útil en algunos contextos de investigación y docentes pero nos encontramos con **limitaciones** que dificultan su aplicación práctica.

➤ Dificultades respecto la fiabilidad y validez del diagnóstico.

Se trata de un modelo que, como señala el mismo DSM-5, no ha sido validado de forma consistente en los Trastornos de Personalidad. Así se ha revelado en diferentes investigaciones (Besteiro et al., 2004; Widiger & Trull, 2007). Como apuntan Gutiérrez y Vilar (2014), las categorías diagnósticas no se basan en la evidencia, sino en la observación no sistemática, las opiniones de expertos, el consenso y la tradición psiquiátrica, pero carecen de base empírica.

Las categorías diagnósticas como el TLP, resultan ser una amalgama de rasgos, donde los constructos son heterogéneos (p.ej. la inestabilidad y la impulsividad), no se relacionan especialmente entre sí y son comunes a otros trastornos. El resultado son frecuentes solapamientos entre criterios y con ello diagnósticos múltiples y baja validez discriminante, que en lugar de facilitar, dificultan el diagnóstico diferencial.

Un factor que influye en estas dificultades con la fiabilidad y validez, está relacionada con que el modelo categorial implica un modelo politético de diagnóstico, donde se pide un número de criterios a cumplir para cada trastorno (la mitad más uno), donde todos los criterios tienen la misma importancia. De éste modo nos podemos encontrar que, con un mismo diagnóstico, se engloban personas que presentan criterios diferentes y por tanto perfiles diferentes dentro del trastorno. El resultado es a nivel diagnóstico la heterogeneidad en una categoría, y a nivel terapéutico nos falta información para saber sobre qué áreas o criterios debemos intervenir.

Además aunque desde este modelo la clasificación produce descripciones claras, nos encontramos que las personas con frecuencia se presentan en la clínica con trastornos de la personalidad concomitantes de diferentes grupos o clústeres (Costelo, 1996; Widiger & Trull, 2007). Todos estos casos quedan en la categoría de “otro trastorno de personalidad especificado (mixto) y no especificado”. Esta categoría es poco descriptiva y aún menos exacta, por lo que se pierde la ventaja diagnóstica (validez y fiabilidad) que el modelo pretende plantear.

Así, como plantea La “*Guía de Práctica Clínica sobre el TLP*” del Fórum de Salud mental y Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut –AIAQS-, Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2011), la taxonomía oficial del DSM no es exhaustiva, abarcando sólo el 40% de los problemas de la personalidad más frecuentes en la clínica.

Sobre este aspecto, diferentes estudios muestran que un modelo dimensional frente al categorial, aumenta esa exhaustividad, fiabilidad y validez en los diagnósticos (Widiger & Trull, 2007).

- Una dificultad relacionada con la anterior de la fiabilidad y validez, es la que se plantea respecto los instrumentos de evaluación de los Trastornos de Personalidad.

Los instrumentos de evaluación que se emplean para establecer el diagnóstico de trastorno de la personalidad incluyen, entre otros procedimientos, cuestionarios y entrevistas estructuradas. Los instrumentos se basan en los manuales diagnósticos y se revisan con las nuevas ediciones

de dichos manuales, diseñados para aumentar la fiabilidad y validez en los diagnósticos categoriales entre profesionales. Es el caso de la Structured Clinical Interview, SCID-II 2.0, basada en el DSM-IV, desarrollada por Spitzer and cols. (1990). Para la CIE-10, la entrevista denominada International Personality Disorder Examination, IPDE (Loranger, Janca & Sartorius, 1997). Ambas se describen en el apartado metodología.

Con estas entrevistas estructuradas se pretendía aumentar el “acuerdo inter jueces” para realizar el diagnóstico, pero en este punto no se han encontrado buenos resultados (Morey, 1988), o bien se encuentra una fiabilidad inter jueces diferente para diferentes trastornos, según los objetivos y población investigada (Maffei et al., 1997). Además, partiendo de este modelo categorial, para los trastornos de personalidad la “estabilidad temporal” debería ser alta, pero no es esto lo que encuentran los trabajos que han investigado este tema.

Revisando las investigaciones tampoco se encuentran buenos resultados cuando se compara la efectividad de los instrumentos para realizar un diagnóstico de trastorno de personalidad en general o uno específico (Perry, 1992). Se encuentran bajos índices de validez concurrente entre instrumentos para detectar un trastorno de personalidad, estos resultados son esperables cuando se comparan por ejemplo los ítems de los cuestionarios de cribado incluidos en las dos entrevistas estructuradas citadas, encontrando baja correspondencia entre los ítems utilizados (en forma y número) para un mismo criterio diagnóstico y para evaluar cada uno de los trastornos. También se ha encontrado en los estudios bajos índices de validez discriminante en diferentes instrumentos (Costelo, 1996).

Así encontramos disparidad a la hora de realizar un diagnóstico como el TPNE, ya que diferentes instrumentos utilizan diferentes criterios. Por ejemplo la Entrevista estructurada para personalidad DSM-IV (SIDP-IV), recomienda el uso de TPNE sólo cuando dos o más trastornos son sólo un criterio menos que el umbral de diagnóstico. El Examen internacional de trastornos de la personalidad (IPDE), requiere la presencia de al menos 10 criterios de diagnóstico de diferentes TP específicos, para poder diagnosticar el TPNE. Mientras la PDI-IV, requiere que el entrevistado cumpla con los criterios diagnósticos generales para un TP (Verheul & Widiger, 2004).

Posiblemente un factor que influye en estas dificultades con la fiabilidad y validez de los instrumentos, esté relacionada con el modelo politético de diagnóstico citado más arriba. Un dato a considerar sobre la evaluación y las entrevistas estructuradas, es que se les ha atribuido parte de la responsabilidad de la proliferación de la comorbilidad psiquiátrica en los últimos años (López-Santín, Molins, & Litvan, 2013), señalando como algunos de los factores que han influido en ello la regla de que un mismo síntoma no puede pertenecer a diagnósticos distintos, la pérdida de vista de la totalidad a través de los criterios, así como la práctica ausencia de reglas jerárquicas en el diagnóstico.

Por otra parte en el trastorno de personalidad, los patrones de experiencia interna y comportamiento se apartan de las expectativas de la cultura y son inflexibles, desadaptativos, generalizados, provocan malestar o deterioro, son estables y de larga duración, y no se explican mejor por otros trastornos. Aunque las entrevistas más utilizadas para el diagnóstico (SCID-II, IPDE), basadas en el DSM y la CIE10, intentan recoger algunos de éstos aspectos, no todos ellos vienen contemplados.

Por último señalar que estas entrevistas se basan en los criterios de versiones anteriores de los manuales diagnósticos, no existiendo en la actualidad una entrevista basada en el DSM-5 traducida al castellano.

- Un problema distinto desde este modelo categorial, es que en los manuales sólo tenemos una “descripción parcial” de la afectación en el funcionamiento de la personalidad en los diferentes trastornos.

Dado que el patrón desadaptativo de personalidad se puede manifestar en dos o más áreas, al describir los criterios para cada trastorno específico, los manuales hacen mayor hincapié en unas áreas que en otras, pero no incluye criterios que abarquen todas las áreas en que el patrón se podría manifestar (cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos). Este aspecto dificulta tener una visión global de cómo se manifiesta cada trastorno en la persona que lo padece.

Por otra parte, al no fijar el nivel de “afectación” en las diferentes áreas, resulta mucho más difícil poder establecer los supuestos límites entre la normalidad y la patología en el funcionamiento de la personalidad, tal como

plantea el modelo. Por otro lado como veíamos con el modelo politético de diagnóstico, se engloban dentro de un mismo diagnóstico personas que presentan criterios diferentes, por tanto problemas y áreas afectadas diferentes.

- La propia definición de estos trastornos supone una visión de cronicidad con poco margen para los cambios.

Plantea la inflexibilidad de los rasgos, su generalización a diferentes contextos y la estabilidad en el tiempo. Pero éste aspecto es controvertido, y estas tres características son fuente de investigación. Las investigaciones longitudinales han mostrado que no se da la estabilidad esperada en los trastornos ni en el recuento de los criterios, siendo un patrón frecuente la mejora de la sintomatología e incluso la remisión (Wright et al., 2015).

La “*Guía de Práctica Clínica sobre el TLP*” (Fórum & AIAQS, 2011), ya señala que existe cierta evidencia de que el diagnóstico para TLP es estable entre el 21 y el 40% de los jóvenes durante un período de 2-3 años, sin embargo, otros estudios muestran las posibilidades de recuperación del trastorno y aconsejan tener precaución al realizar el diagnóstico de TLP en jóvenes.

El mismo DSM-5 en la Sección II, señala que algunos trastornos de la personalidad (antisocial y límite) tienden a ser menos evidentes o remiten con la edad, aunque para otros tipos no es así (p. ej., obsesivo-compulsiva y esquizotípica). Por otro lado también apunta que un trastorno de la personalidad puede agravarse tras situaciones estresantes (por ejemplo pérdida de personas de apoyo, un puesto de trabajo).

Frente esta concepción, en el modelo dimensional-híbrido, el DSM-5 apunta que “los rasgos” pueden ser contextuales y relativamente cambiantes en función de la influencia de variables como la maduración o el aprendizaje. Esta idea es coherente con diferentes estudios que ponen de manifiesto que se producen cambios de personalidad hasta etapas avanzadas del ciclo vital, incluso que los mayores cambios en la personalidad se dan en la edad adulta, frente la idea extendida de que es en la adolescencia. Aquí el modelo dimensional se acerca más a las evidencias empíricas aportando una visión menos extrema y más esperanzadora respecto las posibilidades de cambio, especialmente de cara al tratamiento.

Los estudios longitudinales que estudian la estabilidad frente al cambio en “los rasgos” observan que se produce cambio a lo largo de la vida. Roberts, Walton and Viechtbauer (2006), llevaron a cabo un meta-análisis sobre 92 estudios, con datos sobre el cambio medio en rasgos, en un conjunto de 50.120 sujetos. Se observa que aumentan los niveles de autocontrol, responsabilidad y cooperación, asociados a la disminución en Neuroticismo e incremento en las dimensiones Tesón y Afabilidad. Se reduce la flexibilidad, habilidad e interés para la interacción social (paralelo al descenso en Apertura Mental y Extraversión). Apertura Mental muestra un perfil curvilíneo.

No obstante en los estudios empíricos, los rasgos de personalidad muestran mayor estabilidad que los trastornos o los criterios diagnósticos analizados de forma separada. Y por otra parte lo que parece más estable es la disfunción psicosocial que llevan aparejada, siendo los rasgos buenos predictores del pronóstico de esa disfunción, habitualmente en un sentido negativo. La explicación de porqué los rasgos se muestran más estables que los criterios y los trastornos, sigue aún en estudio (Wright et al., 2015).

Este dato permite observar los rasgos de la personalidad con una cierta estabilidad, pero no desde una perspectiva de trastorno crónico, sino tratable. En todo caso este dato nos resultará de vital importancia si queremos comprobar el tamaño del efecto de un tratamiento sobre los rasgos y el funcionamiento de la personalidad, más allá del efecto de la intervención en periodos de agudización de síntomas en periodos de estrés.

➤ La diferencia entre lo normal y lo patológico, los casos subumbral.

En la definición de los trastornos quedan al margen del diagnóstico, de la investigación y de los tratamientos, aquellos casos que no cumplen un número suficiente de criterios, esto es, son subumbral. La definición de lo que resulta subumbral en el diagnóstico diferencial, queda definido “por exclusión” de las siguientes características: 1-llegar al número mínimo de criterios, 2-mostrar rasgos inflexibles, desadaptativos y persistentes, y además 3- que les causen un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Estar en la categoría subumbral supone entrar en el mejor de los casos en la de “no especificado”, pero en la mayoría de ocasiones implica la falta de un diagnóstico apropiado y por ende un tratamiento específico para el paciente.

Por último, la propia naturaleza categórica de los diagnósticos contradice el hallazgo bien establecido de que los rasgos de la personalidad son continuos. El modelo dimensional parte de que los rasgos han mostrado una naturaleza continua y la diferencia entre personalidad normal y patológica ha mostrado ser de tipo cuantitativo. Por ello permite recoger aquellos casos que aun no cumpliendo todos los criterios para un trastorno pueden ser descritos por rasgos o bien a través de la disfunción en el funcionamiento de la personalidad, lo que permite orientar una intervención terapéutica.

3.3. EL DIAGNÓSTICO DIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL DSM-5.

3.3.1. El Modelo de Rasgos o Dimensional y los Trastornos de Personalidad.

El Modelo de Rasgos como decíamos, estudia los rasgos de personalidad de los individuos sanos y considera la patología de la personalidad como una *variación dimensional* de estos. Entendemos por rasgo una parte determinada y constante de la personalidad que se infiere de la totalidad de la conducta de un individuo. Es una *característica estable* frente al concepto de estado, transitorio o limitado en el tiempo. Es en esta diferencia donde podemos basarnos para separar los trastornos de la personalidad de los trastornos mentales.

La ventaja de los modelos dimensionales frente los categoriales es que se basan en dimensiones estables de la personalidad, constituidas por la agrupación empírica de rasgos y características. Las mismas dimensiones se encuentran *en todos* los individuos, y es la desviación excesiva en el nivel cuantitativo de las mismas la que caracteriza a los trastornos de la personalidad. Al surgir de una agrupación factorial empírica, las dimensiones reflejan con mayor fidelidad las posibles entidades psíquicas o biológicas existentes. Por otra parte los trastornos van a ser entendidos como alteraciones o trastornos del perfil factorial del sujeto y no como alteraciones de una totalidad que no es aprehensible.

A pesar de provenir del estudio de sujetos normales, diversos autores desde este modelo dimensional, se han orientado a investigar las posibles alteraciones o trastornos de la personalidad, tratando establecer de qué manera los trastornos de

personalidad podrían quedar reflejados a través de un modelo dimensional (Deary, Peter, Austin, & Gibson, 1998; Dobson & Berrios, 1991; Mulder & Joyce 1997; Livesley, Schroeder, Jackson, & Jang, 1994; O'Boyle, 1995; Siever & Davis 1991; Wiggins & Pincus, 1989).

Y específicamente a través del modelo de los Cinco Factores se ha pretendido ofrecer un modelo comprensivo para *los Trastornos de Personalidad*, de tal manera que los trastornos equivaldrían a los extremos de las dimensiones (diferencias cuantitativas) en la manifestación o gravedad de los rasgos de personalidad normal y/o a alguna combinación de rasgos.

Diferentes estudios han administrado medidas de personalidad normal para caracterizar individuos con trastornos específicos (Cloninger & Svrakic, 1994; Costa & McCrae, 1990; Pukrop, Herpertz, Sab, & Steinmeyer, 1998; Trull & McCrae, 1994; Widiger & Simonsen, 2005; Wiggins & Pincus, 1994), entendiéndose que los trastornos de personalidad serían variantes patológicas de los rasgos de personalidad observables en personas "normales".

Otros autores han intentado buscar el equivalente a los Cinco Grandes, desde su versión psicopatológica, un ejemplo son los Cinco de la personalidad psicopatológica (*Personality Psychopathology Five, PSY-5*, Anderson et al. 2013). Estas cinco dimensiones serían: neuroticismo, introversión, agresividad, descontrol y psicoticismo. Vienen recogidas en un instrumento de evaluación ampliamente utilizado, el MMPI, del que hablaremos en el apartado evaluación.

Así se han creado nuevos instrumentos que permiten al tiempo de la evaluación, acercar posiciones entre las perspectivas dimensional y categorial. Aunque todavía no contamos con un cuerpo de datos consolidado utilizando éste modelo en el campo de los trastornos de personalidad, esta es la aportación novedosa que el DSM-5 incorpora en su Sección III.

3.3.2. El Modelo Dimensional-Híbrido del DSM-5

Entre los cambios del DSM-5 respecto versiones anteriores del DSM, plantea que un sistema categórico demasiado rígido no capta la experiencia clínica ni las observaciones científicas importantes. Por ello introducir abordajes dimensionales en los trastornos mentales, permitiría realizar una descripción más precisa de las presentaciones de los pacientes y aumentar la validez de los diagnósticos.

Así en la Sección III el DSM-5 incluye una alternativa al enfoque categorial, un modelo de investigación desde la "*perspectiva dimensional*", un modelo *mixto o híbrido*, que siguiendo las líneas propuestas por algunos autores, intenta complementar el modelo de rasgos o dimensional con el modelo categorial (Widiger,2000).

Este modelo desarrollado por el Grupo de trabajo del DSM-5, con el objetivo de preservar la "continuidad con la práctica clínica actual" y de hacer frente a las deficiencias de la perspectiva Categorial. Es un modelo basado en la investigación empírica y metaanálisis, que parte de los modelos de rasgos en psicología señalados arriba big-five o modelos de la personalidad de los cinco factores (Krueger, Eaton, Clark, Watson, Markon et al., 2011), así como de intentos integradores previos. Todos ellos se pueden integrar en una estructura jerárquica común, a la que el modelo del DSM-5 es una aproximación (Gutiérrez y Vilar, 2014).

En éste modelo se describen *los rasgos* de personalidad como una "*tendencia*" a sentir, percibir, comportarse y pensar, de manera "*relativamente coherente*" a lo largo del tiempo y en las situaciones en las que el rasgo se podría manifestar (no se da todo el tiempo ni en todas las situaciones).

Plantean que los rasgos pueden *cambiar y fluctuar* a lo largo de la vida por efecto de la maduración y/o de las experiencias. Son así fruto de genética, de maduración y de interacción con el ambiente. Además se aplican a *todas las personas* en distintos grados, ya que son dimensionales en un espectro con dos polos opuestos, suponiendo así una *continuidad* entre lo normal (adaptativo o resiliente) y lo patológico (desadaptativo). Y afirma el DSM-5 que el modelo se ha mostrado sólido a través de diferentes culturas pudiendo constituirse como una "estructura *universal* de personalidad".

Desde ésta perspectiva, consideran los trastornos de la personalidad como *variaciones desadaptativas de los rasgos* de la personalidad, que *se mezclan* con la normalidad y entre ellos. Las formas mixtas no serían la excepción.

Así el DSM-5 en esta sección III, plantea que las características esenciales de los Trastornos de Personalidad son: A. Dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad (auto/interpersonal). B. Uno o más rasgos patológicos de personalidad.

Estas dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad, se caracterizan porque son “*relativamente inflexibles*” y se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales (criterio C), son “*relativamente estables*” a través del tiempo, y se inician al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana (criterio D). No se explican mejor por otro trastorno mental (criterio E) y no son exclusivamente atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneoencefálico grave) (Criterio F). Además no se conciben como normales para la etapa de desarrollo de la persona o para su contexto sociocultural (Criterio G).

Esta definición de las características de un trastorno de personalidad ofrece una perspectiva mucho más flexible y contextual de los trastornos. De un lado es más cercana al planteamiento de una evaluación funcional de la personalidad (Westen & Arkowitz-Westen, 1998), en la que ante determinados rasgos del paciente se planteen preguntas como ¿bajo qué circunstancias específicas aparecen esos patrones? De otro lado contextualiza “lo normal” para su etapa de desarrollo y contexto sociocultural.

Por tanto el diagnóstico de un trastorno de personalidad desde este modelo, requiere dos valoraciones: por un lado la evaluación del nivel de deterioro en el funcionamiento de la personalidad (necesario para el criterio a) y por otro lado la evaluación de los “rasgos patológicos”.

Para el Criterio A, se hace necesario evaluar el “*nivel de funcionamiento de la personalidad*”, esto es, las dificultades en diversas áreas, el funcionamiento personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad). Este nivel de funcionamiento lo sitúa en un continuo. “Una personalidad adaptativa tiene la conciencia permanente de un yo único, manteniendo roles apropiados y regulación emocional (*Identidad*), aspirando a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales y siendo capaz de autorreflexión (*Autodirección*), comprendiendo con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones (*Empatía*) y manteniendo relaciones satisfactorias, íntimas y duraderas tanto en la vida personal como en la comunitaria (*Intimidad*)”. (DSM-5, APA, 2014).

El manual diagnóstico plantea que se requiere al menos un deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad en dos o más de estas áreas para poder realizar el diagnóstico de trastorno, ya que al parecer este nivel de gravedad aumenta el nivel de fiabilidad interjueces en el diagnóstico.

Para situar el grado de deterioro, nos proponen utilizar la Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad del DSM-5, ENFP, que establece 5 niveles, desde “poco o ningún deterioro” (nivel 0) a “deterioro extremo” (nivel 4), tras evaluar todas éstas áreas. Esta graduación es similar a la planteada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud, CIF (OMS, 2001).

Este concepto de “funcionamiento de la personalidad”, introduce un importante cambio respecto a versiones anteriores del DSM, ya que se diferencia de la evaluación del funcionamiento psicosocial (antes recogido en el eje V) Además es una evaluación comprehensiva, ya que requiere recoger información de cada una de las áreas. Este modelo, basado en cómo las personas perciben, piensan, sienten y se comportan en relación a sí mismas y a los demás, es consistente con otras teorías de la personalidad, estando las distintas áreas interrelacionadas entre sí (Esbec y Echeburúa, 2015). Es así mismo un modo de graduar la afectación en áreas que desde el modelo categorial sólo quedaban parcial y cualitativamente definidas. Además añade una valiosa información sobre la persona de cara al diagnóstico y al posible tratamiento.

Plantea así mismo, la posibilidad de evaluar el nivel de gravedad en el funcionamiento de la personalidad ante cualquier trastorno clínico, no sólo en casos diagnosticados de Trastorno de Personalidad.

El Criterio B en el modelo alternativo implica valoraciones de los rasgos de personalidad. Para ello el propio DSM-5 facilita un *instrumento específico el “Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5) –Adultos”*, que permite realizar una descripción del “perfil de personalidad” (rasgos adaptativos y desadaptativos).

Plantea en este punto el DSM5 una estructura jerárquica de la personalidad, donde las Facetas son rasgos muy específicos, que describen una pequeña gama de comportamientos, se trata de una disposición hacia comportamientos específicos. Estas facetas cambian con el tiempo y las experiencias, pero muestran mayor estabilidad que los síntomas o las conductas. Por otra parte, quedan

incluidas dentro de los Dominios que son rasgos muy amplios y caracterizan una amplia gama de patrones de comportamiento. Parece haber variación transcultural en las facetas de los rasgos pero los dominios son relativamente coherentes en todas las culturas.

Contempla desde este modelo y se recogen en el PID-5 25 facetas de rasgos. Determinados triplete (grupos de 3) de facetas pueden combinarse para valorar los cinco dominios de rasgos que abarcan un espectro con dos polos opuestos (patológico vs adaptativo): Afecto negativo vs estabilidad emocional, Desapego vs extraversión, Antagonismo vs amabilidad, Desinhibición vs escrupulosidad y Psicoticismo vs lucidez. Puntuaciones Promedio mayores indican mayor "disfunción", puntuaciones menores de 2 apuntan hacia una personalidad adaptativa y resiliente. La descripción de estos dominios y facetas se realiza en el apartado metodología.

Los cinco dominios son variantes desadaptativas de los del modelo de personalidad conocido como los Cinco Grandes o de cinco factores. También son similares a los dominios de los Cinco de la personalidad psicopatológica, *Personality Psychopathology Five*, -PSY-5-, (Anderson et al., 2013).

Partiendo de esta evaluación, establece seis "Trastornos Específicos de la Personalidad" caracterizados por un deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad en dos o más áreas (criterio A), y un perfil específico de rasgos patológicos, facetas y dominios, para cada uno de ellos (criterio B). Aquí recoge los tipos: antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico.

En este punto hay que destacar, que aun manteniendo un enfoque politético (centrado en rasgos en lugar de criterios), a diferencia del modelo categorial sí plantea cuáles de los rasgos (dominios y facetas), son centrales en el diagnóstico de cada uno de los trastornos. Por ejemplo respecto los Dominios, en el Trastorno Antisocial son centrales los dominios Antagonismo y Desinhibición, en el Trastorno Límite la Afectividad Negativa y Desinhibición, en el TP por evitación la Afectividad Negativa y el Desapego, en el Trastorno Narcisista el Antagonismo y en el Trastorno Esquizotípico el Psicoticismo y el Desapego.

Como consecuencia, entre los diversos perfiles dentro de un mismo diagnóstico, tendremos rasgos centrales en común y problemas o áreas afectadas

comunes. Esta especificación permite una mayor homogeneidad entre sujetos con un mismo diagnóstico y probablemente una mayor coherencia en el diagnóstico a través del tiempo y de los evaluadores.

Señalar que en todos los trastornos se contempla la posibilidad de añadir especificadores, esto es, características de personalidad destacadas del sujeto (rasgos y nivel de funcionamiento), aunque no sean necesarios para el diagnóstico del trastorno específico.

Incluye además el *Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos (TP-ER)*, referido a la presencia de un trastorno que no encaja en los criterios diagnósticos para los trastornos específicos. El TP-ER incluye el resto de trastornos específicos de la Sección II, descritos por las combinaciones de rasgos relevantes. Además permite realizar la descripción del perfil específico del individuo, incluyendo presentaciones subclínicas, mixtas y atípicas. Esta categoría sustituye al Trastorno de Personalidad No Especificado (TPNE), y al Trastorno Especificado tipo Mixto (TPM), pero es más descriptivo y útil en la práctica.

3.3.3. Ventajas y desventajas del Modelo Dimensional.

Entre las **ventajas** del enfoque dimensional en los trastornos de personalidad podríamos citar entre otras:

- Nos permite una aproximación hacia el diagnóstico más flexible y comprehensiva.
- Reflejan la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones, siendo coherente con los límites difusos entre normal-patológico y entre trastornos, dejando de ser un problema que el paciente presente rasgos de varios trastornos, evitando diagnósticos múltiples o inespecíficos.
- Permite comprender el fenómeno de la alta comorbilidad entre algunos diagnósticos. Por ejemplo la afectividad negativa puede ser una dimensión compartida por diferentes diagnósticos de personalidad (evitativa, límite, histriónica...), pero también con otros trastornos clínicos (afectivos y ansiosos). Con lo que resulta más fácil entender que se den con frecuencia de forma comórbida (López-Santín, Molins, & Litvan, 2013)

- Permite detectar y abordar casos que serían subumbrales desde el modelo categorial. Y en el otro extremo, nos permite graduar la gravedad del trastorno de forma cuantitativa.
- Nos puede permitir establecer a través de la investigación, puntos de corte en cada dimensión, teniendo en cuenta aspectos grupales, culturales e individuales. Como algunos autores defienden, una medida dimensional se puede convertir en categorial, pero no al contrario (Esbec & Echeburúa, 2015)
- Permite una visión global del paciente (áreas de funcionamiento), pero además, podemos realizar análisis más pormenorizados de sus características (facetas), facilitando con ello el planteamiento terapéutico para cada sujeto.
- En conjunto incrementan la fiabilidad interjueces del diagnóstico en un 15% y la validez en un 37% (Gutiérrez & Vilar, 2014). Se plantea como un modelo que puede incrementar la especificidad y la homogeneidad en los diagnósticos.
- Un aspecto relevante es que el modelo plantea que los rasgos son susceptibles de intervención. Al intervenir sobre las conductas y los síntomas específicos, se puede trabajar sobre los patrones más estables, esto es, los rasgos.
- Además, los modelos dimensionales de clasificación tienen la ventaja de proporcionar información de rasgos de personalidad tanto desadaptativos como adaptativos, lo cual ofrece una descripción más amplia del paciente con elementos que pueden ayudarnos en el proceso terapéutico (Widiger & Mullins-Sweatt, 2007).

Aunque este modelo es el que mayor apoyo empírico ha recibido, se han encontrado algunas **dificultades** y críticas en su aplicación.

- Aunque las descripciones clínicas de los pacientes sean más precisas, la información obtenida es más compleja, haciéndose también más compleja la integración de los datos obtenidos, así como la comunicación entre profesionales (Caballo et al., 2004).
- De otro lado, señalan algunos autores como Carver y Scheier (1997), que en términos generales queda claro para los científicos la existencia de por lo menos cinco grandes dimensiones de la personalidad pero aún subsiste el desacuerdo sobre lo que incluye cada una de ellas (Gutiérrez & Vilar, 2014). Es decir, no hay un único modelo dimensional aceptado por toda la

comunidad, lo que supone una dificultad añadida al problema de la comunicación y diseminación de resultados. Si bien como el DSM5 plantea, esa universalidad se ha encontrado más en las Dimensiones y no tanto en las facetas, dejando el campo abierto a mayor investigación.

- Respecto al modelo dimensional del DSM5 está aún en proceso de validación. Algunos autores plantean crítica al intento de ser un modelo híbrido, en el que aún se mantienen algunos trastornos específicos (antisocial, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo, narcisista y esquizotípico), sin llegar a aclarar las razones para conservar éstos 6 y no otros. También se ha señalado que éstos que se mantienen, tenían poca relación con los originales, ya que se basan en rasgos y niveles de deterioro, y no en criterios diagnósticos (Gutiérrez & Vilar, 2014). Sin embargo otros autores mantienen que estos 6 trastornos se mantienen por un amplio respaldo empírico factorial, genético y neuropsicológico, además de ser los que más correlacionan con las dimensiones de personalidad propuestas (Esbec & Echeburúa, 2015).
- También se ha planteado la crítica de no tener en consideración el grado de malestar y dificultades psicosociales que los rasgos generan, para considerarlo como trastorno. Aunque tal vez esta ha sido una crítica en la que no se ha tenido en cuenta la definición compleja del deterioro del funcionamiento en las diferentes áreas, quedando recogido tanto el nivel de malestar, como la autodirección (y autorreflexión), así como las dificultades en la relación interpersonal. No se trata de sustituir el “funcionamiento social” por el “funcionamiento de la personalidad” sino de contemplar la complementariedad de ambos.

No obstante teniendo en cuenta estas críticas e inconvenientes, en nuestra investigación no tratamos de demostrar la validez del modelo, sino su utilidad, en la medida que nos aporta las citadas ventajas para poder aplicarlo a la población clínica real (no en espacios de investigación), especialmente para poblaciones con diagnósticos de Trastornos Mixto o No especificado de la personalidad.

3.4. EL TRASTORNO LÍMITE Y EL TRASTORNO NO ESPECIFICADO EN EL DSM-5

3.4.1. Trastorno de la Personalidad Límite en el DSM-5. Diagnóstico categorial y diagnóstico dimensional.

Veamos las características centrales que definen al Trastorno Límite de Personalidad (TLP), que será junto con la categoría otro Trastorno de Personalidad Especificado tipo Mixto (TPM), y Trastorno de Personalidad No Especificado (TPNE), los ejes sobre los que se centra nuestra investigación.

Según lo describe el DSM5 desde la perspectiva categorial, el Trastorno de Personalidad Límite se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación Criterio 5.)
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas Criterio 5.)
- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

En la Sección III del DSM-5 desde la perspectiva dimensional, podremos observar una definición más operativa del Trastorno Límite, especificando algunos rasgos “necesarios” y poniendo el acento en algunos aspectos que en la Sección II tal vez quedaban en segundo plano.

El Trastorno Límite de Personalidad, implica un deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes (Criterio A):

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

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

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

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

El Criterio B, especifica que deben darse cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser impulsividad, la toma de riesgos u hostilidad:

1. Labilidad emocional (un aspecto de la afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

2. Ansiedad (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones

interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

3. Inseguridad de separación (un aspecto de la afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.

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

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

6. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.

7. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enojo persistente o frecuente; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

Se observa que en los rasgos definitorios incluye aspectos como el déficit en la empatía, la ansiedad o la depresión, que los contempla como parte de la definición, no tanto como características asociadas. Serán pues aspectos básicos a considerar como objetivo en la evaluación e intervención del trastorno, así como medidas de resultado.

3.4.2. El Trastorno de Personalidad Mixto y el Trastorno de Personalidad No Especificado en el DSM-5.

En el DSM-5, en su Sección II desde el Modelo Categorial, la categoría Otro trastorno de la personalidad especificado y No especificado, se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad.

La categoría de Otro Trastorno de la Personalidad Especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de la personalidad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de la personalidad especificado” seguido del motivo específico por ejemplo “características mixtas de la personalidad” (TPM).

La categoría del Trastorno de la Personalidad No Especificado (TPNE), se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno de la personalidad específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Ahora bien, las pautas para realizar un diagnóstico TPNE son relativamente no especificadas y difíciles de seguir cuando se evalúan los TP, ya que no se proporcionan algoritmos explícitos para TP mixtos, atípicos y de otro tipo. La categoría TPNE es uno de los diagnósticos de trastorno de la personalidad más frecuentemente utilizados, pero uno puede cumplir los criterios de diagnóstico de varias maneras: 1-tener un TP que no está entre las categorías de diagnóstico oficialmente reconocidas, 2-tener características de más de una de las categorías diagnósticas reconocidas oficialmente que no cumplen con los criterios completos de cualquier EP, pero que en conjunto causan angustia o deterioro funcional clínicamente significativo, 3-tener una variante clínicamente significativa, aunque subumbral, de una categoría diagnóstica específica

De esta manera sólo un poco más de la mitad de los estudios proporcionan una definición operacional de TPNE, siendo la definición más frecuente la de Trastorno de Personalidad Mixta. Así encontramos que los instrumentos para evaluar los TP, proporcionan diferentes pautas para diagnosticar el TPNE (Verheul & Widiger, 2004).

Por este motivo se llegó a plantear no incluir la categoría TPNE en la Sección II del DSM-5. No es un trastorno de la personalidad, sino que se utiliza para mejorar la especificidad de un trastorno existente o un diagnóstico de emergencia en sí mismo (es decir, trastorno mental no especificado, 300.9), sin estar asociado a otro trastorno. Así se ha planteado reemplazarlo en el DSM-5 por Trastorno de personalidad-Rasgo especificado (PD-TS).

Sin embargo algunos autores encuentran datos similares a los de cualquier trastorno de personalidad especificado respecto el malestar, los síntomas y la disfunción social, suficientes como para que se mantenga como una categoría diagnóstica separada. Proponen que se establezcan pautas explícitas para realizar el diagnóstico con mayor fiabilidad, por ejemplo en relación a número de criterios de TP necesarios (Coccaro, Nayer & McCloskey, 2012; Pagan, Oltmanns, Whitmore & Turkheimer, 2005; Verheul, Bartak & Widiger, 2007).

En la Sección III, desde el Modelo Dimensional-Híbrido, como veíamos el *Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos (TP-ER)*, está referido a la presencia de un trastorno que no encaja en los criterios diagnósticos para los trastornos específicos especificados en esta sección. El TP-ER permite realizar la descripción del perfil específico del individuo, incluyendo presentaciones subclínicas, mixtas y atípicas. Esta categoría sustituye las categorías “Otro Trastorno de Personalidad Especificado, características mixtas” y Otro Trastorno de Personalidad No especificado, pero es más descriptivo y orientativo en la práctica clínica. Aquí el trastorno viene representado y diagnosticado por una combinación de “deficiencias centrales” en el funcionamiento de la personalidad y los “rasgos únicos” de personalidad patológica de los pacientes.

3.5. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

3.5.1. Características de los Trastornos de Personalidad. El Trastorno Mixto y el No Especificado.

Analizar los datos epidemiológicos de los trastornos de personalidad no es sencillo, esto se debe entre otras variables a la diversidad de instrumentos de evaluación y a la alta comorbilidad entre trastornos (Fórum de Salud Mental y AIAQS, coord. 2011). Dado la escasez de estudios relacionados con los trastornos mixtos y no especificados de la personalidad, asumimos que comparten las características de los Trastornos de Personalidad en general, si bien añadiremos los escasos datos obtenidos en algunas investigaciones.

Las estimaciones de *la prevalencia* de los Trastornos de Personalidad según indica el Manual Diagnóstico DSM-5, es un 5,7 % para los trastornos del Clúster A, un 1,5 % para el grupo B, un 6,0 % para el grupo C, y un 9,1 % para “cualquier trastorno de la personalidad”.

Las categorías de trastorno de la personalidad se pueden aplicar a niños o adolescentes en casos excepcionales (a excepción del trastorno de la personalidad antisocial). Si bien, generalmente los trastornos de la personalidad se hacen reconocibles durante la adolescencia o la vida adulta.

Respecto la evolución o curso, algunos trastornos de la personalidad (antisocial, límite, histriónico y narcisista) tienden a ser menos evidentes o remiten con la edad, para otros tipos no es así (obsesivo-compulsiva, paranoide, esquizoide, esquizotípico y dependiente). Además, un trastorno de la personalidad puede agravarse tras situaciones estresantes (por ejemplo pérdida de personas de apoyo, un puesto de trabajo).

En lo referente al género, algunos trastornos de la personalidad se diagnostican más frecuentemente en los hombres como el antisocial, el esquizoide, paranoide, narcisista y obsesivo-compulsivo. Otros se diagnostican con mayor frecuencia en las mujeres, así el límite, histriónico y dependiente. Aquí el aspecto relacionado con patrones culturales puede tener un peso específico

tanto en la expresión de los trastornos, como en la demanda de tratamiento, por lo que es una variable a considerar cuando se extraen conclusiones epidemiológicas.

Respecto otras variables sociodemográficas, la mayor parte de trastornos de personalidad (excepto el obsesivo-compulsivo), se asocian a un menor nivel educativo y dificultades laborales (sobre todo desempleo), con una mayor frecuencia de personas que se mantienen solteros.

Un aspecto a observar es que algunos criterios específicos de los trastornos de la personalidad describen características que también son propias de los episodios de otros trastornos mentales con los que habrá que realizar un diagnóstico diferencial (por inicio, duración, estabilidad). Así los Trastornos Afectivos y de Ansiedad, los trastornos psicóticos y los rasgos de Personalidad del Clúster A. Además algunos trastornos de la personalidad mantienen una relación en "espectro" con otros trastornos mentales (p. ej., el trastorno de la personalidad evitativa y el trastorno de ansiedad social [fobia social]).

Ante un cambio en la personalidad en la adultez media o posteriormente tendríamos que considerar el diagnóstico diferencial respecto la posible presencia de alguna afección médica (cambio de personalidad debido a otra afección médica), o a un trastorno por consumo de sustancias no identificado. Cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de una exposición del individuo a un estresor extremo, se debería considerar un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Por otra parte los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los rasgos de personalidad que no llegan al umbral de un trastorno de la personalidad. Según queda definido desde el Modelo Categorical, los rasgos de personalidad se diagnostican como trastorno sólo cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y además causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

En términos generales, diversos autores han asociado los rasgos de personalidad desadaptativos (como afectividad negativa o neuroticismo), y los trastornos de personalidad, con mayores problemas psicosociales (divorcio, desempleo, pensión de invalidez). A nivel de la práctica en salud mental, implican mayor prevalencia, incidencia y concurrencia de otros trastornos

mentales, dificultando su recuperación y predisponiendo a resultados deficientes en los tratamientos (Hengartner, 2015).

En los escasos estudios centrados en el TPNE y el TPM, encontramos algunas características específicas. La mejor estimación de la prevalencia absoluta de TPNE, en muestras de pacientes, está en el rango de 8 a 13% y la mejor estimación de la prevalencia relativa de TPNE (es decir, la prevalencia de TPNE dividida en la prevalencia general del Eje II excluyendo TPNE), está en el rango de 21-49%. En los estudios de entrevistas estructuradas, es el tercer diagnóstico de trastorno de personalidad más frecuente, en los estudios con entrevista no estructurada, suele ser el diagnóstico más frecuente. No obstante, pocos estudios dan una definición operacional de TPNE, y la definición más frecuente es el trastorno de la personalidad "mixto" (Verheul & Widiger, 2004).

Algunos autores observan que las personas que cumplen criterios de TPNE son significativamente más propensas que las personas sin trastornos de la personalidad, a tener trastornos concurrentes del eje I y problemas conductuales (uso de sustancias o automutilación), educativos o interpersonales durante la adolescencia y la adultez temprana. Los adolescentes con TPNE tienen un riesgo elevado de problemas educativos posteriores, dificultades interpersonales, trastornos psiquiátricos y actos graves de agresión física al comienzo de la edad adulta. Estos pacientes tienen tantas probabilidades de tener estas complicaciones como aquellos con trastornos de personalidad del grupo A, B o C (Coccaro, Nayer & McCloskey, 2012; Johnson, First, Cohen, Skodol, Kasen & Brook, 2005). Presentan una baja calidad de vida, y suponen importantes gastos socio-sanitarios (Horn et al., 2015; Verheul et al., 2007).

En adultos El TPNE tiene una alta prevalencia y parece comprender un grupo de pacientes con menos criterios de TP y menos discapacidad psicosocial grave en comparación con los pacientes con TP específicos. Ahora bien, cuando en los estudios se recogen las operacionalizaciones alternativas de TPNE en las entrevistas estructuradas, es decir, subumbral en al menos 2 TP específicos o que cumplen con un mínimo de 10 criterios de TP, se encuentran tasas de prevalencia más bajas y pacientes más discapacitados (Wilberg, Hummelen, Pedersen & Karterud, 2008). Parece que el malestar subjetivo aumenta y las medidas de funcionamiento social y ocupacional disminuyen como una función del número de criterios de TP cumplidos (Pagan, Oltmanns, Whitmore & Turkheimer, 2005).

3.5.2. Características del Trastorno Límite de Personalidad.

En los estudios epidemiológicos, se estima entre un 1,6 y un 5,9% la prevalencia del trastorno de la personalidad límite. En atención primaria es de alrededor del 6 %, del 10-20 % en los centros de salud mental, y entre 18-32% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad. Algunos estudios señalan que afecta entre el 1 y el 4% de la población general, y que hasta el 30-60% de las personas que tienen un trastorno de personalidad es TLP. Se ha identificado en múltiples contextos de todo el mundo, diagnosticándose de forma predominante en las mujeres (aproximadamente un 75 %). Tiende a diagnosticarse entre los 19 y los 34 años, habitualmente de grupos socioeconómicos medios.

Describe el DSM-5, como trastornos coexistentes más frecuentes con el TLP los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos de consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia nerviosa), el trastorno de estrés pos-traumático y el trastorno por déficit de atención. También aparece de manera comórbida con otros trastornos de la personalidad. Además algunos individuos desarrollan síntomas de tipo psicótico (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos) durante los momentos de estrés. En este punto se hace necesario realizar un diagnóstico diferencial con los otros trastornos clínicos, como los afectivos u otros trastornos de personalidad, aunque algunos se pueden diagnosticar como comórbidos (ejemplo son los depresivos o bipolares).

En la producción científica de los últimos años en España relacionada con el Trastorno Límite (Fernández-Guerrero & Palacios-Vicario, 2017), se estudia también la coexistencia con la coprofagia, el juego patológico, el trastorno negativista-desafiante y el dismórfico corporal.

Las personas con este trastorno suelen presentar comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes. El suicidio consumado se produce en el 8-10 % de estos individuos, y son habituales los actos de autolesión (p. ej., los cortes o las quemaduras). Durante las experiencias disociativas puede aparecer automutilación.

Puede producirse la muerte prematura por suicidio, especialmente en aquellas personas con trastornos comórbidos depresivos o de consumo de sustancias. El TLP tiene una considerable morbilidad y mortalidad (por muerte prematura o suicidio), y genera una notable utilización de los servicios sanitarios (Lana, Fernández, Sánchez y Bonet, 2008).

Puede haber discapacidad física como resultado de las conductas de abuso autoinflingidas o de los intentos fallidos de suicidio. Además son frecuentes la pérdida de empleo recurrente, la interrupción de la educación y la separación o el divorcio. El abuso físico y sexual, el abandono, los conflictos hostiles y la pérdida prematura de los padres. Con ello el uso de recursos sociales se convierte en habitual.

La Guía de Práctica Clínica del NICE (2009), resume y describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología, factores coincidentes con la propuesta de diversos autores (Cuevas y López 2012). La vulnerabilidad genética explicaría el 69% de la variabilidad. La alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; hablan así de neurotransmisores y neuromoduladores como la serotonina, la acetilcolina, la vasopresina, el colesterol, y los ácidos grasos, así como el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Se han descrito déficits estructurales y funcionales en áreas cerebrales clave para la regulación del afecto, la atención, el autocontrol y la función ejecutiva, como son la amígdala, el hipocampo y las regiones orbitofrontales. También los factores psicosociales, por ejemplo, la presencia de antecedentes de trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias en otros familiares, la negligencia así como la falta de implicación emocional por parte de los cuidadores, abusos físicos, sexuales y emocionales, un entorno familiar inestable y poco favorable.

Es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general. También hay un mayor riesgo familiar de trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares.

El deterioro de la afección y el riesgo de suicidio, son mayores en los adultos jóvenes y disminuyen gradualmente con la edad. En la edad adulta el patrón más frecuente es una inestabilidad crónica con numerosas reagudizaciones

o crisis, esto es, episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo, autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas. Esto implica altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental, los servicios de urgencias y múltiples ingresos en las unidades de psiquiatría.

Respecto el curso y la estabilidad del trastorno, aunque todos los síntomas presentan significativamente menor severidad con el tiempo, la tendencia a experimentar emociones intensas y disfóricas, suele perdurar toda la vida. A partir de la década de los 30 y 40 años, las conductas impulsivas tienden a disminuir. Si bien parece que para el funcionamiento psicosocial la mejoría era más lenta, se tiende a una mayor estabilidad en el ámbito laboral. Respecto la estabilidad en las relaciones los estudios son contradictorios, algunos apuntan hacia una mayor estabilidad mientras otros plantean que la disfunción en las relaciones interpersonales es muy estable (Fórum de Salud Mental y AIAQS, coord., 2011).

El aspecto más optimista sobre el trastorno, es que las personas que acuden a intervención terapéutica muestran a menudo una mejoría en algún momento del primer año. Estudios longitudinales de seguimiento de los pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, indican que después de unos 10 años, del 65 hasta el 88% ya no tiene un patrón de comportamiento que cumpla con todos los criterios de trastorno de la personalidad límite (Vriend-Bosma & Van Megen, 2011).

4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

4.1. CONSIDERACIONES PARA EL DISEÑO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

El **DSM-5** (APA, 2014), plantea una serie de consideraciones de cara a la evaluación y el diagnóstico de un Trastorno de Personalidad:

-El diagnóstico requiere realizar una evaluación de los patrones de funcionamiento del individuo a largo plazo, valorar la estabilidad de los rasgos a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Así se hace necesario recoger la psicobiografía del sujeto, llevar a cabo más de una entrevista y dejar pasar un tiempo entre las exploraciones.

-Los juicios sobre el funcionamiento de la personalidad, deben tener en cuenta la etnia, el origen cultural y social y la edad. Las categorías de trastorno de la personalidad se pueden aplicar a niños o adolescentes en casos excepcionales (excepto el trastorno Antisocial). No obstante, debido a su variabilidad, para el TLP algunos autores recomiendan utilizar el diagnóstico con prudencia en menores, utilizándolo preferentemente a partir de los 16 años, siempre y cuando el trastorno se haya manifestado a lo largo de 1 año.

-Para el diagnóstico de TP, es importante considerar la comorbilidad y el diagnóstico diferencial respecto a: características que surgen en respuesta a los factores de estrés situacionales específicos, estados mentales transitorios o rasgos de personalidad no patológicos. También respecto otros trastornos mentales como trastornos psicóticos (sobre todo para el Clúster A), ansiosos y depresivos, Trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo o los cambios de personalidad debidos a una afección médica. Así se hace indispensable realizar el diagnóstico diferencial, recogiendo la historia clínica y los antecedentes de la persona.

-La evaluación puede ser complicada cuando el individuo no considera problemáticas las características que definen un (rasgos egosintónicos), o se da la

simulación. Por ello es recomendable integrar la información de diversas fuentes de cara al diagnóstico.

En la “*Guía de Práctica Clínica sobre el TLP*” (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011), nos ofrece algunas directrices generales que pueden resultarnos de utilidad en el proceso de evaluación de los TP y del TLP específicamente.

El diagnóstico requiere la detección de un conjunto de rasgos, síntomas y conductas amplio y heterogéneo. Supone la valoración de la duración de los criterios diagnósticos, de su inflexibilidad e invasividad, de su independencia de otros trastornos clínicos, y del grado en que producen malestar emocional y deterioro funcional en distintos ámbitos de la vida.

Así recomienda establecer una buena alianza terapéutica con el paciente, para obtener información. Informarle del alcance y finalidad del proceso de valoración en términos comprensibles y clarificar sus dudas, también de los resultados de la valoración ofreciéndole apoyo para su aceptación o para la elaboración de contenidos dificultosos o traumáticos aparecidos.

Recomienda utilizar instrumentos estandarizados de medida para conseguir un diagnóstico fiable de los TP, entrevistas y cuestionarios con buenas propiedades psicométricas y utilidad clínica, que complementen la evaluación clínica. Así como evaluar periódicamente el estado psicopatológico y los factores desestabilizadores o de riesgo de precipitar las crisis.

4.2. DISEÑAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

En relación a la recomendación del DSM-5, de utilizar distintas fuentes de recogida de datos, estamos haciendo referencia tanto a distintas personas (paciente, allegados y profesionales), como también a diversos procedimientos de evaluación. Así para evaluación de los Trastornos de la Personalidad, tendremos que realizar una selección cuidadosa de los procedimientos, utilizando para ello algunos criterios como: 1-Que ofrezcan las mejores características de fiabilidad y validez, 2-Sean específicos para éstos trastornos, 3-Se adapten a los objetivos de evaluación, en función del demandante y la finalidad de la evaluación, 4-Se correspondan con el modelo diagnóstico que utilicemos (categorial/dimensional), 5-En función del contexto en que se realice, el individuo en cuestión y las posibilidades (acceso a información, a informantes...).

Teniendo en cuenta éstos aspectos y las recomendaciones vistas, ya podemos diseñar el “Proceso de Evaluación” que vamos a seguir, contemplando: los procedimientos de recogida de información seleccionados, el diseño temporal de la evaluación (longitudinal y transversalmente), la organización de la información recogida y la elaboración del informe o de los resultados (si es pertinente). En este diseño debemos incluir la fase de presentación de la evaluación al sujeto evaluado (explicarle la finalidad, los límites de la confidencialidad y la metodología) y la fase de devolución de resultados (al sujeto y/o al demandante).

Sin intentar ser exhaustivos en la exposición, podemos señalar algunos de los procedimientos más útiles que podemos utilizar para llevar a cabo ésta evaluación, diferenciando en un primer lugar los procedimientos generales, para luego diferenciar los instrumentos que se suelen utilizar si nos basamos en un modelo categorial, frente los que se utilizan cuando el modelo que seguimos es el dimensional.

4.3. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN GENERALES.

A-La Entrevista Clínica. Evaluación inicial.

Se trata del principal procedimiento de recogida de información sobre el paciente. La “*Guía de Práctica Clínica sobre el TLP*” (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011), ofrece una orientación general que nos serviría para la mayor parte de trastornos de personalidad. Así recomienda realizar una valoración inicial completa que incluya la historia psiquiátrica y médica general, tanto a nivel personal como familiar; la historia psicosocial, exploración de abusos, posibles maltratos o negligencias; exploración psicopatológica; neuropsicológica, si se requiere, y valoración de factores de riesgo, así como las exploraciones complementarias pertinentes.

Se recomienda examinar específicamente la presencia de comorbilidad con otros trastornos clínicos y de personalidad. Evaluar de forma sistemática especialmente en TLP, factores de riesgo como el consumo de tóxicos, el riesgo de agresiones y/o autolesiones. Valorar el riesgo de suicidio y atender a la comorbilidad de trastornos afectivos, abusos de sustancias y a la presencia de intentos previos de suicidios.

B.-La Observación.

La Observación del sujeto ya sea en su entorno natural (cuando esto es posible), en un entorno clínico (p.ej. en un centro) y/o durante las entrevistas, se convierte en una rica fuente de información complementaria a la obtenida por otros medios.

Puede ser estructurada o no estructurada. En la estructurada las conductas están previamente definidas, serán registradas por parámetros tales como aparición, frecuencia, intensidad y duración. Esta observación puede ser llevada a cabo por diversos actores, como los profesionales, los familiares o allegados.

Cuando la realiza el propio sujeto hablamos de auto-observación y auto-registro. Al igual que los otros procedimientos de evaluación, la observación puede estar afectada por diversos sesgos a tener en consideración. A cambio nos aporta mayor objetividad y exactitud siempre que las conductas a observar queden bien definidas. Es de especial utilidad cuando las conductas a registrar son de tipo cognitivo o emocional, a las que sólo el sujeto tiene acceso.

Un método complementario en la entrevista, son las "Listas de Comprobación", como es el caso de la "Lista para el diagnóstico de la Personalidad de Millon" (MPDC), basado en el modelo de Millon y el DSM, dirigido a los clínicos para reconocer e identificar las expresiones que definen a los pacientes.

C.-Fuentes Documentales y Otros Profesionales.

Una fuente relevante de información, son los informes escritos que la persona pueda tener de contactos anteriores con salud mental u otros recursos de diagnóstico o tratamiento. Cuando es posible desde el recurso en el que realizamos la evaluación, podemos consultar la historia clínica anterior, que nos permitirá revisar el evolutivo del caso. Entrar en contacto y coordinarnos si es posible con otros profesionales que conozcan el caso, puede aportarnos información histórica o actual inestimable para poder extraer conclusiones diagnósticas.

D.-Evaluación de psicopatología, riesgo suicida y autolesiones.

La "Guía de Práctica Clínica sobre el TLP" (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011), plantea que dentro de la evaluación de éstos trastornos resulta imprescindible la evaluación de patología sintomática o comórbida, así en el caso

del TLP, la sintomatología depresiva o ansiosa, los síntomas psicóticos, la sintomatología disociativa, la valoración del riesgo suicida y las autolesiones.

Algunas de las escalas que podrían resultar útiles en la evaluación de depresión (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), son la Hamilton Rating Scale for Depression, -HRSD- (1967), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale, -MADRS- (1979) y el Inventario de depresión de Beck (BDI) o segunda edición BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996). Para la evaluación de la ansiedad entre las más utilizadas contamos con escalas como la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg -EADG- (Goldberg, Bridges & Duncan-Jones, 1989) o la Escala de Hamilton para la Ansiedad -HARS- (Hamilton Anxiety Rating Scale; Hamilton, 1959).

También tenemos los instrumentos que el DSM-5 ha incorporado para evaluar la depresión como la “Medida de la gravedad de la depresión – Adultos” adaptado del Patient Health Questionnaire–9 [PHQ-9] (Spitzer, Williams, Kroenke & cols., 2014). Para evaluar la ansiedad y sus trastornos propone varios instrumentos, pero para nuestra población tal vez el de mayor interés es la “Medida de la gravedad del trastorno de ansiedad generalizado – Adultos” (Craske, Wittchen, Bogels, Stein, Andrews, & Lebeu, 2015). Para los síntomas disociativos el DSM5 propone la escala “Gravedad de los síntomas disociativos – Adultos”, Brief Dissociative Experiences Scale [DES-B] –Modificada, (Dalenberg & Carlson, 2010). Y para los problemas con el uso de sustancias, el NIVEL 2–Uso de sustancias–Adultos, adaptado del ASSIST modificado por el NIDA para el DSM5.

Concretamente la ideación y las conductas suicidas y autolesivas deben explorarse en estos pacientes directa y exhaustivamente. Contamos algunos instrumentos para este fin, como las Entrevistas Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview, -SITBI- (Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007), la Suicide Attempt Self-Injury Interview, -SASII- (Linehan, Comtois, Brown, Heard, & Wagner, 2006), que valoran pensamientos y conductas suicidas y autolesivas. O la Functional Assessment of Self-Mutilation, -FASM- (Lloyd, Kelley, & Hope, 1997) que evalúa las autolesiones no suicidas. Para conductas autolesivas, tenemos el Cuestionario de Autolesiones, -SHI- (Sansone, Wiederman & Sansone, 1998) que mide la historia de comportamientos autolesivos y determina su relación con el TLP, pero no tenemos validación española.

En castellano contamos con las escalas de ideación suicida de Beck en formato de entrevista la Escala de ideación suicida, SSI (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979) y el autoinforme Beck Suicidal Ideation Scale, BSIS (Beck, Steer, & Ranieri, 1988), sobre pensamientos y conducta suicida. Sin embargo, para ninguna de las dos se ha encontrado publicada la validación.

El DSM-5 propone el instrumento «Evaluación de la gravedad de las autolesiones no suicidas por el clínico» (APA, 2015), que valora el nivel de gravedad de las conductas o problemas de autolesión de carácter no suicida que presenta el paciente. La medida pretende captar las variaciones importantes de la gravedad sintomática, lo que podría ayudar a planificar el tratamiento. El clínico la cumplimenta en el momento de la evaluación clínica basándose en la información de que dispone sobre el paciente.

Como veremos éstos síntomas, tanto las ideas como los intentos suicidas así como las conductas autolesivas, quedan recogidos en la escala de monitorización de síntomas que utilizaremos durante la investigación, el Borderline Evaluation of Severity Over Time, BEST (Pfohl & Nancee, 2002), con versión en español.

E.-Otros Instrumentos de Evaluación.

Desde enfoques teóricos más próximos al psicoanálisis, se utilizan también Técnicas Proyectivas en las que el sujeto “proyecta”, en el material desestructurado, sus vivencias, maneras de ver y de vivir para dar estructura significativa al material. Los más clásicos son el Test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática de Murray o el Pata Negra de Corman (para niños).

Por otro lado, progresivamente se han ido introduciendo en éste área instrumentos de evaluación neuropsicológica, especialmente aquellos que exploran funciones neuropsicológicas frontales como vigilancia, formación de conceptos, flexibilidad mental y planificación, intentando obtener respuestas diferentes en función de los Trastornos de Personalidad. Algunos de los más empleados son el Test de Stroop (Stroop, 1935), Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin, -WCST-, (Heaton, 1981), o *Continuous Performance Test*, -CPT- (Rosvold, Mirski, Sarason, Bransome & Beck, 1956)

4.4. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA CATEGORIAL.

A-La Entrevista Estructurada para Trastornos de Personalidad.

La entrevista es el principal procedimiento de evaluación en el campo de los trastornos de la personalidad. Podemos diferenciar diferentes tipos de entrevistas para evaluar éstos trastornos en función del mayor o menor grado de estructuración, así como por su grado de especificidad (un trastorno o varios).

La entrevista clínica no estructurada que vimos antes, se basa en la experiencia del profesional y es el método más extendido de diagnóstico, pero carece de exhaustividad y de fiabilidad (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011). Las guías recomiendan utilizar entrevistas semiestructuradas, basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM, para realizar el diagnóstico de los TP. Para agilizar el tiempo destinado a la exploración, recomiendan utilizar en primer lugar, un inventario autoadministrado para identificar qué aspectos deben ser explorados más exhaustivamente en la entrevista.

Las entrevistas semiestructuradas más utilizadas, basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM son: “la Entrevista Estructurada para los Trastornos de la Personalidad”, -SIPD-IV-, (Pfohl, Blum, & Immerman, 1997); Personality Disorder Interview-IV, -PDI-IV-, (Widiger et al., 1995) o la Standardized Assessment of Personality, -SAP-, (Pilgrim & Mann, 1990). Con traducción y validación en español tenemos la “Entrevista Diagnóstica para los Trastornos de Personalidad-IV”, -DIPD-IV-, (Zanarini, 1996), la Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-eje II, -SCID-II-, (Spitzer, Williams & Gibbon, 1990) y el Examen internacional de los trastornos de la personalidad, -IPDE- (Loranger, Janca & Sartorius, 1997).

Las dos entrevistas SCID-II e IPDE, son las más utilizadas en la clínica y están orientadas a evaluar el espectro de trastornos de personalidad. Cuentan con buena fiabilidad y validez, e intentan aumentar la fiabilidad y validez diagnóstica estandarizando el proceso de evaluación.

Ambas cuentan con un cuestionario autoadministrado que permite orientar sobre qué ítems de la entrevista necesitamos recabar mayor información. En ambas se intenta valorar la calidad de la información proporcionada y operativizar las respuestas del sujeto, para conseguir una mayor objetividad en la puntuación de cada criterio como ausente, subclínico y verdadero o patológico.

La versión española de la SCID-II, (Spitzer et al., 1990), fue publicada por la editorial Masson (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1999). Se estructura por los Trastornos recogidos en el DSM-IV. La fuente de información es el sujeto, aunque se puede utilizar toda fuente disponible, como familiares y otros terapeutas. Indaga el cumplimiento de los requisitos para ser diagnosticado de trastorno de personalidad: patológico, persistente (5 años como mínimo) y presencia generalizada. Posteriormente para cada trastorno de personalidad se hacen preguntas dirigidas a examinar los criterios establecidos en el DSM-IV.

El Examen internacional de los trastornos de personalidad, -IPDE- (Loranger, Janca & Sartorius, 1997), cuenta con una adaptación española (López-Ibor, Pérez, & Rubio, 1996). Tiene dos formatos, uno basado en el DSM-IV el otro en la CIE-10; se estructura por áreas para recoger la información (trabajo/ocupación, uno mismo, afectos, control de impulsos, relaciones interpersonales, sentido de la realidad y conducta antes de los 15 años). Ha de contestarse en relación a lo ocurrido en los últimos 5 años. La información obtenida puede provenir de dos fuentes, el paciente y los familiares.

Por otra parte contamos con entrevistas *para evaluar trastornos específicos de la personalidad*. Dos entrevistas para el TLP serían la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada, -DIB-R-, (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989), y la "Escala de Zanarini para la evaluación del Trastorno Límite", -ZAN-BDP-, (Zanarini et al. 2003). La DIB-R tiene traducción en español (Barrachina et al., 2004), está basada en los criterios de anteriores versiones del DSM y evalúa la presencia de síntomas típicos del TLP limitando la exploración a los 2 años previos en 5 ámbitos: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, cognición y relaciones interpersonales.

A pesar de las recomendaciones de las guías, respecto las entrevistas citadas hay que señalar algunos inconvenientes. Ni las generales ni las específicas, están aún adaptadas a los nuevos criterios del DSM-5. Además pese a ser consideradas el estándar diagnóstico, las diferentes entrevistas presentan un pobre acuerdo entre sí. Por otra parte las generales, presentan el inconveniente de su coste en términos de tiempo del profesional. Por otra parte los instrumentos para un solo trastorno como la DIB-R y la ZAN-BPD son más breves, pero obvian el hecho de que raramente encontramos pacientes con TLP "puros" (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011).

B-Los Autoinformes: Cuestionarios, Inventarios y Test psicométricos.

Los cuestionarios son un instrumento frecuentemente utilizado en la evaluación de los Trastornos de Personalidad. Aquí también podemos distinguir entre los generales, orientados a valorar la posible presencia de un trastorno de personalidad, y los específicos, cuando se quiere confirmar la presencia de un trastorno concreto.

Entre los cuestionarios generales, destacar por sus cualidades psicométricas y amplio uso en la clínica, el Inventario Clínico Mutiaxial de Millon, -MCMI-III-, (Millon, Davis & Grossman, 2006); el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- Restructured Form, -MMPI-2-RF-, (Ben-Porath & Tellegen, 2008), y el Cuestionario Diagnóstico de la Personalidad-4+, -PDQ-4+-, (Hyler, 1994). De todos ellos hay traducción en español, destacamos las dos primeras por ser las más utilizadas.

El MCMI-III de Millon, consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso), 4 índices que permiten evaluar la validez del protocolo (sinceridad, validez, deseabilidad social y devaluación) y 24 escalas organizadas en función de la severidad. Estas escalas incluyen 11 patrones clínicos de personalidad de severidad moderada, 3 de personalidad grave, 7 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes clínicos severos (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). El inventario, pretende recoger los síndromes clínicos del Eje I y los TP del Eje II del DSM-IV.

El MMPI-2-RF, (Ben-Porath, & Tellegen, 2008) consta de 50 escalas. Es un instrumento ampliamente utilizado en el contexto clínico y forense de adultos por las escalas de sinceridad incluidas. Contamos con una versión para adolescentes, el MMPI-A 2, del 2003. El MMPI-2-RF recoge las 5 dimensiones patológicas de personalidad, que se han tenido en cuenta en el DSM-5, de ellas hablaremos en el apartado de evaluación dimensional.

Algunos Cuestionarios Específicos, centrados en un trastorno, encontramos por ejemplo para el Trastorno Límite: "Escala del Trastorno Límite de Personalidad" de Perri (1982); "Índice del Síndrome Límite" de Conte (1980); Borderline Symptom List, -BSL-95- (Bohus et al., 2007); McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder, -MSI-BPD- (Zannarini, 2003). La mayor parte de estos no tienen traducción y validación en español.

En español contamos con Listado de Síntomas Límite-23, -BSL-23-, (Soler, Vega, Feliu-Soler, Trujols, Soto, Elices et al., 2013). Se trata de la versión reducida de la BSL-95. Recientemente ha sido validada en la población española y es una prueba autoadministrada. Incluye una escala básica con 23 ítems, una analógica visual de la percepción del estado general y una escala complementaria para una evaluación conductual, de 11 ítems.

También en esta línea de evaluación encontramos el Borderline Evaluation of Severity Over Time, -BEST-, (Pfohl & Nancee, 2002), instrumento que seleccionamos por estar incluido en uno de los componentes terapéuticos y por poseer otras características que expondremos en el apartado metodología.

Los cuestionarios autoinformados tienen una mayor utilidad en la práctica clínica que las entrevistas semiestructuradas ya que entre otras ventajas, ahorran tiempo, permiten una amplia utilización, suelen presentar propiedades psicométricas superiores y suelen presentar datos normativos. Entre las desventajas es que no podemos comprobar en qué medida los resultados reflejan realmente el funcionamiento a lo largo de la vida sin contaminación del estado psicopatológico actual, aspecto que también afecta a las entrevistas. Por otra parte en el caso específico del TLP, ambos formatos entrevista y cuestionarios, muestran un bajo acuerdo.

4.5. EVALUACIÓN DESDE EL MODELO DIMENSIONAL. DSM-5 Y PID-5.

La evaluación desde la perspectiva dimensional, sigue las mismas indicaciones señaladas respecto las consideraciones de evaluación. Así mismo la las fuentes de evaluación señalados arriba también se pueden utilizar desde ésta perspectiva: la observación, inventarios autobiográficos, fuentes documentales y otros profesionales.

Una diferencia es que en este caso, aunque la entrevista sigue siendo la principal fuente de información, tendremos que seleccionar aquella que mejor se ajuste a una recogida de información por áreas. De las señaladas arriba, la estructura de la IPDE para Trastornos de Personalidad en general, podría ser útil desde ésta perspectiva ya que recoge la información por áreas de funcionamiento de la personalidad (en lugar de por trastornos), si bien como decíamos, aún no está adaptada al DSM-5.

En este punto tenemos que considerar cuando pretendemos seguir el Modelo Dimensional del DSM-5 (Sección III), que para el diagnóstico de un trastorno de personalidad, necesitamos realizar dos valoraciones, a saber, los rasgos de personalidad y el nivel de funcionamiento de la personalidad. Dado que la evaluación del nivel de funcionamiento de personalidad supone una complejidad añadida al tener que evaluar diversas áreas, comenzaremos por exponer cómo evaluar los rasgos, esto facilitará el paso posterior a la evaluación del funcionamiento. Revisemos como podríamos realizar ambas evaluaciones.

4.5.1. Evaluación de los Rasgos de Personalidad.

Como decíamos, el Criterio B en el modelo dimensional implica evaluar los rasgos de personalidad. Para realizar esta evaluación han sido tradicionales los instrumentos de Eysenck o Cattell, representantes de dos líneas distintas en el planteamiento y evaluación de los rasgos. Veamos algunos de los autores e instrumentos más representativos.

En la línea de los modelos factoriales léxicos, Cattell (1943), parte de esta teoría para construir sus instrumentos de evaluación, como el 16-PF (Cattell, 1988). Su última edición el 16PF-5 (Rusell & Karol, 1995), es una revisión y

actualización de las formas anteriores, tiene 185 elementos y mide, 16 escalas primarias. Las 5 dimensiones superiores se denominan "dimensiones globales" (vectores secundarios definidos mediante análisis factorial), y están en la línea de los "cinco grandes". Otros instrumentos que ha desarrollado este autor basados en su modelo serían el ESPQ para niños (1998), y el HSPQ para adolescentes (2001).

Siguiendo esta línea factorial-léxica, Costa y McCrae desde el Modelo de los Cinco Factores (FFM), crearon el Inventario NEO-PI, (Costa & McCrae, 1992a). Su versión revisada, -NEO-PI-R-, (Costa & McCrae, 1992b), consta de 240 ítems que evalúan 30 facetas (ocho elementos por faceta), agrupadas en cinco factores: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y escrupulosidad. Algunos instrumentos breves o de screening basados en este modelo, serían el NEO-FFI y el NEO-FFI-R de Costa y McCrae (1992b). Contamos con versiones y validación en español de estos instrumentos.

Desde este modelo, contamos con otros instrumentos de menor uso, por ejemplo los propuestos por Goldberg (1992, 1999), tanto las listas de adjetivos como las escalas IPIP. El Big Five Questionnaire, -BFQ-, de Caprara, Barbaranelli, Borgogni & Perugini (1995), y el Cuestionario "Big Five" de personalidad para niños y adolescentes, -BFQ-NA-, de Caprara, Barbaranelli & Rabasca (2006).

En una línea distinta, siguiendo los modelos biológico-factoriales, Eysenck desarrolla varios de los instrumentos más utilizados en la investigación, destacando (Vives, 2007): el Maudsley Medical Questionnaire, -MMQ-, (1952); el Maudsley Personality Inventory, -MPI-, (1959), y el Eysenck Personality Inventory, -EPI-, (1965, 1987). El Eysenck Personality Questionnaire, -EPQ- (1975), mide Neuroticismo (N), Extraversión (E), Psicoticismo (P) y una escala de sinceridad (L). Entre las últimas versiones encontramos el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck, -EPQ-R-, (1997). También elaboró para niños de 8 a 15 años el EPQ-J, y a partir de los 16 años el EPQ-A (1986).

Siguiendo esta línea, Zuckerman crea el modelo de los "cinco alternativos" dando lugar a un instrumento de medida, ampliamente utilizado en la investigación, el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, -ZKPQ-, (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta, & Kraft, 1993), para evaluar las dimensiones propuestas, compuesto por 99 ítems y una escala adicional distorsiones de respuesta.

Otro autor a destacar es Cloninger, quien desde su modelo de 7 dimensiones, 4 de temperamento y 3 de carácter, ha creado instrumentos de medida útiles en la clínica, tanto para evaluar la personalidad normal como la patológica, el Tridimensional Personality Questionnaire, -TPQ-, y el Temperament and Character Inventory, -TCI-, cuya última versión es el Inventario de Temperamento y Carácter Revisado, -TCI-R-, (Cloninger, 1999).

Por otra parte tenemos el modelo de los Cinco de la Personalidad Patológica en que se ha basado el DSM5, los Personality Psychopathology Five, -PSY-5-, (Anderson et al. 2013). Estas dimensiones han quedado incluidas en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form, -MMPI-2-RF-, (2007). El PSY recoge 5 dimensiones: Agresividad, Psicoticismo, Neuroticismo/emocionalidad negativa, Antisociabilidad e Introversión (Harkness & McNulty, 1994, 2007).

En relación a los Cinco Factores de la Personalidad Patológica aplicados a "Trastornos Específicos" de Personalidad, Bagby and Widiger (2018), realizan una revisión de los instrumentos que se han desarrollado hasta la actualidad partiendo de las facetas incluidas en el NEO PI-R , seleccionando los más relevantes para cada TP específico: el Elemental Psychopathy Assessment, -EPA-, (Lynam et al., 2011), el Five-Factor Schizotypal Inventory, -FFSI-, (Edmundson et al., 2011), el Five-Factor Histrionic Inventory, -FFHI-, (Tomiatti et al., 2012), la Five-Factor Avoidant Assessment, -FFAvA-, (Lynam et al., 2012), el Five-Factor Borderline Inventory, -FFBI-, (Mullins-Sweatt et al., 2012), el Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory, -FFOCI-, (Samuel et al., 2012), el Five-Factor Dependency Inventory, -FFDI-, (Gore et al., 2012), y el Five-Factor Narcissism Inventory, -FFNI-, (Glover et al., 2012). Si bien muchos de ellos aún no han sido validados en español.

Señalar sobre estos instrumentos dimensionales, tanto los generales como los orientados a trastornos específicos, que debido a la mayor validez externa del modelo sobre el que se basan, permiten ser utilizados para guiar decisiones sobre el tratamiento más allá de una información diagnóstica y suelen presentar propiedades psicométricas más adecuadas que los categóricos (Widiger & Trull, 2007). Si bien uno de los objetivos de nuestra investigación consistirá en comprobar la utilidad de un instrumento específico basado en este modelo dimensional, el PID-5. Veamos algunas de sus características.

4.5.2. El Inventario de Personalidad del DSM5, el PID-5.

Para la evaluación de “rasgos patológicos” el propio DSM5 facilita un instrumento específico el “*Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5)*” (The Personality Inventory for DSM-5) de Krueger, Derringer, Markon, Watson and Skodol (2010), del cual existen varias formas disponibles: a) Formato de 220 elementos para adultos (25 facetas-rasgo y 5 dominios); b) Formato breve de 25 ítems centrado en los 5 dominios; c) Inventario de personalidad del DSM-5 - Formulario para informantes (PID-5-IRF), para adultos; y d) formato para niños de 11-17 años.

En su versión completa para adultos, evalúa 25 facetas de rasgos de personalidad. Determinados triplete de facetas pueden combinarse para valorar los cinco dominios bipolares, variantes desadaptativas de los Modelos de Personalidad de Cinco Factores (Big Five, Five Factor Models). En un rango entre 0 y 4, Puntuaciones Promedio mayores indican mayor “disfunción”, puntuaciones menores de 2 apuntan hacia una personalidad adaptativa y resiliente.

Veremos la descripción de estos dominios y facetas que hace el DSM-5 en el apartado Metodología, Instrumentos y Variables. En este punto sólo veremos cómo quedan agrupadas por dominios según el manual, observando que algunas son compartidas por varios dominios (a estas les pondremos asterisco). Así los cinco Dominios bipolares, agrupan las siguientes facetas:

- Dominio Afecto Negativo (versus estabilidad emocional): Labilidad Emocional, Ansiedad, Inseguridad de Separación, Sumisión, Perseverancia, Hostilidad*, Depresión*, Susplicacia*, Afecto Restringido* (bajo).
- Dominio Desapego (versus extraversión): Evitación o retraimiento, Evitación de la Intimidad, Anhedonia, Afecto Restringido*, Susplicacia o Desconfianza*, Depresión*.
- Dominio Antagonismo (versus amabilidad): Manipulación, Falsedad, Grandiosidad, Búsqueda de Atención, Insensibilidad, Hostilidad*.
- Dominio Desinhibición (versus escrupulosidad): Irresponsabilidad, Impulsividad, Distraibilidad, Asunción de Riesgos, Perfeccionismo Rígido (bajo).

- Dominio Psicoticismo (versus lucidez): Disregulación Cognitiva y Perceptiva, Creencias y experiencias inusuales, Excentricidad.

La combinación en las puntuaciones obtenidas en las 25 facetas-rasgo nos dará un “perfil” que permite apuntar hacia el diagnóstico de alguno de los TP específicos de la Sección III (antisocial, límite, narcisista, evitativo, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) o describir los rasgos en los TP Especificados por Rasgos (TP-ER). Se requiere una afectación moderada o severa de un número determinado de facetas de personalidad para realizar cada diagnóstico.

Como decimos, el PID5 permite realizar una descripción del “perfil de personalidad”, de rasgos desadaptativos pero también de los adaptativos. Así podemos valorar los rasgos de personalidad resiliente (el extremo positivo).

Este inventario como decíamos, tiene tres versiones, en nuestra investigación utilizaremos la completa autoinformada. Es una escala autocumplimentable de 220 ítems. El instrumento ha ido mostrando buenas cualidades de fiabilidad y validez, consistencia interna, la fiabilidad test-retest y la validez de criterio en diversos estudios y en diferentes idiomas, estudiando sus cualidades con poblaciones adultas, en población clínica y no clínica, de diversos países. En adolescentes se observan divergencias en los resultados obtenidos, requiriendo mayor investigación (Al-Dajani, Gralnick & Bagby, 2016; Bastiaens et al., 2016; Krueger & Markon, 2014; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock & Bagby, 2013; Somma et al., 2016).

Ha mostrado validez convergente y discriminante con otros instrumentos para evaluar la personalidad, como el PSY-5, el Personality Assessment Inventory (PAI), y diferentes versiones del Big Five, como el Test de Personalidad en 5 Dimensiones, DAPP-BQ, FFM Rating Form (FFMRF), el International Personality Item Pool-NEO (IPIP-NEO), o el NEO-PI-R (Crego, Gore, Rojas, & Widiger, 2015; Helle, Trull, Widiger, & Mullins-Sweatt, 2016; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013). Respecto la relación entre el PID-5 con los instrumentos basados en el Big Five, se observa que coinciden los 5 dominios, aunque hay resultados dispares respecto Psicoticismo (PID-5) y Apertura (NEO-PI-R); esto apoya la hipótesis de que los cinco dominios del modelo de rasgos dimensionales DSM-5 son variantes desadaptativas de la estructura general de personalidad (Gore & Widiger, 2013; Griffin & Samuel, 2014; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015). Respecto a las cinco dimensiones patológicas, el PSY-5 y el PID-5

han mostrado alta convergencia, con una estructura similar en dominios y facetas (Anderson et al., 2013).

Se comprueba que los polos superiores indican patología y los inferiores normalidad, es decir en su mayoría son facetas unidimensionales. Esto también se observa en los Dominios del instrumento. Si bien parece que algunas de las facetas podrían mostrar bidimensionalidad (p.ej. la faceta labilidad emocional), aspecto en que los autores obtienen resultados dispares. Su estructura factorial ya ha sido replicada en estudios de diferentes países, también en España, así como la estructura jerárquica del instrumento (Roskam et al., 2015).

En su validación española de Gutiérrez et al. (2017), las facetas han mostrado buena consistencia interna tanto para muestras clínicas ($\alpha = .86$) y en población general ($\alpha = .79$), resultados que son coherentes con los obtenidos por otros autores ($\alpha > .70$). También ha mostrado validez discriminante entre sujetos clínicos y no clínicos con muestras españolas, sobretodo depresión y anhedonia (Gutiérrez et al. 2017). Con los estudios de validación, los autores encuentran que el PID-5 español es en gran parte equivalente al original y puede usarse en poblaciones clínicas y comunitarias (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014; Gutiérrez et al., 2015). Teniendo en cuenta que los rasgos de personalidad se distribuyen de forma continua en la población, permite comparar los rasgos de un sujeto con los de la población a que pertenece, lo que en futuras investigaciones podría servir como referencia para establecer puntos de corte.

Cuando se ha comparado su capacidad como predictor de patología de la personalidad en entrevistas como el IPDE, ha obtenido mejores resultados que instrumentos de evaluación que parten del modelo categorial, por ejemplo el PDQ-4 + (Fossati et al., 2016). La versión abreviada, PID5-BF, ha mostrado también buenas propiedades psicométricas en los estudios realizados en diferentes países, como Italia (Fossati et al., 2015), en Francia (Combaluzier et al., 2016) o EEUU (Anderson et al., 2016).

No obstante se han planteado algunas dudas sobre posibles sesgos que influirían en los resultados en el PID-5, por ejemplo la “subnotificación” y la “sobrenotificación”, la inconsistencia de respuesta o respuestas al azar, ya que éstas podrían influir significativamente en las puntuaciones medias de facetas y Dominios. Así se han llegado a desarrollar escalas para su corrección, como la PID-5-VRIN y la PID-5-ORS (Dhillon, Bagby, Kushner, & Burchett, 2016; Keeley,

Webb, Peterson, Roussin, & Flanagan, 2016; Somma et al., 2018), cuya aplicación y utilidad se está investigando, si bien aún están en fase experimental y lengua inglesa. Una opción alternativa para intentar contrarrestar estos sesgos sería utilizar la versión del PID-5 para informantes, cuyas características de validez y fiabilidad, así como la estructura factorial y la correlación con los autoinformes, ha obtenido buenos resultados (Markon et al., 2013; Jopp & South, 2015). Así mismo podemos utilizar diversos instrumentos para valorar los mismos constructos y comprobar la coherencia de los resultados; este será el método que utilizaremos en nuestra investigación, comprobando su correlación con el instrumento BEST para los síntomas del TLP.

En resumen, el PID-5 muestra propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo una estructura de factor replicable, convergencia con instrumentos de personalidad existentes y asociaciones esperadas con conceptos clínicos ampliamente aceptados. Y estos resultados se han replicado también en nuestro país. No obstante se necesitan más investigaciones en relación a la utilidad clínica, relaciones con rasgos de personalidad psicopatológicos utilizando muestras clínicas y la inclusión de escalas de validez para mejorar su aplicación en la práctica.

Todos estos aspectos tendremos que tomarlos en consideración tanto en el desarrollo de nuestra investigación, como a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

4.5.3. Evaluación del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad.

En el Criterio A, se hace necesario evaluar el “nivel de funcionamiento de la personalidad”, esto es, las dificultades en el funcionamiento personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad), en un continuo.

El DSM5 para realizar ésta evaluación, propone utilizar la “*Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad*”, -ENFP- o -LPFS- (Level of Personality Functioning Scale-LPFS), donde valorar éstos elementos diferenciando cinco niveles de deterioro, desde funcionamiento saludable y adaptativo (nivel 0), hasta deterioro extremo (nivel 4).

Hay que tener en cuenta que se requiere al menos un nivel moderado de dificultad en el funcionamiento en dos áreas, para el diagnóstico de trastorno. Esto se basa en la evidencia empírica de que este umbral maximiza la capacidad de los clínicos para identificar con precisión y eficiencia, la patología del trastorno de personalidad.

El LPFS también puede ser utilizado como un indicador global del funcionamiento de la personalidad, sin especificación de un diagnóstico de TP. Esta información resulta de utilidad para la caracterización clínica, para la planificación del tratamiento y de cara al pronóstico.

La dificultad que se plantea es que para poder utilizar esta escala, necesitaremos utilizar toda la información obtenida a través de otros procedimientos de recogida de información. Aunque distintos autores han intentado desarrollar instrumentos para realizar la evaluación de la Disfunción de la Personalidad (Rossi, Debast & van Alphen 2016). Veamos algunos de ellos:

- La Multidimensional Personality Disorder Rating Scale, -MPDRS-, (Johnson et al., 2008), es una entrevista estructurada que intenta apresar los criterios del DSM en cuanto a la estabilidad del rasgo, su inflexibilidad y deterioro funcional. Ha obtenido inicialmente buenas propiedades psicométricas y se ha propuesto como evaluación alternativa o suplementaria de los umbrales diagnósticos para los trastornos de la personalidad.
- El Severity Index of Personality Problems, -SIPP-118-, y su versión abreviada, -SIPP-SF-, (Verheul, Andrea, Berghout, Dolan, Busschbach, VanDer Kroft, et

al., 2008), es un autoinforme que valora la presencia y la gravedad de un trastorno de la personalidad mediante la medida de algunos componentes nucleares del funcionamiento desadaptativo, como la capacidad de ejercer control sobre impulsos y emociones, de desarrollar un sentido de identidad o de mantener relaciones gratificantes y duraderas. Ha mostrado sensibilidad a los cambios adaptativos de personalidad después del tratamiento.

- El Psychopathological Functioning Levels – Rating Scale (PFL-RS) trata de identificar diferentes niveles de deterioro en los pacientes psicopatológicos (no sólo Trastornos de personalidad). Este instrumento evalúa cinco áreas disfuncionales: identidad, Comprensión, Emociones negativas, Regulación de la acción y Habilidades sociales, con 7 niveles de severidad para cada área (Ferrero et al., 2016).
- Clark y colaboradores desarrollan la Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality full-length, SNAP y SNAP-2, y las versiones breves, (SNAP-SRF, SNAP-ORF, SNAP-BSRF), como medidas de los rasgos de personalidad desde un rango saludable hasta el patológico, recogidos en tres factores, afectividad negativa, afectividad positiva y desinhibición (Clark, 1993; Clark & Ro, 2014).
- Otros ejemplos serían el Measure of Disordered Personality Functioning Scale (MDPF, Parker et al. 2004), Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0 (LPFS–BF 2.0) o la entrevista semiestructurada, The Clinical Assessment of the Level of Personality Functioning Scale, -CALF-, (Thylstrup et al., 2006).

Aunque son sugerentes, nos encontramos con dificultades para su utilización. Todos estos instrumentos se encuentran en fase de validación, con lo que sigue en estudio los indicadores en relación a su fiabilidad y validez. Por otra parte aún no han sido validados en España. Además, algunos de ellos son anteriores a la versión DSM-5, por lo que no se adaptan a lo que en la Sección III plantea como Funcionamiento de la Personalidad.

Con traducción y validación en español nos encontramos con la escala heteroaplicada desarrollada en nuestro medio, la Impresión clínica global para pacientes con TLP, -ICG-TLP-, (Pérez, Barrachina, Soler, Pascual, Campins, Puigdemont et al., 2007). Registra tanto la presencia como los cambios en los criterios de TLP y permite al clínico dar una impresión general de la gravedad del cuadro. Constituye una escala muy breve de tan solo 10 ítems, de los cuales, 9

hacen referencia a los criterios diagnósticos y un décimo para la valoración general. El formato ICG-TLP-M es muy útil para la evaluación durante el tratamiento, ya que evalúa la mejoría en cada uno de los criterios respecto a la línea base.

Si nuestro objetivo es medir el cambio en componentes específicos como el riesgo de suicidio o la inestabilidad, contamos con la Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire, -DAPP-BQ-, (Livesley & Jackson, 2002), con traducción en español y el Cuestionario básico para la Evaluación Dimensional de la patología de la personalidad (Gutiérrez-Zotes et al., 2008). También el Listado de Síntomas Límite-23, -BSL-23-, (Bohus, 2008; Soler, Vega, Feliu-Soler, Trujols, Soto, Elices et al., 2013). Si bien en este caso lo que estamos evaluando es la gravedad en criterios que forman parte de la propia definición del trastorno, más que el funcionamiento de la personalidad.

Siendo así, en esta línea tenemos que el autoinforme BEST (Pfohl & Nancee, 2002), evalúa la presencia y gravedad de indicadores de mal funcionamiento, como suicidio, pérdidas de control, o uso de servicios sanitarios, que son útiles para registrar tanto los rasgos y su gravedad, como el cambio a lo largo del tiempo o secundario al tratamiento. Al estar incluida en un programa específico de tratamiento, el STEPPS, que incorporamos al Hospital de Día, éste es el instrumento que hemos utilizado en nuestra investigación.

Por otra parte algunos autores plantean que distinguir el funcionamiento de la personalidad y los rasgos es importante conceptualmente, porque tener rasgos extremos no es necesariamente patológico. Sin embargo, agregar el funcionamiento de la personalidad al diagnóstico de personalidad representa un desafío empírico, porque los constructos se superponen conceptualmente y no hay un consenso sobre la naturaleza exacta y el número de dimensiones necesarias para representar toda la gama de disfunciones relacionadas con la personalidad, siendo lo más frecuente evaluar sólo una de las áreas (por ejemplo el funcionamiento interpersonal).

Además diferentes autores encuentran una correlación moderada-alta entre las dimensiones de rasgos y el deterioro en el funcionamiento de la personalidad. Esto se da tanto a nivel transversal, como a nivel prospectivo, es decir las puntuaciones en los rasgos predicen significativamente el funcionamiento

personal y psicosocial posterior. Además se observa que los cambios en los rasgos correlacionan con cambios en el funcionamiento (Wright et al 2015).

Por este motivo algunos autores llegan a plantear que en realidad estamos evaluando los mismos conceptos cuando evaluamos dimensiones de rasgos patológicos (Calabrese & Sims, 2014). Así la Disfunción en Identidad no difiere notablemente del Dominio Afectividad Negativa, la Autodirección del Dominio Desinhibición (también en el aspecto de perfeccionismo), la Empatía con el Dominio Antagonismo y la Intimidad con el Dominio Desapego. Tal vez el único dominio que no tendría una correspondencia exacta sería el psicoticismo.

No sería por tanto descabellada la idea de utilizar las puntuaciones obtenidas en los Dominios y Facetas de rasgos, así como el Promedio de las Facetas del PID-5 como estimador global y comprensivo, del nivel de funcionamiento de la personalidad, para situar al sujeto en la *“Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad”* (ENFP). De hecho algunos autores encuentran una alta correlación entre este indicador de gravedad total obtenido del promedio de facetas del PID-5 y las estrategias disfuncionales de afrontamiento del estrés (Hengartner et al., 2014). Este indicador se podría complementar con la información obtenida a través del mencionado BEST, así como exploraciones e informaciones complementarias como otros instrumentos sobre dificultades psicosociales específicas. Este será el enfoque que utilizaremos en nuestra investigación.

5. TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

5.1. TRATAMIENTOS EFICACES PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO.

Antes de pasar a exponer nuestro diseño de investigación, dado que contempla aplicar el Modelo Dimensional y el instrumento PID-5 a través de un programa de intervención, es conveniente revisar los principales tratamientos basados en la evidencia así como las recomendaciones de las guías clínicas disponibles para estos trastornos. Revisaremos en primer lugar los tratamientos para los TP en general y dado que no hay recomendaciones específicas, incluimos en este apartado la investigación realizada hasta la actualidad con los TPNE y TPM. En el siguiente punto expondremos los tratamientos y recomendaciones para el TLP, ya que para este trastorno contamos con mayor investigación y publicaciones.

Para el conjunto de Trastornos de Personalidad, desde la Revisión realizada por Pérez-Álvarez, Fernández, Fernández, y Amigo (coord., 2009), sobre tratamientos eficaces, encuentran que si bien se han propuesto diversos tratamientos, las investigaciones rigurosas sobre sus efectos clínicos reales son “escasas, dispersas o asistemáticas”. Entre sus conclusiones observan lo siguiente:

-Para el Trastorno Límite de la Personalidad, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), de M.M. Linehan, así como la Terapia de Conducta, se plantean como tratamientos “probablemente eficaces”. Si bien, como señalan los autores de la revisión, los cambios que se producen con la TDC y la Terapia de Conducta, se dan en conductas específicas problemáticas, pero no necesariamente los rasgos más definitorios y representativos del TLP. Por otra parte, la Terapia Cognitivo-Conductual es para estos trastornos un tratamiento en “fase experimental”.

-Para el Trastorno por Evitación, la Terapia de Conducta, consistente en entrenamiento en habilidades sociales y exposición gradual, es un tratamiento

“probablemente eficaz”. Se consigue mejorar el “funcionamiento social” de los pacientes, aunque hay un escaso grado de modificación en las conductas sintomáticas propias del trastorno.

-Para los demás Trastornos de la Personalidad, no parece estar demostrado que exista ningún tratamiento psicológico que pueda considerarse “bien establecido”. Los tratamientos se encuentran en “fase experimental”, incluyendo la Terapia Cognitivo Conductual.

A pesar de estos pobres resultados para los TP en general, hay que señalar que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se ha centrado más en desarrollar técnicas y programas para síntomas concretos, en los que sí se ha mostrado como una terapia eficaz. Probablemente estas técnicas y programas puedan ser componentes importantes para el abordaje de los TP, como señala Caballo (2001). Por este motivo progresivamente se han ido extendiendo para el abordaje también de los TP, observando que para el Clúster C y trastornos mixtos, se están obteniendo buenos resultados con la TCC (Bateman, Gunderson & Mulder, 2016). Por otra parte, la TCC, se ha modificado para el tratamiento de personas con TLP (Cuevas & López, 2012).

Así mismo se han ido encontrando buenos resultados con programas que se han derivado de la TCC, como es el caso del Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving, STEPPS, de Blum et al. (2008). Veamos algunas investigaciones al respecto.

Chiesa and Fonagy (2006), en un estudio retrospectivo de los últimos seis años, comparaban tres cohortes de pacientes que realizaban tratamientos diferentes, el programa STEPPS, un tratamiento de larga duración hospitalario y un tratamiento psiquiátrico habitual. Se valoró la severidad del TP, el ajuste social y el funcionamiento global, las autolesiones, las conductas parasuicidas y el número de reingresos concluyendo que el programa STEPPS lograba mejorías más significativas en la mayoría de variables y que estas mejorías se mantenían a los 6 años. Chiesa and Fonagy (2007), en un ensayo clínico comparan dos programas para los TP de clúster B, uno un tratamiento hospitalario de larga duración y el otro del programa STEPPS, observando que cuando existían autolesiones el programa STEPPS era el que mejores resultados proporcionaba.

Grazt, Lacroce and cols., (2006), realizaron un estudio prospectivo para evaluar si un tratamiento breve intensivo inicialmente a nivel de hospitalización parcial siguiendo el programa STEPPS y posteriormente ambulatorio producía mejorías en los pacientes con TLP/TP; los resultados mostraron una mejoría significativa de la afectividad y del control de las emociones, una disminución de las conductas parasuicidas y de la severidad de los síntomas.

Estos estudios apuntan que al menos para el Clúster B, el STEPPS, está obteniendo buenos resultados. Por lo que es un programa interesante a tener en cuenta al abordar un programa terapéutico para estos pacientes.

Señalar en éste punto que además de los tratamientos específicos revisados, se hace necesario valorar la eficacia de programas multicomponentes desde diferentes recursos asistenciales. Desde la revisión de los tratamientos específicos para TLP revisaremos algunos recursos, en concreto hospitales de día, que también se han centrado en el abordaje de TP en general.

De otro lado, aunque el Trastorno de Personalidad No Especificado (TPNE), es altamente prevalente y se asocia con una gran carga de discapacidad, sólo existen unos pocos estudios de tratamiento centrados en este grupo de pacientes. Por este motivo se asume que los resultados obtenidos con los trastornos de personalidad en general, serían aplicables al TPNE.

En esta línea apunta la investigación de Horn, Bartak, Meerman et al., (2015), quienes investigan la efectividad de diferentes modalidades de psicoterapia en pacientes con TPNE, es decir, a corto plazo hasta 6 meses y largo plazo más de 6 meses, en pacientes ambulatorios, de hospital de día y hospitalizados. En los resultados encuentran que todas las modalidades de tratamiento mostraron resultados positivos, tanto a corto como a largo plazo de seguimiento, en términos de mejoras en la gravedad de los síntomas y el funcionamiento de las funciones sociales (relaciones interpersonales y rol social). En general las terapias a corto plazo e intensivas tenían efectos más altos pero decrecientes, mientras las terapias a largo plazo tenían efectos más bajos pero crecientes, aunque se diluyen con el tiempo las diferencias entre modalidades.

Compararon sus resultados con estudios anteriores como el de Karterud et al. (2003), quienes comparaban la eficacia del tratamiento de hospital de día para el TPNE y los diferentes Clústers A, B y C. Observaron que para TPNE el

tratamiento en Hospital de Día, los resultados son significativos en la gravedad de síntomas al año del tratamiento al igual que para el Clúster C y el Trastorno límite, siendo más beneficioso que para el Clúster A. Cuando analizan los resultados obtenidos para este grupo por diferentes estudios (Fonagy, 2003; Fonagy & Holmes, 2006; Bateman & Fonagy 2008), observan resultados similares a los obtenidos en la investigación llevada a cabo.

Llegan a la conclusión de que estos pacientes se benefician en la misma medida que los TP específicos de un abordaje terapéutico, sin que la orientación terapéutica tenga un peso importante en los resultados, e incluso que los efectos positivos permanecen después de 5 años. Probablemente las terapias a corto plazo e intensivas supongan mayor rentabilidad a largo plazo. Realizan los autores una reflexión importante, la de continuar investigando qué tratamientos funcionan mejor para cada categoría de pacientes en lugar de para cada categoría de diagnósticos, lo que apunta a una orientación desde los rasgos más que categorial.

En resumen, aunque sólo se plantean como tratamientos probablemente eficaces la TDC y la Terapia Conductual para el TLP, así como la Terapia Conductual para el Trastorno por Evitación. La Terapia Cognitivo-Conductual, aun planteando que está en fase experimental, está obteniendo buenos resultados en su aplicación a los TP en general. En programas derivados de la TCC, como el STEPPS, se están obteniendo resultados prometedores con los TP en general, sobre todo para el Clúster B. Y finalmente, aunque existen pocas investigaciones centradas en el grupo de personas con TPNE, se pueden obtener idénticos beneficios del tratamiento que otros TP específicos. Se trata pues de un campo que requiere mayor investigación derivada sobre todo desde la vertiente de la psicología aplicada a la práctica clínica.

5.2. REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.

Debido a las características del trastorno, a la compleja problemática que presentan estos pacientes, a los altos niveles de deserción del tratamiento y los elevados costos para los sistemas de salud del mismo, surgió la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Que el TLP tenga una amplia variedad de manifestaciones sintomáticas, (emocionales, conductuales, etc.), unido a la presencia de problemas sociales y familiares, hace que sea necesario que las intervenciones sean multidisciplinarias con componentes psicológicos, sociales y biológicos (Consejería de Salud, 2006). Se trata de plantear un abordaje terapéutico con eficacia demostrada, de cara a aumentar la calidad asistencial, así como mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas de TLP y de sus familiares.

Así en la producción científica de los últimos años en España relacionada con el TLP (Fernández-Guerrero & Palacios-Vicario, 2017), el 48% está relacionada con el análisis de la eficacia de diferentes abordajes terapéuticos. De éstos el 36% analizan tratamientos basados en la Terapia Cognitivo-Conductual, fundamentalmente Terapia Dialéctico-Conductual, aunque ninguno expresamente en la Terapia Cognitivo-Conductual de Beck. Otro 36% se centran en enfoques psicodinámicos. Y un 16% se basan en el análisis de los resultados obtenidos en régimen de Hospital de Día, poniendo énfasis en algún modelo terapéutico específico.

Para tener un panorama sobre *la eficacia de los Tratamientos para el TLP*, hemos revisado distintas fuentes. Destacaremos algunas de ellas.

La *“Guía de Práctica Clínica sobre el TLP”* del Fórum de Salud mental y Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut –AIAQS-, Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011). Esta guía se realiza una amplia revisión y recomendaciones de intervención. En cada apartado establece diferentes Grados de recomendación A, B, C o D, según sea muy buena, buena, regular o baja la calidad de la evidencia, añadiendo recomendaciones de los expertos. Para ello han identificado ensayos clínicos, metaanálisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica sobre el trastorno límite de la

personalidad, utilizando las siguientes bases con los datos disponibles hasta 2010: Pubmed/MEDLINE, Psycinfo, Biblioteca Cochrane Plus, TRIPDatabase, GuiaSalud, G-I-N International Guidelines Library, US National Guidelines Clearinghouse, UK National Library for Health, UK NICE Guidance, CMA Infobase, New Zealand Guidelines Group, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

El *Documento Técnico de Atención a las personas con TLP* de la Junta de Andalucía (2012), extrae idénticas conclusiones que la guía citada, tras la revisión en metabuscadores (tripdatabase), revisiones sistemáticas (Cochrane), guías de práctica clínica (NICE, 2009), y fuentes primarias (Pubmed).

Entre otros, artículos consultados, centrados en revisar la evidencia de Estudios Controlados Aleatorizados en diversas bases de datos, tenemos el señalado arriba de Pérez-Álvarez et al., (2009). También el de Lana y Fernández-San Martín (2013), sobre la eficacia de los tratamientos, sobre las variables en que inciden, así como en las variables relacionadas con la adherencia y el abandono (pacientes refractarios).

Burgal Juanmartí y Pérez Lizeretti (2017), realizan una revisión de la eficacia de diferentes terapias para el TLP, a través del análisis de la literatura en las bases de datos PsyInfo, Medline, Psycodoc y Google Scholar entre 1990 y 2015.

Blanco, Díaz, Remesal, Soriano y Mena (2018) realizan una revisión actualizada de diferentes meta-análisis realizados por otros autores e instituciones, sobre la eficacia de los tratamientos en TLP, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, clasificando los datos obtenidos en: tratamientos que han mostrado claramente su eficacia, tratamientos que algunos estudios sugieren que es eficaz y tratamientos que no han demostrado su eficacia.

Desde estas revisiones se plantean los tratamientos e intervenciones específicas que en el caso del Trastorno Límite de Personalidad han obtenido mayor investigación. Revisamos las Recomendaciones y Conclusiones a las que llegan los autores y guías señalados.

5.2.1. Eficacia de los Tratamientos e Intervenciones Psicosociales.

5.2.1.1. Sobre los Psicofármacos y los tratamientos combinados.

La “Guía de Práctica Clínica sobre el TLP” (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011), observa que no existen evidencias suficientes sobre la eficacia de los fármacos (anticonvulsivantes, antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos), para abordar el TLP, ni en sus síntomas centrales ni para el tratamiento del funcionamiento global del paciente. Podría deberse a que estos síntomas no son susceptibles de ser tratados con fármacos, aunque por otra parte se trata de un síndrome multidimensional y ninguna medicación es efectiva en todos los dominios sintomáticos.

No obstante, recomiendan considerar el tratamiento farmacológico de forma coadyuvante a una intervención psicoterapéutica o psicosocial para mejorar de forma global o en alguno de sus síntomas característicos. Aunque tampoco encuentran evidencias para recomendar el uso de terapias combinadas en pacientes con TLP (Terapia interpersonal y terapia cognitiva combinada con fluoxetina).

Por este motivo en las guías sólo se ofrecen recomendaciones basadas en expertos, algunas de ellas adaptadas de la Guía de Práctica Clínica NICE (2009), para síntomas como la ansiedad y la depresión, es decir se recomienda en aquellos casos de comorbilidad con otros trastornos que sí tienen un tratamiento farmacológico con evidencias de eficacia. Se debe revisar periódicamente, dada la inestabilidad del trastorno, con el objetivo de retirar fármacos innecesarios o no efectivos así como para evitar la polimedicación. Usar la dosis mínima efectiva que presente un perfil de efectos secundarios bajo, escasas propiedades adictivas, un potencial de abuso mínimo y una seguridad relativa en caso de sobredosis, evitando el uso de benzodiacepinas (adaptado de la GPC del NICE (2009)

Sin embargo otras revisiones no llegan a las mismas conclusiones sobre los psicofármacos. Blanco et al. (2018), en su revisión de meta-análisis realizados por otros autores e instituciones, sitúan los psicofármacos como tratamientos que han mostrado su eficacia. Las guías recomiendan el uso de agentes antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo para la disregulación afectiva y el descontrol

conductual-impulsivo, y los antipsicóticos para los síntomas cognitivo-perceptivos. Los antidepresivos sólo resultaron eficaces en el tratamiento de la disregulación afectiva; en concreto los ISRS se encontraron eficaces para disminuir la gravedad del estado de ánimo depresivo, ansiedad e ira, principalmente en sujetos con un trastorno afectivo concomitante. Aunque en todos los estudios revisados plantean que se necesita más investigación que replique los resultados.

5.2.1.2. Las Intervenciones psicológicas y psicoeducativas “individuales y grupales”, así como los “Programas” de terapias psicológicas.

Blanco et al. (2018), en su revisión plantean que la psicoterapia es el tratamiento de elección para el TLP. Según el Documento Técnico de Atención a las personas con TLP de la Junta de Andalucía (2012), *la Terapia Dialectico-Conductual* (TDC), de Linehan et al. (1999), es la intervención psicológica que ha mostrado mejor nivel de evidencia en el ámbito del TLP. Viene respaldada por un amplio número de estudios como revisiones sistemáticas y ensayos aleatorios con grupo control. Así la TDC tiene un elevado grado de recomendación, así viene recogido en la Guía NICE y en la Guía AIAQS (2011). La Guía NICE le concede la TDC grado de recomendación A, para mujeres con intentos de suicidio repetidos. La Guía AIAQS (2011), le concede un grado de Recomendación B, para reducir los intentos de suicidio, ideas suicidas y nivel de depresión, disminuir la probabilidad de abandono de la terapia y de ingreso psiquiátrico, en las personas con TLP.

Blanco et al. (2018), en su revisión de meta-análisis, observan que se encontraron efectos significativos moderados o grandes a favor de la TDC frente al tratamiento habitual en las siguientes medidas: ira, conducta parasuicida y salud mental. La media general del tamaño del efecto en impulsividad y patología general es 0.62. El tamaño del efecto de 1.09 sugiere que el tratamiento es más poderoso para mejorar el ajuste social. También se muestra superior a la intervención control para el trastorno de estrés post-traumático. Al compararla con otras terapias, demostró una superioridad significativa de la terapia dialéctico conductual sobre la terapia centrada en el cliente.

En la Revisión de Bursal and Pérez (2017), se observan resultados en un ensayo clínico aleatorizado sobre síntomas centrales del TLP (McMain et al.,

2009), y en un estudio longitudinal no aleatorizado (Stiglmayr et al., 2014). Los estudios realizados sobre la TDC en el TLP muestran una clara eficacia en múltiples variables: conductas autolíticas y autolesivas, disminución tanto de los ingresos hospitalarios como de la utilización de los servicios de urgencias, reducción de la psicopatología general, disociaciones y depresión. Aunque es menos efectiva de lo esperado en la regulación de la intensidad de experiencias emocionales negativas.

Para otro modelo de intervención, la *Terapia Centrada en Esquemas*, TBE (Ball & Young, 1999), la “Guía de Práctica Clínica sobre el TLP” (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011), plantea que tiene un grado de *recomendación C*, para mejorar la sintomatología, la recuperación clínica y la calidad de vida en el TLP. Diferentes Ensayos clínicos Aleatorizados (Burgal & Pérez, 2017), muestran resultado de esta terapia sobre los síntomas límites, psicopatología general y funcionamiento global. Se muestra superior a la terapia centrada en la transferencia (Blanco et al., 2018). No obstante, fue aplicada en unos casos de forma individual y otros grupal, en unos casos sola y en otros junto otras modalidades terapéuticas.

También con un grado de *recomendación C*, la *Terapia Basada en Mentalización* (Bateman & Fonagy, 2004), aplicada de forma ambulatoria en hospital de día para conseguir mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejora de la función social, laboral e interpersonal. Aunque aquí forma parte de un programa más amplio de intervención por lo que es difícil separar los efectos de subcomponentes.

Blanco et al. (2018), observan en los estudios revisados, basados en estimaciones de efectos de estudios únicos, que se encontraron efectos positivos sobre la sintomatología TLP y asociada, también con las *siguientes psicoterapias* frente a intervención control: terapia centrada en la transferencia y terapia interpersonal para el TLP. Esta última sólo resultó efectiva en el tratamiento de la depresión asociada.

Por otra parte la “Guía de Práctica Clínica sobre el TLP” ofrece una serie de *recomendaciones basadas en expertos*. Así recomiendan la *psicoeducación* como una intervención inicial para mejorar la información de los pacientes acerca de su trastorno y en el caso de los familiares para disminuir la carga familiar percibida

y mejorar las habilidades de afrontamiento del entorno familiar frente al trastorno. Respecto la intervención centrada en la *Rehabilitación funcional e integración laboral*, recomiendan ofrecer, para aquellos casos que lo necesiten: programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria, de apoyo a la ocupación del tiempo libre, de inserción laboral y de rehabilitación cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento

Según plantea esta guía, “no existe suficiente evidencia” para recomendar en el TLP el uso de: Terapia cognitiva asistida por manual (TCAM), Terapia cognitiva analítica (TCA), Terapia grupal interpersonal (TGI), Terapia centrada en el cliente Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT), ni la Intervención grupal de regulación emocional basada en la aceptación. Tampoco la Terapia cognitivo-conductual (TCC), Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), ni la Terapia icónica.

Aunque existen recomendaciones en las guías clínicas, la búsqueda exhaustiva de la literatura demostró que actualmente no hay evidencia basada en ECAs sobre el manejo de las crisis agudas que protagonizan los pacientes con TLP y por lo tanto no se pudo llegar a ninguna conclusión sobre la efectividad de la intervención en crisis. Se necesitan ensayos controlados aleatorizados potentes y de alta calidad (Borschmann, Henderson, Hogg, Phillips & Moran, 2012).

5.2.2. Dispositivos y ámbitos de intervención. Los Hospitales de Día.

Para contextualizar las recomendaciones terapéuticas, hay que partir de que los tratamientos para éste trastorno se disponen en diferentes niveles asistenciales según la gravedad del paciente. En general las guías recomiendan indicar tratamiento en el ámbito y dispositivo más adecuado y efectivo, según el estado del paciente. En todo caso plantean realizar tratamientos más largos de 18 meses para conseguir cambios estables en la personalidad.

Recomiendan también elaborar, consensuar e implementar protocolos que definan y diferencien claramente las funciones e indicaciones de cada dispositivo asistencial para garantizar la continuidad de cuidados entre dispositivos. Además de evaluar los procesos asistenciales y los resultados terapéuticos.

En un primer nivel tenemos los Servicios de Atención Primaria (AP). Las guías recomiendan desde éste nivel contener sintomáticamente la crisis de los pacientes con TLP que acuden a AP y derivarlos para una atención especializada para valoración y tratamiento, en los casos que se sospecha la presencia de un TLP. Por otra parte mantener una atención integral al paciente, tratando los problemas de salud, a menudo presentes en estos pacientes.

En un segundo nivel tenemos los Servicios de atención ambulatoria especializada, esto es, los Centros de Salud Mental de Adultos y Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMA/CSMIJ). Las guías recomiendan con un Grado de Recomendación C, que sean los responsables de la evaluación, el tratamiento y la continuidad asistencial de las personas con TLP, con un programa de tratamiento ambulatorio específico para los pacientes con TLP en períodos de cierta estabilización sintomática. La atención a este nivel podría disminuir las muertes por suicidio y los ingresos hospitalarios en las personas con enfermedades mentales graves (incluidas las personas con TLP).

Los Servicios de Hospitalización Total, se recomiendan en caso de situación de crisis, para el manejo de las crisis, el control del riesgo suicida y el tratamiento de los síntomas clínicos, aunque no para tratar el TLP.

Se recomienda ingresar en unidades de rehabilitación hospitalaria a pacientes con mayor grado de severidad, larga evolución, mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, que sean resistentes a tratamientos previos, con escaso soporte sociofamiliar, y con discapacidad funcional para conseguir mejoras sostenidas que posibiliten posteriormente el tratamiento ambulatorio.

Respecto los Servicios de rehabilitación comunitaria y de reinserción laboral, recomiendan ofrecer intervenciones de rehabilitación cognitiva a las personas con TLP y alteración cognitiva, integradas en programas más amplios de rehabilitación psicosocial e incorporadas al plan de tratamiento. También programas de rehabilitación y reinserción laboral adaptados a las situaciones y necesidades de cada paciente con TLP. Así mismo que en pacientes con dificultad de inserción en el mercado laboral ordinario, evaluar su grado de discapacidad y facilitar la tramitación del certificado de disminución si es el caso.

Además, recomiendan los expertos incorporar a la red asistencial programas especializados de continuidad de cuidados (Programas de Gestión de

Casos (PGC), y Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), para proporcionar atención a las personas con TLP de larga evolución, funcionamiento desorganizado, poco apoyo en su entorno y dificultades de vinculación a los servicios asistenciales.

En relación a los Servicios de hospitalización parcial, los Hospitales de Día (HD), la guía “Guía de Práctica Clínica sobre el TLP”, recomienda derivar a tratamiento específico en régimen de hospitalización parcial (HD), si se valora la existencia de sintomatología que no mejora, hay altos niveles de estrés y ansiedad, los pacientes piden ayuda especializada, o existe alto grado de severidad que requiere mayor intensidad de intervención que la que se ofrece en el CSM. Recomiendan iniciar itinerario asistencial en el hospital de día, y posteriormente, si procede, en los CSM y en servicios de rehabilitación comunitaria, con los pacientes que presenten una situación clínica pre o postcrisis, y/o un alto grado de severidad a nivel psicosocial.

La guía realiza una recomendación con Grado C, de ofrecer programas de psicoterapia en hospital de día para reducir las hospitalizaciones e intentos de suicidio, mejorar la estabilización psicosocial, disminuir las quejas, mejorar el estado de ánimo, la desregulación emocional, las conductas parasuicidas y la severidad sintomática. Además los expertos recomiendan un tratamiento de duración superior a 6 meses para conseguir cambios significativos en el funcionamiento global, en las relaciones interpersonales, en el funcionamiento vocacional y en la calidad de vida.

En la revisión de los tratamientos para TLP, García et al. (2010), revisan los tratamientos “integrales” para éste trastorno (psicoterapéuticos y psicofarmacológicos), entre ellos los programas de hospital de día para TLP en España. En general constan de psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, tratamiento psicofarmacológico sintomático y psicoterapia de familia y/o pareja, entre otras intervenciones.

Entre los recursos revisados por García et al. (2010), tenemos que en el Consorcio Asistencial Emili Mira de Santa Coloma de Gramenet, aplican grupos relacionales (orientación psicoanalítica que utiliza la mentalización) y grupos de habilidades (TDC). En la Unidad de Trastornos de Personalidad de Cantabria el tratamiento sigue una orientación psicoanalítica (Cognitivo Analítica) denominado Psicoterapia Multicomponente de los Trastornos de Personalidad.

En el Centro Asistencial de San Juan de Dios en Málaga se aplica la Terapia Icónica, basada en la TCC, creada por Soledad Santiago. En el Centro de Salud Mental de Arganda el Programa Integrado para TP consta de diferentes fases, con grupos psicoeducativos de familias y un programa rehabilitador sociolaboral. El Hospital de Día de Salt (Parc Hospitalari Martí i Julià), en Girona, ofrece un programa para el TP en general, que consta de actividades individuales que dependerán de las necesidades específicas del paciente, grupo de TP de orientación TDC, psicoterapia individual, grupo de relajación, grupo de autocontrol, expresión creativa, técnicas de autoconocimiento, actividades básicas de la vida diaria, coordinaciones semanales con el sector de referencia y supervisiones mensuales.

Como puede verse se trata de programas multicomponentes, aplicados de forma intensiva, contemplando la terapia individual y grupal, tanto con el paciente como con la familia (en algunos recursos). Aunque se plantea su aplicación para el TLP, la mayor parte de los recursos citados se orientan a TP en general, adaptando los componentes a las necesidades individuales. Por otra parte la principal diferencia entre ellos se sitúa en lo referente al modelo terapéutico de base, aspecto que como veremos, tendrá relevancia si queremos proporcionar a los pacientes la necesaria continuidad asistencial.

5.3. REFLEXIÓN SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS Y SU APLICACIÓN A UN HOSPITAL DE DÍA.

Partiendo de la base de la necesidad de recurrir a las Guías Clínicas para plantear tratamientos basados en la evidencia, sobre las recomendaciones citadas podríamos plantear algunas *reflexiones*, que nos ayudarán a la hora de seleccionar los componentes de un programa de tratamiento para los trastornos de personalidad, desde un recurso como el Hospital de Día.

5.3.1. Eficacia, Efectividad y Eficiencia.

Antes de realizar nuestro planteamiento reflexivo, una aclaración de términos en la evaluación de programas. Para evaluar los resultados de un programa es necesario tener en cuenta (Pérez et al., 2009): a) Eficacia del

programa, esto es, ¿hasta qué punto se logran los objetivos pretendidos de la intervención?, son los resultados de un programa que se obtienen bajo condiciones que pueden considerarse ideales; b) Efectividad del programa, son los resultados que se obtienen bajo condiciones reales, aquí algunos autores incluyen los efectos que se producen por una intervención que no habían sido previstos o buscados; c) Eficiencia del programa: es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales, incluyendo los recursos, así la intervención más eficiente es aquella que mejor relación recursos/resultados presenta.

Una primera reflexión es que aunque los programas se plantean para el Trastorno de Personalidad en su conjunto (partiendo del modelo categorial), las recomendaciones se basan en evidencias sobre la “eficacia” de los tratamientos para “algunos parámetros” del trastorno, no siempre en síntomas centrales ni en rasgos específicos, como podrían ser los resultados en la inestabilidad o la impulsividad. En concreto los resultados de los tratamientos revisados, son pobres en cuanto a la regulación de la intensidad de experiencias emocionales negativas (Burgal & Pérez, 2017), síntoma común en la mayoría de trastornos de los clústers B y C, población que se atiende en el recurso del que hablamos.

Es en este punto donde un abordaje dimensional que plantee la intervención sobre rasgos específicos, podría arrojar mayor claridad sobre la “eficacia” de los programas. Así por ejemplo cuando se miden los resultados desde el modelo de los 5 grandes, se obtienen resultados con la TCC de forma diferencial en dimensiones específicas del modelo (Linares-Ortiz, Robles-Ortega, y Peralta-Ramírez, 2014).

Bourke and Grenyer (2016), realizan una revisión sistemática de la literatura sobre la recuperación tanto sintomática como personal del TLP. Los datos sugieren que es posible la remisión sintomática y la probabilidad de recaída tras un período de remisión es baja. Sin embargo, la recuperación del trastorno probablemente involucra a un conjunto más amplio de cambios psicosociales que van más allá del alivio de los síntomas y este aspecto rara vez se describe en los resultados como medida de “efectividad”.

Además habitualmente las investigaciones comparan el tratamiento en estudio (ejemplo TDC), con el “tratamiento habitual”, pero no se compara con otras intervenciones o programas terapéuticos que permitan valorar el beneficio relativo. Cuando se compara la eficacia relativa entre programas, encontramos

resultados que hacen revisar las conclusiones sobre qué terapias son las más recomendables. Por ejemplo se obtienen mejores resultados con la Terapia Basada en Esquemas, que con la Terapia Basada en la Transferencia (Giensen-Bloo et al., 2006), y los resultados de ésta última son mejores que los de la TDC (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007).

Destacar que aunque se obtienen resultados relevantes en las terapias revisadas, sólo algunas investigaciones evalúan la respuesta a la terapia en función de variables objetivamente observables, como ingresos, suicidios y auto-lesiones. Y en este caso cuando se analizan los resultados en diferentes investigaciones, al menos un 27-35% continúa con ingresos, suicidios o auto-lesiones, si bien muy pocos estudios facilitan el número de pacientes que continúa tanto con ingresos como con suicidios durante la etapa final de la terapia (Lana & Fernández-Sanmartín, 2013).

Este se convierte en un dato de especial relevancia si tenemos en cuenta además de la gravedad de los síntomas, el alto coste sanitario que suponen. Algunas revisiones han intentado cuantificar el ahorro en costos que supone la intervención, convirtiéndose la “eficiencia” en un parámetro relevante a considerar entre los resultados. Meuldijk et al., (2017), realizan una revisión sistemática de estudios que incluyen éste parámetro entre los resultados, encontrando que el ahorro medio de costes para tratar el TLP con psicoterapia basada en la evidencia en todos los estudios fue de USD \$ 2.987,82 por paciente y año, con una reducción adicional media ponderada de USD \$ 1,551 por paciente y año (rango \$ 83 - \$ 29,392), en comparación con el tratamiento habitual.

El tratamiento psicológico basado en la evidencia fue más barato y efectivo, la mayoría de la evidencia que hay es en relación a la terapia dialéctico-conductual, pero también la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en los esquemas suponen un ahorro de costes (Brettschneider, Riedel-Heller & König, 2014). La evidencia en relación a otras intervenciones es escasa. Hay una diferencia significativa en cuanto a ahorro entre diferentes tipos de psicoterapias, aspecto que no se suele tener en cuenta al comparar tratamientos. Esto enlaza con la relativamente escasa referencia a la “eficiencia” de los programas que se evalúan.

5.3.2. La diferencia entre falta de evidencia y descartar una terapia.

Cuando “no existen evidencias para recomendar” algunos tratamientos en las guías clínicas, significa que no se ha encontrado evidencia suficiente. Como aclara el Documento Técnico de Atención a las personas con TLP de la Junta de Andalucía (2012), estos tratamientos que cuentan con una evidencia insuficiente, pueden ser considerados tratamientos «*probablemente eficaces*», porque se basan en estudios aún no replicados, o porque no han sido probadas por equipos de investigación diferentes, o porque el número de participantes de los grupos experimentales no supere el mínimo de rigor exigido. Estos tres criterios son fundamentales de cara a considerar un tratamiento como intervención basada en la evidencia (Chambless et al., 1993; Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001).

Esto muchas veces implica que en la práctica clínica descartemos las posibilidades de “poner a prueba” tratamientos adaptados a nuestro entorno cultural (por ejemplo la Terapia Icónica). La propia guía recomienda que si van a ser aplicadas, se realice investigaciones para valorar su “efectividad”. Revisemos los datos disponibles sobre algunas de las terapias que se incluyen en esta categoría, así como los motivos por los que terminarán siendo componentes del programa de tratamiento que propondremos en nuestra investigación.

En relación a la Terapia Cognitivo-Conductual, la GPC del NICE (2009), identifica un ECA en relación a la TCC al que se le asigna un nivel de evidencia de 1+, contemplado también en el artículo de Burgal y Pérez (2017). En este estudio BOSCOT de Davidson et al. (2006), se reclutó una muestra de 106 pacientes con diagnóstico de TLP, el 82% eran mujeres y con una media de edad de 32 años. Se comparó la Terapia cognitivo-conductual (n = 54) de 1 año de duración con la terapia habitual (n = 52). Se observa que existe evidencia de un efecto de la TCC en el nivel de ansiedad, distrés y creencias disfuncionales, y en la cantidad de actos suicidas a los 2 años de seguimiento. En ambos grupos hubo una reducción de los días de internamiento psiquiátrico visitas a urgencias. También hubo mejora en los resultados secundarios como depresión, síntomas psiquiátricos generales, problemas interpersonales, funcionamiento social y calidad de vida.

En comparación con las otras terapias, en la variable de disminución de parasuicidio es tan eficaz la DBT como la TCC, esta última sólo reduce significativamente el número de suicidios si se incluye el año de seguimiento (Lara et al., 2013).

Estos resultados plantean a algunos autores situar a la Terapia Cognitivo-Conductual como un tratamiento “probablemente eficaz”, que además es la base de la que se han derivado otros tratamientos eficaces como la TDC o la Terapia Centrada en Esquemas (Marques, Barrocas & Rijo, 2017). También es la base de algunos tratamientos como son la Terapia Icónica y el STEPPS.

No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de la Terapia icónica. Los autores de la guía sólo encuentran un estudio cuasiexperimental con una pequeña muestra, de la que no se pueden obtener conclusiones generalizables. Observan que esta terapia tiene resultados positivos en los cambios obtenidos tras la aplicación del tratamiento y durante los 2 años de seguimiento en las variables de conductas inadaptadas (autoagresión, heteroagresión y escape), no obstante recomiendan seguir investigando para valorar la eficacia de esta intervención. Esto la situaría como un tratamiento en “fase experimental”. Por otra parte esta terapia se basa fundamentalmente en la Terapia Cognitivo-Conductual, por lo que podríamos considerarla como un formato de aplicación de aquella, generado en nuestro contexto cultural, lo que hace atractivo participar en la investigación de los resultados en nuestro recurso de Hospital de Día.

Sobre la evidencia para Systems training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), la guía de la AIAQS concluye que no existe suficiente evidencia para recomendarla, pero que podría ser aplicada como complemento de otros tratamientos. Así nos encontramos que en diversas investigaciones este programa ha obtenido buenos resultados no sólo para TLP sino también para pacientes con otros Trastornos de Personalidad, lo que lo convierte en un programa interesante para nuestro programa.

La Guía de Práctica Clínica del NICE (2009), identifica un ECA en relación a la STEPPS al que se le asigna un nivel de evidencia de 1+. El estudio de Blum y cols. (2008), es un ensayo clínico aleatorizado, donde se compara la terapia STEPPS con el TAU en un entorno ambulatorio. Una muestra total de 165 pacientes, de los que el 81% eran mujeres, con un diagnóstico de TLP. Los participantes continuaron recibiendo medicación psicotrópica, psicoterapia y

programa de gestión del caso (PGC). Se obtuvieron mejoras en la Zannarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder, ZAN-BPD (Zannarini et al., 2003), y de las subescalas que valoran los dominios afectivo, cognitivo, interpersonal e impulsivo; mejoría en la impulsividad, afectividad negativa, estado de ánimo y funcionamiento global, con unos tamaños de efecto moderado o grande. Las mejoras se mantuvieron durante el seguimiento, con menos visitas a urgencias.

En otros estudios se observan con éste programa resultados en la regulación de las emociones, intentos de suicidio, hospitalizaciones e impulsividad, que se mantienen a los 6 meses del tratamiento (Boccalon, Alesiani, Giarolli & Fossati, 2017). Resultados que se replican en distintos países (EE.UU., Inglaterra, Italia, Países Bajos), y con patología afectiva comórbida (Alesiani, Boccalon, Giarolli, Blum & Fossati, 2014; Hill, Geoghegan & Shawe-Taylor, 2016). García y cols. (2010), cuando revisan los tratamientos “integrales” para el TLP, encuentran estudios sobre la aplicación del STEPPS, aplicado fundamentalmente en Hospitales de Día, señalando que se obtienen buenos resultados cuando se compara con el tratamiento habitual y con otras intervenciones terapéuticas. Los estudios piloto, uno en los EE.UU. y uno en los Países Bajos, sugieren su eficacia (Blanco et al., 2018).

Todo esto se suma a las reflexiones sobre la TCC y el STEPPS ya mencionados en el apartado de tratamientos para los TP en general y el TPNE. Por lo tanto tendríamos que considerar estos tratamientos en fase experimental, que requieren mayor investigación aplicada, pero no por ello son tratamientos a descartar como punto de partida a la hora de plantear un programa terapéutico para los TP en general o específicos.

5.3.3. Discrepancia entre la muestra en investigación y la práctica clínica.

En la revisión de tratamientos tanto para trastornos de personalidad general como para el Trastorno Límite en concreto, la selección de las muestras tomadas para la investigación, se centran supuestamente en sujetos con diagnósticos “puros”, contando habitualmente con pequeñas muestras de estudio. Es para estos casos para los que las intervenciones citadas han demostrado evidencia de su “eficacia”, es el caso de la terapia dialéctico-conductual (TDC), y terapia basada en la mentalización (TBM).

Pero en la práctica clínica es difícil encontrar éstos casos puros, al menos en un recurso como el Hospital de Día, ya que como veremos en nuestra muestra de investigación, un alto porcentaje de usuarios cumplen criterios para trastornos mixtos o no especificados. Al quedar estos casos excluidos de las investigaciones, resulta difícil encontrar tratamientos de referencia basados en la evidencia.

Por otra parte si para poder utilizar los tratamientos basados en la evidencia, planteásemos tratamientos sólo para diagnósticos “puros”, privaríamos de tratamiento a esta parte de la población. Tal vez en este contexto aplicado, se hace más relevante tomar en consideración la “efectividad” y “eficiencia” de las intervenciones y programas de tratamiento, no sólo la eficacia demostrada.

5.3.4. El diseño de evaluación y la recogida de información.

Los resultados recogidos en estas investigaciones están muy influidos por el diseño en la recogida de información, así encontramos que: 1- dentro de las investigaciones se utilizan instrumentos distintos para definir el diagnóstico del trastorno en cuestión (instrumentos específicos criteriosales o entrevistas estructuradas con SCID-II), de aquellos que se utilizan para medir los resultados; 2- entre investigaciones difieren las variables que se toman como relevantes para seleccionar los instrumentos (escalas de síntomas como depresión, ansiedad; registros conductuales; escalas de bienestar o calidad de vida); 3- algunas variables (por ejemplo inestabilidad, sentimientos de vacío o malestar), son medidas con instrumentos no específicos o que en realidad miden otras variables (ansiedad, depresión).

Los déficits en la evaluación de los resultados pueden estar relacionados con la complejidad de diseñar estudios que abarquen de forma global todos los aspectos implicados en el tratamiento integral del TP. Por ello resulta difícil encontrar en nuestro país estudios sobre la eficacia de los tratamientos aplicados, sobre todo cuando se trata de programas multicomponentes en un Hospital de día.

Este aspecto pone de relieve la relevancia de seleccionar instrumentos específicos y validados, que nos permitan a la par que orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas, medir los resultados en términos de eficacia.

5.3.5. La eficacia de los componentes terapéuticos en programas de Hospital de Día.

Se observan resultados en mayor número de variables cuando los tratamientos se aplican en “programas terapéuticos en régimen de hospital de día”, que implica un abordaje multidisciplinar con múltiples tratamientos combinados.

En éste contexto es difícil separar las variables o componentes terapéuticos, que puedan haber incidido en mayor medida en los resultados. Así cuando se habla en las recomendaciones de las guías sobre una intervención específica, por ejemplo la terapia basada en la mentalización en un hospital de día, resulta difícil atribuir los resultados exclusivamente a este tipo de intervención ya que abarca varios componentes: terapia individual semanal, terapia analítica grupal, tres veces por semana, terapia expresiva con psicodrama, cada semana, una reunión comunitaria semanal, durante un máximo de 18 meses, todo ello junto el tratamiento psicofarmacológico.

En este contexto además hay que añadir un componente terapéutico esencial, el grupo. Aunque en las recomendaciones y las investigaciones revisadas no siempre diferencian tratamientos aplicados de forma individual o grupal, o combinan ambos formatos, es un elemento a tener en cuenta en los resultados por el efecto terapéutico añadido que supone el hecho de formar parte de un grupo de tratamiento. Sobre este aspecto nos volveremos a centrar cuando expongamos el programa de tratamiento de hospital de día y en el apartado de resultados obtenidos.

Por otra parte pocos estudios se han centrado en evaluar “programas completos” específicos de tratamiento, en un régimen de hospital de día. La etapa de la enfermedad (habitualmente en crisis), y las circunstancias en que llegan los pacientes (dificultad de un abordaje ambulatorio), marcan unas necesidades diferenciadas de abordaje desde éste recurso. En este contexto probablemente se hacen más relevantes los términos de efectividad y eficiencia. Así es necesario realizar mayor investigación para este tipo de programas (Verdaguer, 2017).

La Guía del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE), sugiere que una combinación de tratamiento grupal e individual,

integrados con otros servicios disponibles para el paciente (por ejemplo, la asistencia social, el apoyo al empleo y los servicios de fármacos y alcohol), podría ser óptima para un buen resultado.

5.3.6. La coherencia y la continuidad en el tratamiento.

Por último nos gustaría apuntar que a pesar de la evidencia, el abordaje terapéutico de los trastornos de personalidad en la práctica clínica no siempre puede seguir las recomendaciones de las guías clínicas. Y esto es debido a varios factores. De un lado, los programas de intervención aplicados en la red sanitaria pública en nuestro entorno, suelen estar basados en la Terapia Cognitivo-Conductual, siguiendo las recomendaciones de las Guías Clínicas y tratamientos basados en la evidencia para otros trastornos clínicos. Un aspecto común en TP es la comorbilidad con otros trastornos clínicos sobre los que se hace necesaria esta intervención. De otro lado, los Trastornos de Personalidad, son trastornos de larga evolución que por lo general requieren de años de intervención, habitualmente desde diversos recursos.

En este contexto introducir programas y modelos diferentes para los trastornos de personalidad, implica la discontinuidad del tratamiento que ha tenido la persona con anterioridad y disparidad con el abordaje necesario de los trastornos comórbidos (por ejemplo depresión o consumo), así como la más que probable discontinuidad a posteriori. Por ejemplo, para aplicar un programa como la TDC en sus diferentes fases sería necesaria la continuidad del tratamiento y la formación de cada profesional que interviene desde los diferentes recursos.

Por lo tanto a la hora de plantear un programa terapéutico intensivo como el de hospital de día, hay que tener en cuenta que se trata de pacientes con un pasado y un futuro terapéutico en otros recursos, que requieren de un abordaje de múltiples síntomas y trastornos de forma transversal y longitudinal. Si queremos dar continuidad al abordaje de cada caso, tendremos que seleccionar componentes terapéuticos acordes a una visión global de la persona y de la red asistencial, buscando así la "ecología" del programa que se ofrece.

5.3.7. Dos aspectos no recogidos en las revisiones, la Regulación Emocional y el Afrontamiento del Estrés.

Dado el volumen de investigación generada y las implicaciones para el tratamiento, es necesario hacer un pequeño apartado sobre éste aspecto. Según plantean diferentes autores, las personas con Trastorno de Personalidad y especialmente el Trastorno Límite, suelen presentar problemas en la **regulación emocional**. El TLP aparece asociado con una elevada intensidad emocional, más variabilidad anímica y más oscilaciones en ansiedad y depresión (Koenigsberg et al., 2002), emociones que se corresponden con facetas incluidas en la Afectividad Negativa del PID-5.

Linehan (1993), denomina a este aspecto vulnerabilidad emocional y lo define como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad (rápidamente), una elevada reactividad (reacción de gran magnitud) y una recuperación retardada (vuelven a la línea base afectiva tras un periodo de tiempo muy amplio). Además según Linehan, esa vulnerabilidad se acompaña de déficit en el uso de estrategias de regulación de emociones. Así convierte la regulación emocional en un objetivo básico del tratamiento en la Terapia Dialéctico-Conductual.

Aunque Linehan es la más representativa, diversos autores postulan esta centralidad de la regulación emocional para entender y explicar el TLP. Así por ejemplo Selby and Joiner (2009), proponen su modelo de Cascada Emocional, según el cual las personas con TLP experimentan variaciones extremas en la emoción negativa inducida por la rumiación del afecto negativo. El resultado de esta cascada emocional es un estado emocional intolerable, que conduce a comportamientos desregulados, que se utilizan para distraer la atención de los pensamientos negativos y dirigirla hacia las sensaciones físicas de los comportamientos desregulados (autolesión no suicida, el consumo de alcohol, las peleas físicas, los atracones y la conducción imprudente).

Podemos entender la regulación emocional como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso. En relación a componentes de ésta regulación emocional en el Trastorno Límite, algunos autores han propuesto incluso diferenciar algunos subtipos de TLP. En todo caso

las investigaciones encuentran déficit en cuanto a la atención y claridad emocional (Levine, Marziali & Hood, 1997). La aceptación emocional (evitación experiencial), parece también estar alterada y tener un papel importante en el trastorno (Gratz, Tull & Gunderson, 2008). Además parece que las conductas autolesivas y parasuicidas podrían ser parcialmente consecuencia de actitudes emocionales disfuncionales, como el rechazo emocional o la intolerancia al malestar (Hervás, 2011). Identificar facetas específicas de la desregulación de la emoción en estos pacientes puede ayudar a personalizar los planes de tratamiento y reducir los efectos iatrogénicos de la emocionalidad negativa (Rufino et al., 2017).

Pero más allá de los rasgos TLP, otros autores destacan que la Regulación Emocional se relaciona con la mayoría de trastornos de personalidad, así como con los síntomas psicopatológicos, baja autoestima y problemas interpersonales asociados a estos, considerando la regulación emocional como un objetivo a abordar en los diferentes Trastornos de Personalidad (Dimaggio et al., 2017).

Por otro lado, en relación a las investigaciones sobre **estrategias de afrontamiento del estrés**, algunos autores apoyan la idea de que las características de personalidad están relacionadas con los diferentes elementos que forman parte del proceso de afrontamiento.

De este modo los diferentes estilos de personalidad y el afrontamiento de estrés están ampliamente relacionados, fundamentalmente por: (1) la búsqueda, la evitación o la elección de ambientes que están asociados con factores estresantes específicos, retos o beneficios, (2) la forma de interpretar una situación de estrés y la evaluación de las propias habilidades y capacidades para la conducta proactiva de uno con el fin de enfrentar o evitar, (3) la intensidad de la respuesta a una situación estresante, y (4) las estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo frente a una situación estresante (Lecic-Tosevski, Vu-kovic & Stepanovic, 2011). También muestran distinta efectividad utilizando el mismo tipo de estrategias y tienen diferentes recursos acumulados a lo largo de su desarrollo (Garriz, 2016).

En concreto, algunos estudios han registrado una considerable consistencia en las estrategias empleadas para hacer frente a situaciones de estrés, independientemente de los factores situacionales, en relación con rasgos de la

personalidad como neuroticismo, extraversión, la persistencia y apertura a nuevas experiencias (Linares-Ortiz, Robles-Ortega & Peralta-Ramírez, 2014).

Así desde una perspectiva dimensional aquellos que puntúan alto en Afectividad Negativa (o Neuroticismo), como es el caso del Trastorno Límite, se observa que se enfrentan a mayor cantidad de situaciones estresantes, las interpretan como más amenazantes, tienden a exacerbar su reacción ante el estrés con mayor activación emocional y mayor dificultad para retornar a niveles basales; tienen menor efectividad utilizando las estrategias, además utilizan más estrategias focalizadas en la emoción (escape, culpa, aislamiento, descarga emocional) y menos las estrategias de afrontamiento del problema, reinterpretación positiva de éste o búsqueda de apoyo social; todo esto unido a que a lo largo de su desarrollo acumulan menos recursos sociales y personales (Sandin, 1995; Taylor, 2003).

Estos serán pues, componentes necesarios en la evaluación y en el planteamiento terapéutico de los Trastornos de Personalidad, especialmente en el Trastorno Límite, y aunque han sido objeto de múltiples investigaciones, los resultados obtenidos desde diferentes modelos de intervención, no han sido tenidos en cuenta en las revisiones planteadas.

5.3.8. Un aspecto a considerar, la baja adherencia y los pacientes refractarios.

Para hacer un poco más complejo el panorama, algunos autores mantienen que bastantes pacientes tienen un curso crónico e inestable, incluso empeoran y entran en una escalada de conductas autodestructivas y no se benefician de las terapias, a pesar que consultan con frecuencia, muchas veces de manera errática y durante largos periodos, los servicios de salud (Lana & Fernández-Sanmartín, 2013).

Los estudios sobre adherencia han oscilado entre un 40% con cualquier tipo de terapia para el TLP y entre un 70-75% cuando se revisan tratamientos basados en la evidencia. Pero aparte de la falta de eficacia y/o la no-adherencia, algunos pacientes no se benefician de la psicoterapia porque, tras el periodo de selección (para investigación), no llegan a entrar en tratamiento porque: ha cambiado de idea, no acepta el método o las evaluaciones, o porque pasivamente desaparece.

Barnicot, Katsakou, Marougka and Priebe (2011), realizan un meta-análisis de las tasas de terminación del tratamiento en los modelos de psicoterapia que han demostrado ser eficaces para el TLP. El metaanálisis arroja una tasa de terminación global entorno al 75% para intervenciones de <12 meses de duración, y del 71% para intervenciones más largas. En los estudios individuales, los factores que predecían el abandono incluyen el compromiso de cambio, la relación terapéutica y la impulsividad, no encontrando factores socio-demográficos que fueran consistentemente predictivos.

En la revisión de Lana y Fernández-Sanmartín (2013), observan que al menos un 40% de las personas con TLP que solicitan terapia específica, no se beneficiaría de la misma. Alrededor de un 20% no iniciaría el tratamiento, y de los que lo comienzan, al menos una cuarta parte (el otro 20% del total), no respondería a la terapia.

Esto ha llevado a algunos autores a plantear al estudiar la eficacia de las terapias, la adherencia y el abandono de los pacientes, que no se trata sólo del modelo terapéutico, sino que este modelo queda mediatizado por las habilidades terapéuticas, formación de base y novedad de los terapeutas que implementan el tratamiento, así como el esfuerzo para adaptarse a las dificultades y necesidades de la persona con TLP (Burgal & Pérez, 2017; Lana & Fernández-Sanmartín, 2013).

En estudios de revisión sistemática sobre las variables que mejor predicen el cambio con la terapia en TLP, se observa que son: la gravedad de los síntomas antes del tratamiento y la alianza terapéutica evaluada por el paciente (Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearn & Priebe, 2012). Siguiendo las conclusiones de los autores citados, éstos serán aspectos a considerar de cara al tratamiento, donde motivar a estos pacientes para iniciar y/o mantener el tratamiento, y ofrecerles apoyo psicosocial, se convertirán en aspectos tan relevantes como el programa terapéutico.

Recogiendo a modo de resumen los aspectos citados, como plantea el Documento Técnico de Atención a las personas con TLP de la Junta de Andalucía (2012), los tratamientos basados en la evidencia hacen hincapié en una serie de elementos: buena estructuración, dedicación prioritaria a trabajar la adherencia, fijar objetivos muy claros, establecer un modelo compartido entre terapeuta y paciente y no descuidar la coordinación e integración de todas las intervenciones en otros dispositivos. Se trata de diseñar un abordaje terapéutico, lo más

individualizado posible de cara a aumentar la calidad asistencial, y mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas de TLP (y de otros trastornos de personalidad), y la de sus familiares.

II- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

6. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hasta aquí a lo largo del primer bloque de introducción, hemos pretendido hacer una exposición del tema que nos permitiese tener una perspectiva del estado actual en relación a los Trastornos de Personalidad, en lo referente a los modelos que orientan el diagnóstico, los instrumentos que podemos utilizar para su evaluación y las recomendaciones para su tratamiento.

El punto de partida de nuestra investigación se basa en las siguientes **Hipótesis:**

- En primer lugar, ante la heterogeneidad de casos en la práctica clínica y especialmente ante el volumen de pacientes con Trastorno de Personalidad Mixto o No Especificado, el enfoque dimensional basado en rasgos plantea ventajas sobre el modelo categorial de cara a la evaluación y el diagnóstico del paciente. Nos aporta una perspectiva más flexible y comprehensiva, una visión global del paciente, pero al tiempo más detallada, desde un planteamiento de los rasgos susceptibles de intervención y cambio.
- En segundo lugar, que utilizar un instrumento basado en este enfoque, en concreto el PID-5, puede suponer una ventaja ya que además de obtener un perfil de rasgos que orienta sobre el diagnóstico, nos puede ayudar a tener una orientación sobre las áreas a intervenir, también sobre las fortalezas de los pacientes, y además puede ser un buen instrumento para evaluar los resultados en la intervención sobre variables significativas (rasgos centrales en los TP).
- En tercer lugar, que plantear un programa específico para Trastornos de Personalidad, en régimen de Hospital de Día, seleccionando los componentes de intervención en función de los rasgos detectados en los pacientes (y no tanto en los diagnósticos categoriales), puede producir cambios significativos en variables relevantes, esto es, en rasgos centrales (impulsividad, afectividad negativa), síntomas graves (autolesiones, actos suicidas), funcionamiento social (interpersonal y autogestión) y uso de recursos sociosanitarios (visitas a urgencias y hospitalizaciones psiquiátricas).

A partir de aquí pretendemos conseguir los siguientes **objetivos** con el proyecto de investigación que se plantea en la Tesis:

6.1.1. OBJETIVOS GENERALES.

-Pretendemos demostrar la *utilidad para la práctica clínica*, de incorporar el Modelo Dimensional en el diagnóstico y orientación terapéutica de los trastornos de personalidad, como complemento y/o como alternativa del paradigma clásico categorial.

-Comprobar la *utilidad de un instrumento específico como el PID-5 y sus posibles aplicaciones* en la práctica para describir perfiles de personalidad, realizar diagnósticos específicos, detectar las principales necesidades terapéuticas y evaluar los resultados.

- *Evaluar los resultados* obtenidos al aplicar el modelo dimensional y el PID-5 en el *programa de intervención dirigido a TLP*, en régimen de Hospital de Día, que se ha implantado en la red asistencial sanitaria pública en San Juan de Alicante, basado en el modelo dimensional.

6.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. *Describir el programa de intervención* que se ha implantado en un Hospital de Día de la red asistencial pública, dirigido a Trastornos de Personalidad del Clúster B y C. Basado en el modelo dimensional y los abordajes terapéuticos con mayor evidencia científica actual.
2. Realizar un análisis descriptivo de la Muestra de pacientes derivados a HD, esto es, identificar la *distribución por trastornos, sus características clínicas y sociodemográficas*.
3. *Analizar capacidad del PID-5 para:*
 - a. Comprobar si existen diferentes *perfiles* en las personas derivadas, en función de los diagnósticos.
 - b. Comprobar su utilidad para realizar *diagnósticos* específicos y para *discriminar* entre trastornos.

- c. *Comparar* su capacidad diagnóstica y discriminativa frente un instrumento de screening basado en el modelo categorial, el cuestionario de screening de la entrevista IPDE.
 - d. Identificar las dimensiones y facetas que requieren *intervención* tanto el grupo general como los subgrupos diagnósticos. Analizar si ésta información orienta sobre los componentes necesarios en el programa terapéutico.
 - e. Analizar la capacidad del PID-5 para *evaluar los resultados* del programa de tratamiento sobre variables relevantes, esto es, los rasgos.
4. *Evaluar los resultados* del tratamiento sobre variables relevantes para esta población, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad y calidad percibida:
- a. Evaluar si se producen *cambios en los distintos perfiles, dimensiones y facetas* en el PID-5 tras el programa, y en cuales se produce *mayor cambio* para cada grupo diagnóstico.
 - b. Evaluar a través del BEST, la gravedad en los síntomas y rasgos característicos del TLP (cognitivos, afectivos y conductuales), al inicio del programa, y los principales cambios tras el tratamiento, sobretodo en síntomas como autolesiones, ideas y conductas autolíticas.
 - c. Describir con el DERS, las estrategias de *regulación de las emociones* en que el grupo tiene mayores dificultades y los cambios que se producen tras la intervención.
 - d. Describir mediante el COPE-28, las estrategias de *afrontamiento del estrés* que suelen utilizar los pacientes derivados. Si existen diferencias entre grupos diagnósticos y si hay cambios tras la intervención.
 - e. Revisar los cambios en la frecuentación de *urgencias* y uso de los *ingresos* hospitalarios psiquiátricos durante el programa.
 - f. Evaluar los cambios en áreas importantes del funcionamiento personal e interpersonal con el Test Regulación de Conducta.
 - g. Evaluar la Calidad del Programa (tratamiento y trato), desde la perspectiva de los pacientes, de forma cuantitativa y cualitativa.

III- METODOLOGÍA

7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1. MUESTRA.

Un total de 115 pacientes han sido derivados desde las Unidades de Salud Mental al Hospital de Día de Salud Mental de San Juan entre Junio de 2015 y Enero de 2018. 69 pertenecen al área de salud 19 (Departamento Alicante – Hospital General) y 46 al área 17 (Departamento Alicante – Sant Joan d’Alacant). De ellos 79 son Mujeres y 36 Hombres.

De éstos 115 sujetos, desestiman el recurso 19 (7 Mujeres y 12 Hombres) y 11 no cumplían criterios para entrar en el programa. Así nuestra muestra incidental (no aleatorizada), la compone un total de 85 sujetos.

Respecto al Diagnóstico Clínico por el que son derivados, encontramos que de los 85 usuarios: 43 sujetos (el 51 %), vienen diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad (TLP); 22 sujetos (el 26 %), vienen diagnosticados de Trastorno de Personalidad No Especificado (TPNE); 18 sujetos (el 21%) de Trastorno de Personalidad Especificado Mixto (TPM), y sólo el 2% Otros trastornos de la personalidad (Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y Trastorno Histriónico). Si unimos los grupos de TPNE y TPM, tenemos que conforman el 47% de los casos derivados, porcentaje muy similar al grupo de TLP.

7.2. DISEÑO DE EVALUACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de evaluación en el Hospital de Día es complejo, ya que contempla tanto la evaluación individual como la evaluación del programa en general y algunos subprogramas específicos (como es el caso del STEPPS).

Para el objetivo que nos ocupa, nos centramos exclusivamente en los instrumentos que nos van a permitir en una primera fase definir el perfil de usuarios que son atendidos en el recurso, y en una segunda fase poder evaluar los resultados pertinentes para nuestro estudio.

En la selección de instrumentos, se ha tomado en consideración que fuesen específicos, adecuados, actualizados, útiles, fiables y validados. En la recogida de los datos que referimos a continuación, se cuenta con el consentimiento de los pacientes, asegurándoles la confidencialidad de la información personal y explicándoles el uso que se realizará de éstos.

Los datos se fueron recogiendo entre Junio de 2015 y enero de 2018. El Cronograma de evaluación se realizó como sigue:

- Al inicio: entrevista inicial y de recogida de datos sociodemográficos y clínicos. Pase del cuestionario IPDE.
- El primer y último mes: pase del PID-5, DERS, COPE-28 y Test de Regulación de Conducta.
- Durante todo el tratamiento: pase del BEST semanal.
- Último mes: pase de cuestionario de Calidad Percibida del Programa.

Con todos estos datos se confeccionó una base de datos Excel, para realizar los posteriores análisis, tanto individuales de cara a los informes y devolución de información al paciente, como grupales para evaluar las características del grupo y los resultados del programa.

7.3. INSTRUMENTOS Y VARIABLES.

Los Instrumentos de evaluación que utilizamos en la presente investigación y exponemos, han sido seleccionados siguiendo los criterios mencionados, especialmente en relación a la validez y fiabilidad mostrada. Si bien alguno de ellos está incluido en el propio programa de tratamiento (STEPPS), criterio que ha influido en la selección. Describiremos para cada instrumento las variables que contempla, de tal modo que sea más fácil seguir la línea de exposición de resultados.

-Entrevista semiestructurada de evaluación inicial.

Con ella recogemos la información más relevante para la intervención en cada caso. Tomamos como punto de referencia las Hojas de Derivación. Desde esta entrevista extraemos los datos sociodemográficos y clínicos, así como aquellos relacionados con los ingresos y visitas a urgencias el último año.

-Inventario de personalidad del DSM-5 (PID-5)—Adultos (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012, 2014).

Como expusimos en el apartado de evaluación dimensional de los trastornos de personalidad, este inventario tiene tres versiones, utilizaremos la completa autoinformada. Es una escala autocumplimentable de 220 ítems para evaluar los rasgos de personalidad en adultos. Evalúa 25 facetas de rasgos de personalidad. Determinados triplete se combinan para valorar los cinco dominios bipolares de rasgos. La puntuación en dominios y facetas, es un promedio que oscila en un rango entre 0 y 4, Puntuaciones Promedio mayores indican mayor “disfunción”, puntuaciones menores de 2 apuntan hacia una personalidad adaptiva y resiliente (en la mayoría de casos). Veamos la descripción de estos dominios y facetas, señalando con asterisco aquellas que son compartidas por varios dominios (pp. 779-781).

El Dominio Afecto negativo (versus estabilidad emocional), supone tener experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de variadas emociones negativas, y sus manifestaciones conductuales e interpersonales. Facetas que comprende este dominio:

- **Labilidad emocional.** Labilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo; las emociones se despiertan con facilidad, gran intensidad o de manera desproporcionada a los sucesos y circunstancias.

- **Ansiedad.** Sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico en respuesta a diversas situaciones; preocupación frecuente por los efectos negativos de las experiencias pasadas desagradables y por las posibilidades futuras negativas; miedo y aprehensión por la incertidumbre, esperando que suceda lo peor.

- **Inseguridad por Separación.** Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos, basado en la falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.

- **Sumisión.** Adaptación del comportamiento de uno a los intereses (reales o percibidos) y los deseos de los demás, incluso cuando son la antítesis de los propios intereses, necesidades o deseos.

- **Perseverancia.** Persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas, a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o

eficaz; continuar el mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.

- Hostilidad*. Sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desprecios e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo. Esta faceta se comparte con Antagonismo.

- Depresión*. Sentimientos de inferioridad, de desgracia o desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas. Esta faceta se comparte con Desapego.

- Suspiciacia*. Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguido por otros. Esta faceta se comparte con Desapego.

- Afecto restringido* (bajo). Esta faceta se comparte con Desapego.

El Dominio Desapego (versus extraversión), supone evitación de la experiencia socioemocional, que incluye tanto rehuir las interacciones interpersonales, como la experiencia y la expresión afectiva restringida, en particular la capacidad hedónica limitada. Facetas que comprende:

- Evitación o Retraimiento. Preferencia de estar solo antes que acompañado; recelo en situaciones sociales; elusión del contacto y la actividad social; falta de iniciación de contactos sociales.

- Evitación de la intimidad. Eludir las relaciones cercanas o románticas, los vínculos de apego y las relaciones sexuales íntimas.

- Anhedonia. Falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias de la vida; déficit en la capacidad de sentir placer y tener interés en las cosas.

- Afecto restringido*. Poca reacción ante situaciones emocionalmente excitantes, experiencia y expresión emocional constreñida; indiferencia y frialdad en situaciones habitualmente atractivas.

- Suspiciacia o Desconfianza*. Esta faceta se comparte con Afecto Negativo.

- Depresión*. Esta faceta se comparte con Afecto Negativo.

El Dominio Antagonismo (versus amabilidad), implica que la persona se caracteriza por conductas que sitúan al individuo en conflicto con otras personas, como un sentido exagerado de la propia importancia y la consiguiente expectativa de merecer un trato especial, así como antipatía insensible hacia los otros, que abarca tanto una falta de conciencia de las necesidades y sentimientos de los demás como predisposición a utilizar a otras personas en beneficio propio. Facetas que comprende:

- Manipulación. Uso de subterfugios para influir o controlar a los demás; empleo de la seducción, el encanto, la labia o la adulación para conseguir sus fines.

- Falsedad. Engaño y fraude; distorsión de uno mismo; embellecimiento o invención al relatar acontecimientos.

- Grandiosidad. Creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de “tener derecho”; condescendencia hacia los demás.

- Búsqueda de atención. Participar en conductas diseñadas para hacerse notar, ser el foco de atención y admiración de los demás.

- Insensibilidad. Falta de preocupación por los sentimientos o los problemas de los demás; carencia de sentimientos de culpa o remordimiento, por los efectos negativo o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás.

- Hostilidad*. Esta faceta se comparte con Afecto Negativo.

El Dominio Desinhibición (versus escrupulosidad), supone una orientación hacia la satisfacción inmediata, que conlleva la realización de comportamientos impulsivos producidos por pensamientos, sentimientos y estímulos actuales externos, sin tener en cuenta aprendizajes del pasado o la consideración de futuras consecuencias. Facetas que comprende:

- Irresponsabilidad. Indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.

- Impulsividad. Dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de forma repentina y sin un plan o sin considerar las consecuencias; dificultad para establecer y seguir los planes; sentido de urgencia y conductas de autolesión en virtud de la angustia emocional.

- **Distraibilidad.** Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.

- **Asunción de riesgos.** Implicarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo, sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfrenada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.

- **Perfeccionismo Rígido (bajo).** Insistencia rígida en que todo debe ser perfecto, impecable, sin errores o fallos, incluidos el propio rendimiento y el de los demás; sacrificar la puntualidad para garantizar la exactitud de cada detalle; creencias de que sólo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden. Esta faceta puntúa en dirección opuesta en ésta dimensión, así una puntuación alta señala hacia el polo de escrupulosidad o responsabilidad.

Finalmente el Dominio Psicoticismo (versus lucidez), supone exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones incongruentes y extrañas, excéntricas o inusuales culturalmente, incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., las creencias). Facetas que comprende:

- **Disregulación Cognitiva y Perceptiva.** Procesos y experiencias de pensamiento extrañas o inusuales, como despersonalización, desrealización y experiencias disociativas; estados combinados de sueño y vigilia; vivencias de control del pensamiento.

- **Creencias y experiencias inusuales.** Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.

- **Excentricidad.** Comportamiento, apariencia y/o habla, raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.

El instrumento ha ido mostrando buenas cualidades de fiabilidad y validez en diversos estudios (Al-Dajani, Gralnick & Bagby, 2016; Bastiaens et al., 2016; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock & Bagby, 2013). En su validación española,

las facetas han mostrado buena consistencia interna ($\alpha = .86$ y $.79$), validez discriminante entre sujetos clínicos y no clínicos. Se comprueba que los polos superiores indican patología y los inferiores normalidad, así como la estructura jerárquica del instrumento (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014; Gutiérrez et al., 2015).

-El Borderline Evaluation of Severity Over Time, BEST (Bruce, Pfohl & Nancee, 2002), desarrollado por los autores del Programa de Tratamiento STEPPS.

Escala autoinformada para medir la gravedad y el cambio a lo largo del tiempo, en las personas con TLP. Compuesta por 15 ítems evaluados en una escala de tipo Likert (1 a 5) que se agrupan en tres subescalas. Las subescalas "A" Pensamientos y Emociones (ítems 1 a 8) y "B" Comportamientos (ítems 9 a 12), se corresponden con los criterios del DSM-IV-TR para el TLP, cada ítem se califica de 1 (ninguno / leve) a 5 (extremo), en el intervalo de tiempo seleccionado (30 días, 7 días, otros). La subescala "C" evalúa Comportamientos Positivos (ítems 13 a 15), en escala de 5 (casi siempre) a 1 (casi nunca). Hay una escala Total que resulta de aplicar la fórmula: subescalas A+B-C+15.

Para nuestro análisis hemos transformado las puntuaciones directas de las tres subescalas a la puntuación promedio, oscilando todas ellas entre 1 y 5, haciéndolas así comparables entre sí y con los ítems por separado. Dado que el instrumento se utiliza de forma semanal, con la finalidad de monitorizar síntomas relevantes (afectos negativos, ideas de suicidio, autolesiones), y debido a que el instrumento es sensible a los cambios en los síntomas ya a las 4 semanas (Pfohl et al., 2009), para nuestros análisis tomaremos como datos el promedio obtenido las primeras cuatro semanas (primer mes de tratamiento) y lo compararemos con el promedio obtenido las últimas cuatro semanas (último mes de tratamiento). Esto lo aplicaremos tanto en los ítems como en las tres subescalas y en la escala total, teniendo con ello un indicador de gravedad en cada momento temporal.

El instrumento ha demostrado una fiabilidad test-retest moderada ($r = .62$, $n = 130$, $p < .001$), alta consistencia interna (alfa de Cronbach $.90$, $.92$), alta validez discriminante, alta correlación con la gravedad de los síntomas del TLP, alta sensibilidad para evaluar la gravedad y el cambio clínico (Blum et al., 2002, 2009; Pfohl et al., 2009).

-**El Test de Regulación de Conducta**, desarrollado por los autores para el programa STEPPS (Blum et al., 2002).

Para recoger las áreas conductuales y de funcionamiento social en que podían tener mayor dificultad, utilizamos el Test de Regulación de Conducta que incorpora el programa STEPPS. Las áreas que abarca son dificultades en las Relaciones Interpersonales, en alimentación, sueño, realización de ejercicio, cuidado de la salud física, gestión del ocio y manejar conductas autodestructivas. Cada área se evalúa con 5 ítems, en un rango entre 0= en absoluto y 4=casi siempre cierto, así para cada área la puntuación oscila entre 0 y 20, a mayor puntuación mayor dificultad en esa área. Para nuestro análisis optamos por utilizar las medias obtenidas en cada área al inicio y al final del tratamiento.

- **COPE-28, versión en español del Brief-COPE de Carver (1997)** realizada por Morán y Manga (2009).

Es un inventario de 28 ítems que se responden en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto” con puntuaciones intermedias. Estos ítems se agrupan en 14 subescalas formas o estilos de afrontamiento que utilizan las personas ante eventos estresantes. Los autores y diferentes estudios las han intentado agrupar de modos diversos, siendo el más práctico y relacionado con los estilos de personalidad (aunque no sin controversia), el que las divide en estrategias adaptativas y desadaptativas (Carver, 1989).

Estrategias Adaptativas:

- Afrontamiento activo: realizar acciones o esfuerzos por paliar el estresor.
- Planificación: pensar cómo hacer frente al estresor y planificar el afrontamiento.
- Búsqueda de apoyo emocional: obtener simpatía o apoyo emocional.
- Búsqueda de apoyo instrumental o social: buscar ayuda, información o consejo.
- Religión: aumentar la implicación en actividades religiosas.
- Reinterpretación positiva: extraer lo positivo de una experiencia o verla desde una perspectiva distinta.

- Aceptación: aceptar el hecho de que ha sucedido y es real.
- Humor: hacer bromas sobre el estresor
- Autodistracción: actividades de distracción para reducir el nivel de estrés.

Estrategias Desadaptativas:

- Negación: intentar rechazar la realidad del estresor
- Autoinculpación: sentirse culpable y responsable de la aparición del estresor.
- Desconexión conductual: renunciar a realizar cualquier esfuerzo para afrontar el estresor.
- Desahogo emocional: tendencia a descargar o expresar de modo incontrolado las emociones.
- Uso de sustancias: recurrir al alcohol u otras sustancias para afrontar el estresor.

Los autores encontraron una confiabilidad del test coeficiente alfa de Cronbach entre .45 y .92, procedimiento test-retest de .46 a .86. Un aspecto interesante de este instrumento es que podría aplicarse para evaluar el afrontamiento situacional (cómo hace frente a una situación, problema o periodo específico) o el afrontamiento disposicional (qué suele hacer habitualmente para enfrentarse a los problemas), variando las instrucciones. Hemos utilizado para su aplicación el enfoque disposicional.

-**Escala de Dificultades de Regulación Emocional, DERS** (Gratz & Roemer, 2004). Adaptación en castellano de Hervás y Jódar (2008).

Este instrumento busca medir características de la Disregulación Emocional, aspecto clave en el Trastorno Límite de Personalidad (Gratz, Moore & Tull, 2016). Utilizamos la versión final adaptada de 28 ítems.

Las subescalas que mide son: *descontrol emocional*, que alude a las dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas; *interferencia cotidiana*, hace referencia a las dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas; *confusión emocional*, que consiste en la dificultad para conocer y tener claridad respecto de las emociones que se están experimentando y *rechazo emocional*, esto es, reacciones de no aceptación del propio estrés;

desatención emocional, apunta a las dificultades para atender las propias emociones.

Los puntajes 1 = casi nunca, 5 = casi siempre. El total donde mayor puntaje indica más dificultades. Una subescala Total resulta del sumatorio de las 5 subescalas. Para nuestros análisis hemos optado por utilizar la puntuación media en cada subescala, de tal modo que todas ellas, incluida la escala Total, oscilan entre 1 y 5. La adaptación al español de la DERS-E tuvo un buen nivel de consistencia interna (entre $\alpha = .73$ y $\alpha = .71$) y una buena fiabilidad test-retest en un periodo de 6 meses, es decir muestra estabilidad temporal ($r = .74$, $p < .001$), (Hervás & Jódar, 2008; Marín, Robles, González-Forteza & Andrade, 2012).

-Cuestionario de Screening del Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad, IPDE Módulo DSM-IV (OMS, Loranger et al. 1995).

Esta entrevista estructurada tiene dos versiones, utilizamos la basada en el DSM-IV, en su versión española (López-Ibor, Pérez & Rubio, Coord., 1996). La entrevista incluye un cuestionario autoaplicado de cribado, que permite seleccionar los ítems más relevantes a evaluar a través de la entrevista, utilizaremos la versión basada en el DSM-IV.

-Calidad Percibida del Programa.

Utilizamos un cuestionario anónimo, basado en instrumentos anteriores elaborados para centros de rehabilitación psicosocial (Cuevas Yust et al., 2001), pero adaptándolo a un recurso específico como es el Hospital de Día, y a la patología que nos ocupa, los Trastornos de Personalidad. Intenta recoger la "percepción" de los usuarios respecto dos bloques de áreas:

1. De un lado los cambios percibidos en el uso de recursos sanitarios, los síntomas y el funcionamiento diario. Se evalúan en una escala de 0 (mucho peor) a 4 (mucho mejor).
2. De otro lado la calidad percibida del programa en relación a los recursos humanos e infraestructura, la relación y apoyo ofrecido por el equipo, y la valoración del programa de tratamiento. La escala oscila entre 0 y 4, a mayor puntuación mayor calidad percibida. Además dos ítems evalúan la satisfacción con el tratamiento y con el trato recibido en una escala entre 0 y 10.

A este cuestionario, se añaden dos preguntas abiertas referidas a: ¿qué es lo que más les ayudó del programa? Y ¿en qué les ayudó?

De otro lado para valorar la calidad percibida por las familias hemos utilizado el Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8), de Roberts and Attkisson (1983), versión en español de Echeburúa E y Corral, (1998). Recoge 8 ítems que se puntúan de 1 a 4, siendo el "4" la visión más favorable (mayor satisfacción).

7.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La presente investigación es un estudio en dos etapas realizado entre junio de 2015 y enero de 2018, en el Hospital de Día de Salud Mental de San Juan (Alicante), veamos las características del trabajo realizado en cada una de ellas.

7.4.1. Primera Etapa, el Pre-Tratamiento.

En la primera etapa se plantea un estudio transversal, descriptivo y correlacional, con comparaciones entre grupos clínicos.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete SPSS, v15., utilizando como complemento la Hoja de Cálculo Excel.

Para conocer las características de nuestra muestra global y de los subgrupos clínicos (TPNE/TPM y TLP), aplicamos estadística descriptiva para las variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios, situación laboral. También para algunas variables como el uso de recursos sanitarios y el diagnóstico clínico según DSM-5.

Para analizar la capacidad descriptiva del PID-5, con los datos obtenidos nos interesaba realizar un análisis del Perfil de Rasgos, Dominios y Facetas en que los pacientes presentaban mayor necesidad de intervención, tanto la muestra global como por diagnósticos. Este perfil de rasgos se complementa con el resto de variables recogidas desde los otros autoinformes e instrumentos cuantitativos utilizados en la investigación (BEST, COPE y DERS).

Para observar si habían diferencias significativas en los perfiles de variables entre los subgrupos en función del diagnóstico (TPNE vs TLP), utilizamos la prueba *t* de Student, de comparación de Medias para muestras independientes (comparaciones entre grupos). En éste caso, para comprobar si se asumía la

igualdad de varianzas, aplicamos la Prueba de Levene de igualdad de varianzas en cada comparación de medias. El tamaño del efecto para cada par de comparaciones entre grupos se ha obtenido utilizando la delta de Cohen, siguiendo la interpretación propuesta por Cohen (1988), las delta “*d*” menores de .50 indican un tamaño del efecto pequeño, entre .50 y .79 estarían indicando un efecto moderado, y grande por encima de .80.

En este punto nos planteamos la capacidad del PID-5 para discriminar entre grupos diagnósticos, al menos el más definido TLP frente el grupo menos definido a priori TPNE/TPM. Con ello pretendíamos saber si nos permitía asignar correctamente a un sujeto en una categoría diagnóstica. Para ello hemos utilizado el Análisis Discriminante. Por otra parte, comparamos la utilidad del PID-5 con ésta finalidad frente el uso del cuestionario de Screening del IPDE.

Este análisis se complementa con el de la Curva COR, ayudándonos visualmente del gráfico y por el otro del valor de área bajo la curva (ABC). La línea en diagonal del gráfico nos indica el azar, por lo tanto si los dominios y/o facetas muestran tienen una línea muy alejada de la diagonal, mayor capacidad de discriminación. Para interpretar valores de ABC, tomamos como referencia los siguientes puntajes: [0.5, 0.6): Test malo, [0.6, 0.75): Test regular, [0.75, 0.9): Test bueno, [0.9, 0.97): Test muy bueno, [0.97, 1): Test excelente.

Además nos interesaba conocer en qué medida se relacionaban los Dominios y Facetas del PID-5 con las variables medidas en los otros instrumentos (IPDE, BEST, COPE-28 y DERS), entre otros motivos para comprobar la coherencia de las respuestas en distintos instrumentos y así la fiabilidad de las respuestas. Por lo que analizamos las correlaciones de Pearson (*r*), observando cuáles son significativas, cuál es su dirección (directa o inversa), y cual su intensidad, esto es, si es baja (.02 a .39), moderada (.40 a .69), alta (.70 a .89) o muy alta (.90 a .99).

7.4.2. Segunda Etapa. El Post-Tratamiento.

En la segunda etapa el diseño de investigación utilizado es longitudinal, pre y pos tratamiento, cuasiexperimental ya que no hubo aleatorización de sujetos. Las comparaciones en este caso se realizaron intra-grupos. Nos interesaba conocer

en qué medida el PID-5 nos permitía evaluar los resultados de una intervención o programa específico para trastornos de personalidad.

Recogimos los resultados del programa con los mismos instrumentos que al inicio (PID5, BEST, COPE-28 y DERS). Para comparar las puntuaciones del grupo global antes y después del tratamiento, hemos aplicado la prueba *t* de Student de comparación de Medias, pero en este caso para Muestras Emparejadas (comparaciones intragrupo).

Para realizar las comparaciones PRE y POST con cada instrumento, para cada subgrupo diagnóstico (TPNE/TPM y TLP), dado el pequeño tamaño de las muestras, hemos optado por la Estadística No Paramétrica, utilizando para ello el programa estadístico MATLAB2016. La prueba no paramétrica utilizada es el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon para muestras relacionadas. En esta prueba se trata de comprobar para un nivel de significación .05, si mantenemos o rechazamos la hipótesis nula de que la mediana de las diferencias en el pre y en el post es = 0.

Para comprobar el tamaño del efecto en este caso, se recomienda en las pruebas no paramétricas, utilizar la “*R*” de Rosenthal (Rosenthal, 1991), resultante de la división entre el estadístico de contraste y la raíz cuadrada del número de participantes (Field, 2013), cuya interpretación es similar a la delta de Cohen.

Por otra parte en la evaluación del programa analizamos los resultados en otras variables como el uso de recursos sanitarios (urgencias, ingresos y continuidad asistencial) y la calidad percibida. Con éstas variables realizamos un análisis descriptivo y cualitativo, resumiendo algunos datos en términos de porcentajes.

8. DISEÑO DE INTERVENCIÓN. EL PROGRAMA DE HOSPITAL DE DÍA PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

8.1. SALVANDO LAS DIFICULTADES.

El Programa de Tratamiento que presentamos en el proyecto toma de referencia las recomendaciones de las guías clínicas, pero intenta contrarrestar algunos de los déficits u obstáculos señalados en el apartado de tratamientos.

Para ello tomamos una conceptualización del Trastorno de Personalidad (TP), y del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), desde el Modelo Dimensional. Este enfoque nos ayuda a describir la muestra de pacientes a atender, en base a los “perfiles de rasgos” sobre los que se aplica el tratamiento, pudiendo englobar tanto trastornos específicos (TLP), como trastornos mixtos o no especificados (TPNE/TPM).

Desde este modelo, partiendo de la idea del DSM-5, estos rasgos son susceptibles de intervención y así las “intervenciones van dirigidas a los síntomas”, no tanto a los trastornos como entidades. Estas intervenciones, pueden afectar a largo plazo a los patrones de funcionamiento que se recogen en los rasgos de personalidad y por tanto a los trastornos específicos. Esto nos lleva a seleccionar en nuestro programa, componentes de tratamiento pensando en los rasgos sobre los que queremos intervenir, lo que permitirá ser más concretos en relación a sobre qué rasgos específicos (por ejemplo inestabilidad o impulsividad), el programa de tratamiento resulta más eficaz.

Desde esta perspectiva dimensional, utilizaremos como instrumento de evaluación “específico” para las variables a intervenir, el PID-5. Además en cada sujeto se revisan las principales áreas de funcionamiento de la personalidad, lo que nos da una visión integral más completa de la persona, al inicio y al final del tratamiento.

Por otro lado, entre los resultados se tendrá en cuenta los datos sobre visitas a urgencias y reingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, como

medida de la gravedad, pero también como medida de la reducción del gasto sanitario generado por éstos pacientes (medida de la eficiencia).

La adherencia al programa será un aspecto clave en la intervención. Un componente terapéutico básico consistirá en motivar a estos pacientes para iniciar y/o mantener el tratamiento y ofrecerles el apoyo psicosocial necesario. Sobre éste aspecto específico, la orientación de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999), y las recomendaciones de la Terapia Cognitivo Conductual (Beck, Freeman, Davis, & cols., 2005), se convierten en centrales.

Aunque detallamos los componentes, los resultados se contemplan como producto del programa en su totalidad. Y dentro de éste programa un aspecto a destacar es la formación del equipo para poder utilizar las habilidades terapéuticas necesarias en un recurso como el Hospital de día. Se convierte en un aspecto central para el tratamiento, que el equipo tenga una formación específica para el manejo de los trastornos de personalidad, el manejo de grupos con ésta patología, el trabajo en equipo que requiere un hospital de día, así como la formación común en programas de tratamiento específicos.

La coordinación con otros recursos a diferentes niveles asistenciales, es una premisa básica del programa que nos permitirá conseguir, entre otros objetivos, dar continuidad en el proceso terapéutico a los usuarios.

8.2. PROCESO DE INTERVENCIÓN.

8.2.1. Diseño del programa.

El Programa del Hospital de Día de San Juan está orientado a Trastornos Graves de Personalidad Clúster B y C, según vienen recogidos en el DSM-5. Para diseñar el Programa de Intervención desde una visión interdisciplinar y actualizada, hemos partido de la formación especializada del equipo, la búsqueda y revisión de fuentes documentales actualizadas, el asesoramiento de expertos, el análisis de las necesidades a cubrir en ésta población y las características del recurso en cuestión.

Entre las fuentes documentales consultadas hemos utilizado manuales técnicos, guías clínicas actualizadas, artículos de revisión, intervenciones

realizadas por otros recursos especializados e investigaciones recientes en el área. Por citar las más relevantes serían el Manual Diagnóstico Actualizado DSM-5 de la APA (2014), y la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Límite de Personalidad (Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores, 2011).

Concretamente para la Intervención Psicológica, algunos manuales de referencia utilizados son el de Terapia Cognitivo-Conductual para trastornos de Personalidad de A.T. Beck (Beck, Freeman, Davis, et al., 2005), Terapia Icónica de Soledad Santiago (2013), Terapia Dialectico-Conductual de M.M.Linehan (2003), y el programa de tratamiento STEPPS de Nancy Blum (Blum, Pfohl, St.John, Monahan, & Black, 2002).

Este diseño queda plasmado en el Plan Funcional, documento escrito que describe las características del recurso, criterios de ingreso, régimen de tratamiento y programas que contempla.

8.2.2. Descripción del recurso.

El Hospital de Día para Trastornos de Personalidad de San Juan de Alicante, es un Dispositivo Sanitario de Hospitalización Parcial. Depende de la Consellería de Sanitat, está integrado en la Red de Salud Mental como un recurso intermedio entre el régimen de hospitalización completa y el régimen ambulatorio. Presta asistencia sanitaria y terapéutica, intensiva e integral, en régimen de hospitalización parcial voluntaria, esto le diferencia de otros recursos tanto sanitarios como rehabilitadores (CRIS o Centro de Día).

Un equipo Multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajadora social), proporciona al paciente un tratamiento específico, intensivo, interdisciplinar y estructurado. Mediante un abordaje multifactorial e individualizado, con componentes terapéuticos diversos, que permiten tratar a la persona en función de sus necesidades y rasgos disfuncionales, observando intervenciones específicas (individuales y grupales), para cada trastorno e individuo, colaborando con el entorno del paciente (familia).

El programa que ofrece el Hospital de Día, está orientado a pacientes mayores de 18 años, residentes en el área geográfica de referencia (Departamentos 17 y 19 de Salud), cuyo diagnóstico principal sea Trastorno de Personalidad del grupo B y C (DSM-5). Son pacientes que por la inestabilidad o

gravedad en su estado psicopatológico, la mejoría y adherencia no han sido posibles a través del abordaje convencional en régimen ambulatorio, o por el contrario tienen hiperfrecuentación de los recursos sanitarios (urgencias y hospitalizaciones en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica). No incluye pacientes psicóticos ni con diagnóstico del Clúster A, ya que para éstos existe otro Hospital de Día en Alicante.

Los pacientes son derivados desde las Unidades de Salud Mental de Adultos (USMA), que también canalizan las derivaciones de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Unidades de Conductas Adictivas. Los ingresos son siempre programados y voluntarios, canalizados a través del “Protocolo de Derivación” o en su defecto la elaboración de un informe clínico completo del paciente, por parte del psiquiatra responsable del caso y de otros profesionales que hayan intervenido en el mismo (psicólogo o trabajador social).

Los pacientes son citados por el equipo para valorar si cumplen los criterios para entrar en el programa terapéutico, con una resolución que se comunica al paciente y a la USMA que lo derivó. Una vez admitidos, la duración de los ingresos está limitada en el tiempo, entre 3 y 12 meses, según objetivos marcados en el Plan Terapéutico Individualizado.

8.2.3. Objetivos.

Dado que el TP es un cuadro de larga evolución, el tratamiento en el Hospital de Día es sólo una etapa, dentro de un proceso terapéutico que empieza antes de la derivación y continúa después de ella, por este motivo el recurso está permanentemente coordinado con la red de recursos asistenciales sociosanitarios.

En general con el programa se pretende conseguir la contención de síntomas más graves, una estabilización sintomática y psicosocial, de consistencia suficiente como para continuar el tratamiento en su CSMA y, si procede, en los dispositivos de rehabilitación. En este sentido, durante el desarrollo del programa el paciente mantendrá las citas de revisión en su CSM de referencia.

Objetivos generales:

Abordaje de pacientes que por encontrarse en fase subaguda de su patología o haberse producido una evolución rápida deteriorante, con aislamiento

social y deterioro familiar, precisen una intervención intensiva ambulatoria de tipo rehabilitador.

Transición desde la hospitalización en la Unidad de Agudos de Psiquiatría hasta la reintegración en la comunidad, evitando estancias hospitalarias excesivamente prolongadas. O bien alternativa a la hospitalización en la Unidad de Agudos Hospitalaria en crisis agudas que puedan abordarse de forma ambulatoria

Evaluación, diagnóstico y planteamiento terapéutico en caso de duda diagnóstica.

Objetivos específicos: los podemos dividir por tiempo a corto, medio y largo plazo, como podemos ver en la Tabla 2.

Tabla 2. *Objetivos Específicos a Corto, Medio y Largo Plazo*

Objetivos a Corto Plazo	A Medio Plazo (dentro de los 6 primeros meses)	A Largo Plazo (más de 6 meses)
<ul style="list-style-type: none"> -Establecer <u>alianza terapéutica</u> y fomentar la adherencia al programa. -Reducción de <u>conductas perjudiciales</u> para él o su entorno: gestos autolíticos, auto y heteroagresiones, y consumo perjudicial. -Intervenir en <u>necesidades urgentes</u> (biopsicosociales). -Intervención con paciente y familia en <u>crisis</u>, reduciendo frecuentación de urgencias y reingresos 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentar la <u>Conciencia</u> de problema y motivación para el cambio. -Regularizar <u>hábitos</u> saludables. -Reducción y afrontamiento de <u>Patologías comórbidas</u> y abuso (fármacos/sustancias) -Aumentar las habilidades de manejo de paciente y familia, de: <u>rasgos más disfuncionales</u>, problemas que caracterizan su TP, manejo de estrés. -Prevenir la <u>polimedicación</u> 	<ul style="list-style-type: none"> -<u>Consolidar</u> la mejoría. -Mejorar las habilidades de <u>autocuidado</u>: personal, salud y entorno. -Mejorar el <u>funcionamiento</u> personal, interpersonal y social. -Mejorar el acceso y adherencia a los <u>tratamientos ambulatorios</u> (USM) -Facilitar el acceso a <u>recursos comunitarios</u>. -<u>Prevención de recaídas</u>.

8.2.4. Componentes y Subprogramas de Intervención.

Para valorar el ingreso en el Hospital de Día, se realiza una evaluación multidisciplinar inicial, orientada a determinar si cumple criterios de ingreso.

Con los datos obtenidos, si cumple criterios de ingreso, se elabora un primer Plan Terapéutico Individualizado del que se informa al paciente. Este contempla las áreas a intervenir por el equipo y los objetivos a conseguir. Este PTI se va revisando a lo largo del programa terapéutico. Los componentes de esa intervención a nivel individual y grupal, los podemos ver en la Tabla 3.

Se intenta implicar y comprometer al paciente en su tratamiento mediante un contrato terapéutico que especifica el marco terapéutico y las responsabilidades de los profesionales, paciente y familia (si procede).

Tabla 3. *Intervención Individual y Grupal*

Intervenciones Grupales	Intervenciones individuales del equipo
<ul style="list-style-type: none"> - Talleres de Psicoeducación. - Taller de Autoestima. - Taller de Habilidades Sociales. - Autocuidados y Educación para la Salud - Terapia de Grupo: STEPPS y STAIRWAYS. - Terapia Icónica para pacientes. - Mindfulness - Taller de Relajación. - Psicomotricidad y Ejercicio Físico. - Talleres de Ocio y Tiempo Libre. - Terapia Icónica aplicada a las familias 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento psicofarmacológico. - Monitorización de psicofármacos. - Vigilancia del estado clínico. - Monitorización de psicopatología. - Intervención coordinada en caso de crisis o reagudización de síntomas. - Intervención terapéutica sobre los rasgos disfuncionales del paciente. - Intervención individualizada en autocuidados. - Intervención social. Necesidades específicas e inserción social. - Entrevistas a familia, en diferentes momentos de la evaluación e intervención. Intervención en crisis

8.2.5. Evaluación de Individuos y del Programa.

La evaluación en este contexto, hay que entenderla en dos direcciones, evaluación individual y evaluación del programa. En su implementación ha sido necesaria la búsqueda, selección, pase, corrección e informe (parcial y final) de los diferentes instrumentos de evaluación, su introducción en la base de datos para su posterior análisis, transmisión al equipo y devolución de resultados a los pacientes durante las entrevistas.

En el Diseño de Evaluación del Programa hay que tener en cuenta que los objetivos a conseguir son de diversa naturaleza (estabilización, reducción de intensidad de síntomas, aumentar recursos personales). Además los indicadores de resultado están relacionados parcialmente con los resultados individuales analizados de forma grupal (resultados clínicos), pero también con datos recogidos expresamente para valorar el programa (ingresos, visitas a urgencias, satisfacción). Finalmente algunos de los sub-programas cuentan con instrumentos específicos de evaluación (por ejemplo el STEPPS).

Para el Diseño de Evaluación Individual de los pacientes en éste recurso, ha supuesto tener en cuenta algunas consideraciones: 1-los objetivos a conseguir son múltiples, 2-los instrumentos de evaluación deben ser específicos y adecuados (actualizados, útiles, fiables y válidos), 3-hay múltiples áreas a evaluar por un equipo multidisciplinar, que requieren instrumentos e intervalos de evaluación diferentes (por ejemplo rasgos versus síntomas).

En esta Evaluación Individual recogemos las recomendaciones de las Guías Clínicas y así contemplamos los siguientes aspectos en el proceso:

- Desde el inicio se informa al paciente del alcance y finalidad del proceso de valoración en términos comprensibles y clarificar sus dudas. Así mismo durante todo el proceso se le informa de los resultados de la valoración, ofreciéndoles apoyo para su aceptación o para la elaboración de contenidos dificultosos aparecidos.
- Se realiza una valoración inicial completa por cada miembro del equipo. Esta valoración incluye entre otros datos: la historia psiquiátrica y médica general, tanto a nivel personal como familiar; la historia psicosocial, exploración de abusos, maltratos o negligencias; exploración psicopatológica y valoración de

factores de riesgo, así como las exploraciones complementarias pertinentes. Se realiza una valoración y diagnóstico diferencial con otros trastornos clínicos, de personalidad, por consumo y patologías médicas.

- Se evalúa de forma sistemática y se lleva una monitorización durante el programa, de síntomas clínicos y factores de riesgo como el consumo de tóxicos, el riesgo de agresiones y/o autolesiones, así como el riesgo de suicidio. Además se evalúa periódicamente el estado psicopatológico, así como los factores desestabilizadores o de riesgo de precipitar las crisis.
- A lo largo del programa se irán evaluando otras variables relevantes de forma específica, como: rasgos y funcionamiento de la personalidad, problemas sociales y trastornos mentales comórbidos, funcionamiento psicosocial y sociolaboral, estrategias de afrontamiento, puntos fuertes y vulnerabilidades.

Para llevar a cabo el proceso de evaluación se utilizan procedimientos de recogida de información como los siguientes:

- Las Fuentes. Se consultan diversas fuentes documentales (informes e historia clínica), y personales (paciente, familia y profesionales).
- Entrevista. Tanto la entrevista semiestructurada para la evaluación inicial y los seguimientos (de paciente y familiares), como la entrevista estructurada para los trastornos de Personalidad IPDE, Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad, Módulo DSM-IV, (OMS, 1991).
- Observación externa y auto observación. Los coterapeutas realizan una observación de conductas y pautas de relación del paciente en el grupo. Por otra parte los pacientes llevan autoregistros que comparten con los terapeutas.
- Autoinformes. Algunos de los instrumentos utilizados se describen de forma pormenorizada en la metodología utilizada en ésta investigación.

8.3. ALGUNOS COMPONENTES TERAPÉUTICOS A DESTACAR.

8.3.1. Un Modelo de base, la Terapia Cognitivo-Conductual.

Hemos seleccionado como modelo de base en el programa, la Terapia Cognitivo Conductual (Beck & Freeman, 2005), ya que:

- Su amplitud, nos permite tener un modelo global para el abordaje de los diferentes trastornos de personalidad contemplados en el DSM-5.
- Además de ofrecernos orientación sobre los objetivos a trabajar en cada uno de los trastornos, también aporta directrices respecto a la relación terapéutica en función del trastorno.
- Permite integrar el abordaje de diferentes síntomas, para los que la TCC se ha mostrado eficaz (impulsividad, evitación, depresión, ansiedad), manteniendo un único modelo de base.
- Facilita integrar los componentes terapéuticos de un hospital de día (taller de habilidades sociales, taller de autoestima, hábitos saludables...).
- Para el abordaje de algunos rasgos relevantes, se pueden utilizar programas desarrollados desde el modelo de la TCC (STEPPS y Terapia Icónica), siendo coherente en el proceso de intervención con las fases propuestas desde la TDC.
- Permite trabajar desde un modelo que pueda tener continuidad con las intervenciones anteriores que haya tenido el paciente. Además asegura la continuidad una vez hayan terminado el programa terapéutico, desde otros recursos asistenciales como la Unidad de Salud Mental.

De forma resumida el enfoque para el TP de Beck & Freeman (2005), consiste en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, prestando especial atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas). Para este enfoque, el individuo con un TP mantiene suposiciones básicas (Esquemas Cognitivos), sobre “el mundo”, “yo” y “los demás”. Estos esquemas son desadaptativos, rígidos, sobrepensados y resistentes al cambio; con una base filogenética, se forman en la infancia, siendo

modificadas por el ambiente y el aprendizaje. Estos Esquemas, influyen sobre su conducta y respuestas emocionales, así como en “las estrategias” que utiliza para manejarse en su vida.

Las “creencias disfuncionales” a la base del trastorno de Personalidad están “estructuralizadas”, es decir, incorporadas a la organización cognitiva “normal” en manera estable. Por eso son más difíciles de cambiar que las creencias en los trastornos clínicos. El individuo, no puede renunciar a ellas, hasta que haya creado otras más adaptativas. Son su forma de dar significado a la experiencia; de explicarse los hechos y de predecir los eventos para poder manejarse en ellos. Por tanto, esta terapia pretende entrenar a los pacientes para que aprendan a identificar estas creencias para posteriormente modificarlas de una manera más ajustada a la realidad.

Las pautas conductuales, que comúnmente adscribimos a los rasgos de personalidad, son “estrategias” interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y lo aprendido. Así, en los trastornos de personalidad, encontramos una serie de estrategias hiperdesarrolladas en detrimento de las estrategias alternativas que permanecen infradesarrolladas. Estas estrategias serán también objetivo de la intervención en cada trastorno.

Beck y Freeman orientan un plan de tratamiento en el caso del TLP, que favorezca la alianza terapéutica, minimice la falta de adhesión al tratamiento, aborde las suposiciones básicas, aumente el control sobre las emociones, mejore el control de los impulsos y fortalezca la identidad del paciente. Si bien organizan esta intervención por etapas, comenzando por objetivos conductuales y síntomas clínicos, para ir progresivamente llegando al abordaje de los esquemas, entre el 6º mes-año de intervención. En su formulación del caso y abordaje en las primeras etapas, resulta un enfoque coherente con el de la Terapia Dialéctico Conductual.

Las técnicas concretas son las básicas de la TCC aplicadas y adaptadas a los objetivos a trabajar en cada trastorno específico. El orden de intervención de los objetivos y el manejo terapéutico del paciente, vienen definidos por su estilo de personalidad. Así Beck y Freeman, además de observar unas recomendaciones terapéuticas generales para los TP, observan recomendaciones sobre el estilo terapéutico a establecer con cada TP específico, así como los objetivos a trabajar y las sugerencias técnicas para realizarlo.

8.3.2. La Terapia Icónica para pacientes y para familiares.

La "Terapia Icónica para la Estabilización Emocional", es un modo de intervención psicológica, creada por Soledad Santiago (2013), pensada para ayudar a aquellas personas cuya "Inestabilidad e Impulsividad" se sitúan en unos niveles patológicos (trastorno límite de personalidad). En esta terapia se pretende mejorar la tolerancia a la frustración y la respuesta adaptativa ante la misma.

Se caracteriza por ser una terapia integrativa y de iconos; integrativa, porque recoge y ordena una serie de Técnicas Cognitivas y Conductuales en un modelo terapéutico que facilita la aplicación estructurada de dicha terapia; y de iconos, porque utiliza una serie de imágenes que permiten al participante una representación mental-espacial de los conceptos trabajados a lo largo de las sesiones terapéuticas (reflexiones y pautas de actuación para el afrontamiento). Esta modalidad de iconos facilita la comprensión, retención y evocación para su aplicación.

El "modelo integrado" en el que se fundamenta esta terapia, incluye: 1-un modelo explicativo, donde se representan las conductas inadecuadas que con más frecuencia suelen presentar las personas con inestabilidad y/o impulsividad, 2- un modelo terapéutico, donde se recoge la secuencia de técnicas y/o pautas de actuación que permiten al participante una conducta adaptativa y estabilizada. 3- se trabajan además aquellos aspectos de la personalidad que hacen "vulnerable" a la persona inestable partiendo de los modelos terapéuticos más relevantes (TCC): pensamiento dicotómico o radical, baja autoestima, creencias o cogniciones negativas y dependencia excesiva.

Las estrategias que utiliza el terapeuta para la aplicación de esta terapia están fundamentadas en: Terapia cognitiva (Beck et al., 2005), algunos aspectos de la Terapia Dialéctica (Linehan, 1993), Fomento de la Autoeficacia (Bandura, 1977), sensación de Controlabilidad (Meichenbaum, 1987; Mahoney & Thorensen, 1974; Mahoney, 1987).

Los cuatro Módulos de Trabajo en Grupo que se desarrollan en sesiones grupales de frecuencia semanal son: 1- Modelo Integrado, 2- Relaciones Personales vs Heteroagresión, 3-Autoestima vs Autoagresión, 4- Libertad hacia las metas vs Escape/Refugio Contraproducente.

Un aspecto innovador en nuestro centro es que en la intervención familiar se aplica el programa de Terapia Icónica adaptado a las Familias, en coordinación con la autora del programa, Soledad Santiago, quien supervisa la implantación del programa en grupos de pacientes y en familias.

Tanto el paciente como la familia, necesitan sesiones individuales complementarias para afianzar y personalizar los principios adquiridos en grupo. Además el modelo incluye instrumentos específicos de evaluación relacionados con los objetivos del programa.

8.3.3. Programa STEPPS

El programa Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), de Blum et al. (2008), originalmente está dirigido a personas con trastorno límite de la personalidad que presenten dificultades de regulación emocional con repercusión en su conducta. Toma como referencia teórica el enfoque de la terapia dialéctico-comportamental de M. Linehan, si bien la mayor parte del contenido y de las técnicas que se trabajan están extraídas o son compatibles con el modelo cognitivo-conductual.

El programa STEPPS consta de dos partes o subprogramas: 1- Grupo de HABILIDADES BÁSICAS que dura 20 semanas. 2 –STAIRWAYS, grupo avanzado de un año de duración que se reúne 2 veces al mes en el que se afianzan y amplían las habilidades trabajadas en el primer subprograma.

El grupo de HABILIDADES BÁSICAS está comprendido por tres fases:

Fase 1: Conciencia de Enfermedad: consiste en explicar qué caracteriza este trastorno, las posibilidades de cambiar aspectos de éste y la responsabilidad del usuario en el tratamiento

Fase 2. Entrenamiento en habilidades para la regulación de las emociones.

Fase 3. Entrenamientos en habilidades para la regulación de las conductas.

Se realiza una sesión semanal de dos horas de duración. Cada semana se organiza de acuerdo a una habilidad que será el foco de atención en la sesión. Las sesiones están diseñadas de manera que todas ellas mantienen un mismo orden, potenciando el entrenamiento de la habilidad que se trate durante toda la semana.

El programa ofrece instrumentos específicos que serán utilizados para monitorizar los síntomas y evaluar los cambios (BEST y Test de Regulación de Conductas). Facilita los autoregistros semanales, así como un gráfico personal que permite a los participantes tener un testimonio visual de sus cambios. Incluye también una evaluación grupal final, donde cada usuario valora aspectos generales y específicos del programa de forma anónima, lo que permite ir realizando correcciones en la forma de implantarlo en nuestro recurso.

Dado que se desarrolla con posibilidad de continuar el STARWAYS durante un año, hemos conseguido la implantación del programa en coordinación con el Centro Doctor Esquerdo dependiente de Diputación de Alicante, quienes se ocupan de implantar esta segunda parte o subprograma. Con esto podemos ofrecer la necesaria continuidad en el abordaje de los rasgos más destacados, manteniendo un mismo modelo de trabajo, permitiendo a los pacientes la generalización de habilidades aprendidas en el tiempo y en diferentes contextos.

8.3.4. Características distintivas de la Intervención Psicológica Individual.

La intervención psicológica individual en el Hospital de Día es un complemento a la intervención grupal, permitiendo afianzar y personalizar las habilidades trabajadas en talleres. La pauta de seguimiento es de una entrevista quincenal, que se complementa con intervenciones en crisis e intervenciones familiares cuando es necesario.

La intervención individual sigue unas fases, con objetivos diferenciados, en coordinación con el equipo. Si bien algunas de las fases se solapan, van paralelas o se mantienen durante todo el programa (por ejemplo la evaluación).

En una primera etapa el objetivo es el enganche y evaluación del paciente. En esta etapa el aspecto más relevante es establecer una sólida alianza terapéutica, para crear un vínculo y facilitar su colaboración e implicación en el tratamiento. Las técnicas de Entrevista Motivacional de Miller & Rollnick (1999), y las habilidades de entrevista se tornan fundamentales.

La segunda consiste en la Formulación del Caso y del Plan Terapéutico Individualizado. La recogida de información por áreas de funcionamiento de la personalidad nos permite observar sobre qué áreas es necesario intervenir. Se toman en consideración la gravedad, objetivos, necesidades, actitudes, motivación

y capacidad de cada paciente. Es en ésta etapa donde la orientación de referencia es la Terapia Cognitivo-Conductual para trastornos de Personalidad de A.T. Beck (Beck, Freeman, Davis & cols., 2005), que nos permite seguir un estilo terapéutico y establecer las prioridades de intervención en función del estilo de personalidad del paciente. Se revisará periódicamente el Plan de Tratamiento Individualizado en función de la evolución clínica y de los cambios en las necesidades del paciente.

La tercera etapa es la intervención sobre áreas de funcionamiento específicas. Siguiendo la línea de la TCC, pero incorporando las habilidades y técnicas que se trabajan en talleres. Aquí se hace necesario tomar como referencia las orientaciones de la Terapia Icónica y de la Terapia Dialéctica, para individualizar las habilidades aprendidas a los problemas específicos en las sesiones individuales. En todo caso intentaremos favorecer al máximo la autonomía y participación del paciente en la en la resolución de sus problemas a cada paso.

Finalmente se trabaja la preparación para el alta. Siguiendo las recomendaciones de la TCC, se elabora un plan de prevención de reagudización de los rasgos. Se revisan estrategias y recursos que el paciente ha ido poniendo en marcha durante el tratamiento. Se realiza un trabajo más centrado en el funcionamiento psicosocial. Y sobre todo en aquellos casos con rasgos más dependientes, se va consiguiendo el progresivo desenganche del recurso.

Durante todo el proceso, se trabaja de forma conjunta con el equipo para identificar los factores que precipitan o exacerban las crisis, realizando en la medida de lo posible intervenciones precoces para prevenir reagudizaciones.

Las intervenciones psicológicas cuentan con espacios de puesta en común y supervisión por el equipo, además de realizar consultas a profesionales externos que participan en programas similares (Terapia Icónica y STEPPS), que permiten garantizar la adecuación de las técnicas empleadas y el seguimiento de los procesos terapéuticos.

8.3.5. El efecto del abordaje Grupal.

En las revisiones realizadas en las guías al hablar eficacia sobre las terapias se hace especial hincapié en el modelo de intervención, en los componentes, el recurso, la duración e incluso en las habilidades de los terapeutas, si bien hay un elemento clave de la intervención que va a influir de forma sustancial en los resultados y al que no se le ha dado suficiente relevancia, es el efecto del grupo.

En el Hospital de Día este va a ser el eje central del programa de intervención. Siguiendo a Linehan (2003), que en este contexto de TP, el formato de Talleres Grupales sea estructurado y de entrenamiento de habilidades, se plantea cuando las soluciones a los problemas de los pacientes y la consecución de sus objetivos, requieren de habilidades que o bien «no se hallan en su repertorio», o bien implican «cambiar conductas». El objetivo es Entrenar Habilidades (cognitiva, emocional, conductual), y su «integración» para un «desempeño efectivo», esto es, saber usar las HH integrándolas cuando las necesita y responder a las situaciones adaptativamente.

Entre otras particularidades del abordaje grupal en el Hospital de Día, se recogen las siguientes:

- ∞ Son grupos abiertos. Esto nos asegura un cambio controlado pero continuo, dando la oportunidad de aprender a «manejar el cambio» (difícil para el TLP). Además ayuda a seguir centrados «en la tarea», las habilidades, frente centrarse en el «proceso interpersonal» en el desarrollo de las sesiones.
- ∞ Con una relativa homogeneidad en los grupos. Esto permite tener modelos distintos en el grupo. Evita «etiquetación», pero permite abordar problemas comunes.
- ∞ Se trata de una práctica concentrada/intensiva. Esto nos permite ver mayor amplitud de temas (abarcar TP diferentes). Permite volver a ver algunos temas, teniendo en cuenta el funcionamiento cognitivo de los pacientes en momentos de mayor inestabilidad. Además reduce probabilidad de abandono antes de terminar el programa.

Sin pretender ser exhaustivos, la formación de habilidades grupal con un programa estructurado, entre otras ventajas nos aporta las siguientes (Linehan, 2003; Mosquera, 2004):

- ☞ Estructura y da dirección hacia objetivos. Hay una agenda establecida, versus la agenda cambiante en TLP (sus crisis).
- ☞ La Motivación es compartida, frente la desmotivación, cambios de ánimo o de intereses individuales.
- ☞ Nos da oportunidad de «observar» conductas interpersonales.
- ☞ Reduce intensidad de la transferencia y contratransferencia, que pueden darse con el terapeuta individual.
- ☞ Les permite a los pacientes la Universalización de problemas.
- ☞ Permite el Efecto Espejo, esto es, hacerse conscientes de comportamientos, actitudes y comportamientos propios mediante la observación.
- ☞ Permite la validación y apoyo del grupo, del que obtienen refuerzo y feedback, con sensación de pertenencia y de trabajo en equipo.
- ☞ Les da oportunidad de realizar un aprendizaje por modelado, así como la generalización de habilidades (a través de la aplicación de otros).
- ☞ Ayuda a mejorar en la comunicación y a expresar los sentimientos, de una manera más apropiada y menos intensa.
- ☞ Ofrece una oportunidad para practicar las habilidades que se tratan. También para practicar habilidades sociales generales en un entorno controlado.
- ☞ Es más económico, se atiende a un mayor número de pacientes por tiempo. Los resultados son más fácilmente medibles, del individuo y del programa.

Así aunque resulte difícil separar los resultados en componentes terapéuticos, uno de los elementos a que incidirá en los cambios, será sin duda el efecto del grupo sobre el individuo. Intentaremos que, aunque de un modo cualitativo, este dato se vea reflejado en el análisis de resultados del programa.

IV- RESULTADOS

9. RESULTADOS PRE-TRATAMIENTO

9.1. PERFIL DE LA MUESTRA.

9.1.1. Perfil Sociodemográfico.

Como se expuso en el apartado participantes, fueron 85 los usuarios admitidos, estos conforman la muestra sobre la que haremos el presente análisis del perfil sociodemográfico.

Por sexos, el 75% de los usuarios son mujeres, frente al 25% de hombres. Esto puede deberse a las diferencias por sexo, no sólo para los trastornos atendidos, sino también de cara a solicitar tratamiento.

La mediana de edad es de 34.5 años, en un rango que oscila entre 18 y 54 años. El 40% tienen menos de 30 años, 31% entre 30-40, 21% entre 40-50 y 8% son mayores de 50. Que el 70% sean menores de 40, puede estar relacionado con la evolución que según veíamos en el apartado introducción, suelen seguir los TP, en el sentido de una progresiva reducción de la sintomatología respecto a la inestabilidad y la impulsividad.

Respecto al núcleo de convivencia, el 63% de las personas atendidas continúan en el domicilio familiar. Tan sólo el 24% vive sólo o con su pareja (del resto no constan los datos). Probablemente las dificultades en el funcionamiento social no les permiten un mayor grado de autonomía.

Sobre el nivel de formación, encontramos que el 24% de los usuarios no han conseguido finalizar el nivel de formación básico. El 13% han finalizado estudios básicos, 32% estudios de nivel medio (BUP, bachillerato, FP, Ciclos formativos), 8% tienen estudios universitarios sin concluir y tan sólo el 5% tienen estudios universitarios. Del restante 18% no constan estos datos.

En relación a la situación económica, el 58% carece de ingresos económicos propios. Respecto a la situación laboral, el 68 % se encuentran en situación de

desempleo. El 18% tienen empleo, pero de éstos el 15% trabajan de forma ocasional y el 3% se encuentran en situación de Incapacidad Laboral Temporal. Un 8% de pacientes tienen reconocido una Incapacidad Laboral Permanente, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). El 26% tienen el reconocimiento de Discapacidad.

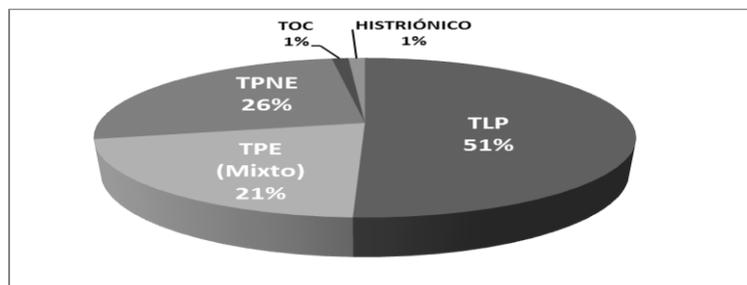
Todas estas características, independiente del TP, les convierten en un grupo especialmente vulnerable en nuestro contexto socio-cultural. Serán variables que necesitan ser atendidas desde diferentes recursos, por lo que la coordinación y el trabajo social se convierten en ejes fundamentales de la intervención.

9.1.2. Perfil Clínico de la Muestra.

Como se expuso en el apartado participantes, de los 85 usuarios admitidos, el **diagnóstico clínico** con el que son derivados es para 43 sujetos (el 51 %), Trastorno Límite de Personalidad. Sólo el 2 % presentan otros Trastornos de Personalidad Especificados (Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y Trastorno Histriónico).

Para 22 sujetos (el 26 %), el diagnóstico es Trastorno de Personalidad No Especificado y para 18, el 21 %, "Otro Trastorno de la Personalidad Especificado, Mixto". Sumando las dos categorías, suponen el 47 % de los sujetos admitidos. De aquí en adelante, debido a la dificultad para diferenciar en la práctica entre sujetos con un diagnóstico y otro, uniremos esta categoría bajo el nombre de "Trastorno de Personalidad No Especificado" (TPNE/TPM), con la finalidad de hacer más sencilla la exposición de resultados. Podemos ver este perfil en la Figura 1.

Figura 1. Perfil clínico de la muestra.



Desde la Hoja de Derivación, se observa que de los 85, el 65% presenta al menos un **trastorno comórbido**. El 17% presentan Trastornos de Depresión incluyendo Distimia, 12% presentan Trastorno por Uso de Sustancias o Dual (con T Ansiedad NE), 9% Trastornos de Ansiedad, 8% Trastorno Obsesivo-Compulsivo, 5% Trastorno Adaptativo, 6% Trastorno Psicótico o Esquizoafectivo, 4% Trastorno Bipolar, 2% Trastorno de Conducta Alimentaria, y 2% Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Este dato es significativo por varios motivos. De un lado se confirma la alta comorbilidad de los TP con otros trastornos. De otro lado, la relevancia de tener esta comorbilidad como objetivo terapéutico, aunque no sea el foco central de intervención del recurso. Hay que tener en cuenta que en estos casos, ya vienen al recurso con una pauta psicofarmacológica específica a monitorizar y ajustar cuando es necesario, sobretodo evitando la polimedicación y el abuso de algunos medicamentos. Aquí el papel del psiquiatra es fundamental.

Revisando los **antecedentes del último año** antes de la entrada al programa, el 100% están en tratamiento en su Unidad de Salud Mental. El grupo total, suma 23 ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y 99 visitas a Urgencias. Además, 10 de los usuarios habían estado en otros recursos ambulatorios o de larga estancia (Unidad de Conductas Adictivas, Unidad de Trastornos Alimentarios y Recursos Rehabilitadores entre otros).

Este dato nos da una pista del nivel de **gravedad** previo a su incorporación al recurso. Por otro lado, señala que en su mayoría vienen de tratamientos previos, variable a considerar cuando queremos incorporarles a un nuevo tratamiento, no sólo por dar continuidad a los cuidados, sino porque también puede influir en la motivación y expectativas de los pacientes.

9.1.3. Perfil por Grupos Diagnósticos.

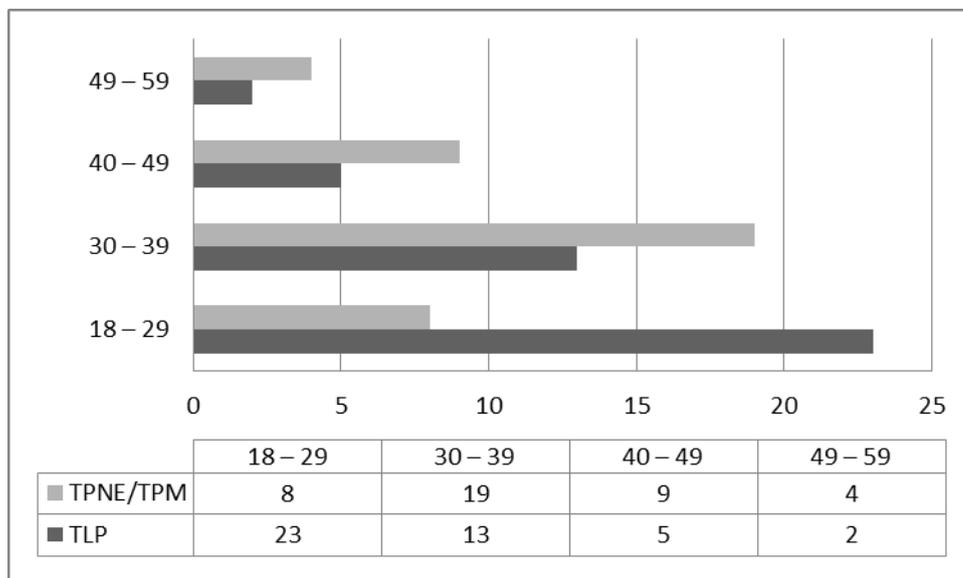
Si observamos las diferencias en el perfil para los subgrupos diagnósticos TLP ($n = 43$) y TPNE/TPM ($n = 40$), nos encontramos que:

-Por sexos, en el caso del TLP el 89% son mujeres, para el TPNE/TPM el 58%. Así predominan las mujeres en el TLP, mientras en el TPNE/TPM hay porcentajes bastante similares de hombres y mujeres.

-Por edades. De los sujetos con TLP, el 53% tienen una edad menor de 30 años, el 30% entre 30-39 y sólo el 17% es mayor de 40 años. Para el TPNE/TPM el 20% es menor de 30, el 47% tiene entre 30-39 años y el 33% es mayor de 40 años. Así parece que el grupo TLP es más joven, como puede verse en la Figura 2.

-Respecto la comorbilidad. Del grupo TPNE/TPM el 72% presentan alguna comorbilidad, del grupo TLP el 61%. El grupo TPNE/TPM tiene mayor porcentaje de trastornos de ansiedad, TOC y psicóticos, y el grupo TLP de Trastorno Bipolar, aunque las diferencias son poco significativas.

Figura 2. Distribución por edades según el diagnóstico



En resumen, para el subgrupo TLP, hay una mayoría de mujeres, sobretodo menores de 30 años; el 72% presenta alguna patología comórbida, concentrándose en este grupo los casos con Trastorno Bipolar.

Para el subgrupo TPNE/TPM, la proporción entre hombres y mujeres se iguala, la mayoría tienen entre 30-40 años. El 61% presenta comorbilidad con otro trastorno clínico, concentrándose en este grupo los trastornos de ansiedad y psicóticos.

En ambos grupos se reparten de forma similar los trastornos comórbidos relacionados con depresión y trastorno por uso de sustancias.

9.2. PERFIL DE RASGOS EN EL PID-5

9.2.1. Perfil del PID-5 para el Grupo Total.

70 pacientes cumplimentaron el PID-5, si bien para obtener unos resultados más representativos, excluirémos los dos casos con diagnósticos específicos diferentes (TOC y TP Histriónico). Así analizamos los resultados de $N = 68$.

Nos interesa conocer el perfil de rasgos en el PID-5 del grupo en conjunto, para observar si los datos que se obtienen nos ayudan a definir sus principales necesidades, con la finalidad de seleccionar los componentes terapéuticos oportunos en nuestro programa de intervención.

Las puntuaciones en el PID-5 se expresan en Puntuación Promedio (M), para cada dominio y faceta, en un rango entre 0 y 4. En general Puntuaciones Promedio mayores ($M = 4$) indican mayor “disfunción”, puntuaciones menores (M cercana a 0) apuntan hacia una personalidad adaptiva y resiliente.

Respecto los **Dominios**, el Grupo Total obtiene mayor puntuación al inicio con una puntuación cercana a 2 en Afectividad Negativa ($M = 1.95$; $DT = .57$). Le sigue Desinhibición ($M = 1.69$; $DT = .62$), Desapego ($M = 1.42$; $DT = .57$) y Psicoticismo ($M = 1.19$; $DT = .65$), obteniendo la puntuación más baja en Antagonismo ($M = .64$; $DT = .51$). Para las **Facetas**, exponemos las medias y desviaciones típicas en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntuaciones en las facetas del PID-5, medias y desviaciones típicas del Grupo Total.

FACETAS	M	DT	FACETAS	M	DT
Anhedonia	1.90	.61	Irresponsabilidad	1.37	.66
Ansiedad	2.11	.59	Manipulación	.68	.62
Búsqueda Atención	.78	.69	Disregulación Perceptiva	1.07	.59
Insensibilidad	.56	.48	Perseveración	1.53	.61
Falsedad	.72	.60	Afectividad restringida	1.13	.71
Depresión	2.04	.72	Perfeccionismo	1.40	.72
Distraibilidad	1.80	.70	Arriesgado	1.45	.80
Excentricidad	1.62	.86	Inseguridad Separación	1.55	.84
Labilidad	2.20	.71	Sumisión	1.20	.83
Grandiosidad	.53	.61	Susplicacia	1.47	.74
Hostilidad	1.56	.73	Inusualidad	.86	.76
Impulsividad	1.91	.88	Retraimiento	1.38	.83
Evitación Intimidad	.97	.88	GRUPO TOTAL N=68		

Como se observa en ésta tabla 4, destacan al inicio, con Medias mayores a 2, las siguientes Facetas: Labilidad ($M = 2.20$; $DT = .71$), Ansiedad ($M = 2.11$; $DT = .59$) y Depresión ($M = 2.04$; $DT = .72$). Con puntuaciones cercanas a 2, tenemos Anhedonia ($M = 1.90$; $DT = .61$), e Impulsividad ($M = 1.91$; $DT = .88$).

Se deduce del PID-5 PRE que los pacientes incluidos en el programa necesitan un abordaje que intervenga sobre Afectividad Negativa y facetas relacionadas como labilidad, depresión, ansiedad y anhedonia. Al tiempo que contemple el abordaje sobre la Impulsividad.

Como vimos en el apartado evaluación, Afectividad Negativa implica “experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de variadas emociones negativas y sus manifestaciones conductuales e interpersonales, así como ideas irracionales y dificultades para enfrentar situaciones de estrés”.

Así pues estos resultados orientan sobre la necesidad de intervenir tanto en la regulación emocional y su expresión, las creencias irracionales, el autocontrol y el afrontamiento del estrés.

9.2.2. Diferencias en el PID-5 entre los grupos diagnósticos TPNE y TLP.

Si dividimos el grupo que entrega el PID-5 en subgrupos en función del diagnóstico al ingreso, de ese $N = 68$, 37 sujetos tienen el diagnóstico TLP, y 31 el de TPNE/TPM. Observemos las diferencias en el PID-5 entre estos subgrupos.

9.2.2.1. Perfil en el PID-5 en ambos grupos.

En el PID-5, el **subgrupo TLP** se caracteriza por que destaca el Dominio Afecto negativo ($M = 2.09$; $DT = .50$), seguido por Desinhibición ($M = 1.85$; $DT = .56$). Respecto las Facetas, destacan Labilidad ($M = 2.40$; $DT = .55$), Depresión ($M = 2.27$; $DT = .50$), Ansiedad ($M = 2.21$; $DT = .61$), Impulsividad ($M = 2.13$; $DT = .79$), Anhedonia ($M = 2.03$; $DT = .49$) y Distraibilidad ($M = 1.96$; $DT = .60$).

Si recordamos lo expuesto en el apartado sobre los criterios diagnósticos que el DSM-5 en su Sección III, plantea que para hacer el diagnóstico de TLP deberíamos obtener en el PID-5 cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos, al menos uno debe ser (5), (6) o (7): 1. Labilidad emocional 2.

Ansiedad, 3. Inseguridad de separación, 4. Depresión, 5. Impulsividad, 6. Asunción de riesgos 7. Hostilidad.

Como se puede observar se cumplen para nuestro grupo TLP los criterios propuestos, lo que vendría a significar que, según los resultados en el PID-5, están correctamente clasificados en esa categoría diagnóstica.

Por otra parte nos encontramos con dos facetas destacadas, la Anhedonia y la Distrabilidad (definidas en el apartado evaluación). Estas facetas pueden influir en las dificultades para seguir un programa terapéutico, por lo que se hace necesario tenerlas en cuenta de cara al tipo y la forma de intervención.

Podemos ver en la Tabla 5 el perfil en el PID-5 para cada grupo diagnóstico.

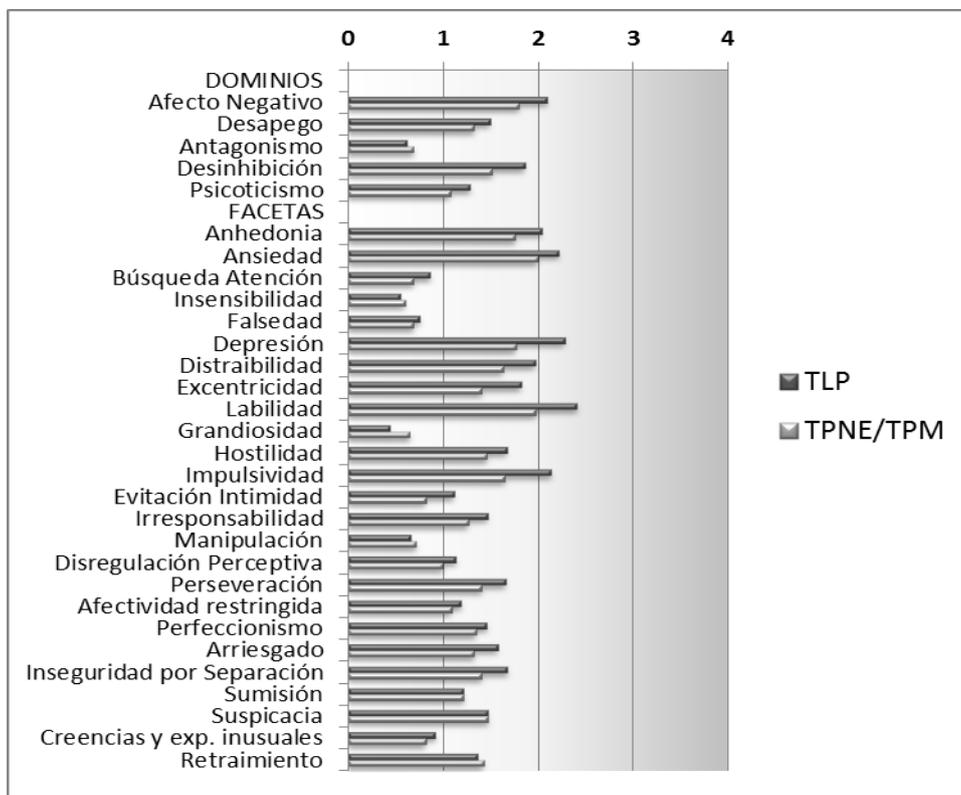
Tabla 5. Perfil en el PID-5 por grupos diagnósticos.

	TLP <i>n</i> = 37 <i>M</i> (<i>DT</i>)	TPNE/TPM <i>n</i> =31 <i>M</i> (<i>DT</i>)
DOMINIOS		
Afecto Negativo	2.09 (.50)	1.79 (.61)
Desapego	1.49 (.46)	1.32 (.68)
Antagonismo	.61 (.46)	.68 (.56)
Desinhibición	1.85 (.56)	1.51 (.63)
Psicoticismo	1.28 (.61)	1.07 (.69)
FACETAS		
Anhedonia	2.03 (.49)	1.75 (.71)
Ansiedad	2.21 (.61)	1.99 (.55)
Búsqueda Atención	.86 (.81)	.68 (.53)
Insensibilidad	.54 (.47)	.59 (.51)
Falsedad	.75 (.65)	.68 (.54)
Depresión	2.27 (.50)	1.76 (.84)
Distrabilidad	1.96 (.60)	1.62 (.78)
Excentricidad	1.81 (.79)	1.40 (.91)
Labilidad	2.40 (.55)	1.97 (.81)
Grandiosidad	.43 (.54)	.64 (.67)
Hostilidad	1.66 (.63)	1.45 (.82)
Impulsividad	2.13 (.79)	1.64 (.92)
Evitación Intimidad	1.11 (.87)	.81 (.87)
Irresponsabilidad	1.46 (.67)	1.26 (.63)
Manipulación	.649 (.52)	.710 (.73)
Disregulación Perceptiva	1.13 (.56)	.99 (.63)
Perseveración	1.65 (.58)	1.40 (.62)
Afectividad restringida	1.18 (.66)	1.08 (.78)
Perfeccionismo	1.45 (.69)	1.34 (.77)
Arriesgado	1.57 (.80)	1.32 (.79)
Inseguridad por Separación	1.67 (.86)	1.40 (.81)
Sumisión	1.20 (.91)	1.21 (.73)
Suspiciosa	1.46 (.76)	1.47 (.74)
Creencias y exp. inusuales	.91 (.69)	.81 (.84)
Retraimiento	1.35 (.79)	1.42 (.88)

Como podemos ver en la Tabla 5, para el **subgrupo TPNE/TPM**, en ningún dominio hay una puntuación promedio que exceda 2. Esto podría significar un menor deterioro en el funcionamiento de la personalidad. Al observar las facetas, destacan las puntuaciones en labilidad ($M = 1.97$; $DT = .81$) y ansiedad ($M = 1.99$; $DT = .55$). Sería en estas facetas donde pueden necesitar más ayuda.

Un dato que puede matizar estos resultados es observar de forma gráfica ambos perfiles. Podemos ver el perfil de ambos subgrupos en la Figura 3.

Figura 3. Perfil en el PID-5 para TLP y para TPNE/TPM



En la figura se pueden observar mejor los perfiles por diagnósticos. Observamos un perfil gen general con barras más prolongadas para el TLP en gran parte de las facetas y dominios. Si bien tienden a ser paralelas para ambos grupos, esto es, encontramos que se destacan las mismas facetas y que aquellas en que un grupo puntúa bajo, el otro también lo hace, siendo por tanto perfiles visualmente muy similares en el PRE tratamiento. Esto vendría a significar necesidades similares en ambos grupos, difiriendo en su intensidad.

9.2.2.2. Diferencias en el PID-5 entre diagnósticos.

Vistos los perfiles, queremos determinar si entre el grupo TLP y el TPNE/TPM, hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de los Dominios y las Facetas del PID-5. Para ello utilizamos la prueba *t* de Student para muestras independientes. Quedan recogidos estos datos en la Tabla 6.

Tabla 6. Puntuaciones en el PID-5. Diferencias entre diagnósticos, prueba *t* comparación de medias para grupos independientes.

	TLP n= 37 M (DT)	TPNE/TPM n=31 M (DT)	prueba <i>t</i> Student	G.L.	<i>p</i>	<i>d</i> Cohen
DOMINIOS						
Afecto Negativo	2.09 (.50)	1.79 (.61)	2.23	66	.029*	.55
Desapego	1.49 (.46)	1.32 (.68)	1.24	66	.220	
Antagonismo	.61 (.46)	.68 (.56)	-.54	66	.589	
Desinhibición	1.85 (.56)	1.51 (.63)	2.37	66	.021*	.58
Psicoticismo	1.28 (.61)	1.07 (.69)	1.38	66	.172	
FACETAS						
Anhedonia	2.03 (.49)	1.75 (.71)	1.853	51.69	.070	
Ansiedad	2.21 (.61)	1.99 (.55)	1.515	66	.135	
Búsqueda Atención	.86 (.81)	.68 (.53)	1.101	62.71	.275	
Insensibilidad	.54 (.47)	.59 (.51)	-.445	66	.658	
Falsedad	.75 (.65)	.68 (.54)	.469	66	.641	
Depresión	2.27 (.50)	1.76 (.84)	2.965	47.04	.005**	.86
Distraibilidad	1.96 (.60)	1.62 (.78)	2.026	66	.047*	.49
Excentricidad	1.81 (.79)	1.40 (.91)	2.006	66	.049*	.50
Labilidad	2.40 (.55)	1.97 (.81)	2.476	51.61	.017*	.68
Grandiosidad	.43 (.54)	.64 (.67)	-1.442	66	.154	
Hostilidad	1.66 (.63)	1.45 (.82)	1.126	55.84	.265	
Impulsividad	2.13 (.79)	1.64 (.92)	2.376	66	.020*	.58
Evitación Intimidad	1.11 (.87)	.81 (.87)	1.447	66	.153	
Irresponsabilidad	1.46 (.67)	1.26 (.63)	1.226	66	.225	
Manipulación	.649 (.52)	.710 (.73)	-.402	66	.689	
Disregulación Perceptiva	1.13 (.56)	.99 (.63)	.956	66	.342	
Perseveración	1.65 (.58)	1.40 (.62)	1.702	66	.093	
Afectividad restringida	1.18 (.66)	1.08 (.78)	.591	66	.557	
Perfeccionismo	1.45 (.69)	1.34 (.77)	.628	66	.532	
Arriesgado	1.57 (.80)	1.32 (.79)	1.247	66	.217	
Inseguridad por Separación	1.67 (.86)	1.40 (.81)	1.276	66	.206	
Sumisión	1.20 (.91)	1.21 (.73)	-.034	66	.973	
Susplicacia	1.46 (.76)	1.47 (.74)	-.062	66	.951	
Creencias y exp. inusuales	.91 (.69)	.81 (.84)	.547	66	.586	
Retraimiento	1.35 (.79)	1.42 (.88)	-.335	66	.739	

M: medias; D.T.: desviaciones típicas; G.L.: Grados de libertad; *p*: probabilidad obtenida; *d*: tamaño del efecto delta de Cohen. *Diferencia significativa $p < .05$; **Diferencia significativa $p < .01$.

Como se puede ver en la Tabla 6, en el PID-5 el subgrupo TLP en comparación con el TPNE/TPM, como decíamos, obtiene puntuaciones más altas en todos **los dominios**, excepto en antagonismo. Esto podría implicar mayor nivel de disfunción o gravedad en el funcionamiento de la personalidad. Encontramos que las diferencias son significativas ($p < .05$), con un Tamaño del efecto mediano para la delta de Cohen, en Afecto Negativo ($t_{(66)} = 2.23, p < .05$), y Desinhibición ($t_{(66)} = 2.37, p < .05$).

Respecto las **Facetas**, también hemos encontrado que en varias de ellas las puntuaciones son mayores para el TLP, siendo las diferencias significativas entre ambos Grupos en Depresión ($t_{(47)} = 2.965, p = .005$), donde la diferencia es significativa para $p < .01$, y el Tamaño del efecto sería Grande (Cohen 1988). También hay diferencias significativas para $p < .05$, con tamaños del efecto medianos, en Labilidad ($t_{(51,6)} = 2.476, p = .017$), Impulsividad ($t_{(66)} = 2.376, p = .020$), Distraibilidad ($t_{(66)} = 2.026, p = .047$), y Excentricidad ($t_{(66)} = 2.006, p = .049$).

En resumen, desde estos perfiles se orienta hacia una necesidad global de abordar la afectividad negativa y la impulsividad. En especial en el TPNE se hace necesario abordar la labilidad y ansiedad. Para el caso del TLP también es relevante abordar la depresión (tomando en cuenta la anhedonia), el dominio desinhibición (facetas impulsividad y distraibilidad), y la excentricidad.

9.3. ANÁLISIS DISCRIMINANTE CON EL PID-5.

Con la finalidad de observar si el PID-5 nos permite discriminar entre grupos diagnósticos, al menos el más definido TLP frente el TPNE/TPM, y averiguar si nos permite asignar correctamente a un sujeto en una categoría diagnóstica, hemos utilizado el Análisis Discriminante.

Comenzamos el Análisis Discriminante con **los Dominios**. Para los grupos TLP frente el TPNE/TPM, el estadístico Lambda de Wilks, ha encontrado diferencias significativas ($p < .05$) para los Dominios Afecto Negativo ($F_{(1,66)} = 4.960, p = 0.029$) y Desinhibición ($F_{(1,66)} = 5.605, p = 0.021$).

En relación a la función discriminante, presentó un valor de 0.133 y una correlación canónica de 0.343. Observamos aquí una correlación media-baja, así es baja la capacidad de esta función para diferenciar los grupos.

La Función Discriminante $D1 = 0.470 * \text{Afecto negativo} + 0.076 * \text{Desapego} - 0.500 * \text{Antagonismo} + 0.562 * \text{Desinhibición} + 0.160 * \text{Psicoticismo}$.

Como se observa en esta función, las variables que mejor discriminan son Afecto Negativo, Antagonismo y Desinhibición.

El contraste de hipótesis entre los valores de los centroides de ambos grupos no fue significativo ($\Lambda = 0.883$; $\chi^2(2) = 7.93, 601$; $p = .160$), así no existe evidencia de que los centroides sean diferentes.

El centroide para el TPNE/TPM fue de $-.393$, y para el grupo TLP fue de $.329$. En este caso las medias de los dos grupos en cada función son muy parecidas, por lo que la función no discrimina grupos.

Cuando observamos el porcentaje de clasificación correcta e incorrectas, utilizando los Dominios, el 51.6 % de los TNEP/TPM de la personalidad fueron clasificados correctamente mientras que un 67.6 % de los casos de TLP fueron clasificados correctamente (frente un 32% mal clasificados).

Con el Análisis Discriminante utilizando **las Facetas**, para los grupos TLP frente el TPNE/TPM, el estadístico Lambda de Wilks, ha encontrado diferencias significativas ($p < .05$) para las Facetas Distrabilidad ($F(1,66) = 4.103$, $p = .047$), Excentricidad ($F(1,66) = 4.023$, $p = .049$), Labilidad ($F(1,66) = 6.539$, $p = .013$) e Impulsividad ($F(1,66) = 5.646$, $p = .020$)

En relación a la función discriminante, presentó un valor de 0.687 y una correlación canónica de 0.638. Observamos aquí una correlación media-alta, así tiene mejor capacidad esta función para diferenciar los grupos que la obtenida en dominios.

La Función Discriminante sería $D1 = -0.335 * \text{Anhedonia} + 0.081 * \text{Ansiedad} + 0.526 * \text{Búsqueda de A} - 0.931 * \text{Insensibilidad} - 0.136 * \text{Falsedad} + 0.428 * \text{Depresión} + 0.312 * \text{Distrabilidad} + 0.344 * \text{Excentricidad} + 0.477 * \text{Labilidad} - 0.270 * \text{Grandiosidad} + 0.162 * \text{Hostilidad} + 0.384 * \text{Impulsividad} + 0.678 * \text{Evitación} - 0.351 * \text{Irresponsabilidad} + 0.273 * \text{Manipulación} - 0.258 * \text{Distorsión perceptiva} - 0.372 * \text{Perseveración} + 0.525 * \text{Afectividad restringida} - 0.005 * \text{Perfeccionismo} + 0.369 * \text{Arriesgado} + 0.460 * \text{Inseguridad Separación} - 0.637 * \text{Susplicacia} - 0.137 * \text{Inusualidad} - 0.326 * \text{Retraimiento}$.

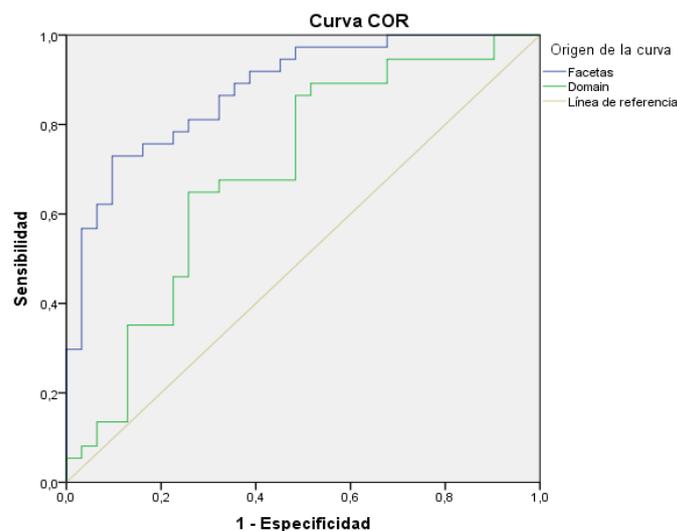
El contraste de hipótesis entre los valores de los centroides de ambos grupos no fue significativo ($\Lambda = 0.593$; $\chi^2(2) = 27.993$; $p = .308$), así no existe evidencia de que los centroides sean diferentes.

El centroide para el TPNE/TPM fue $-.892$, y para el grupo TLP fue de $.748$. En este caso las medias de los dos grupos en cada función son algo diferentes, por lo que la capacidad de discriminación es mayor en este análisis de las facetas, que con los dominios.

Cuando observamos el porcentaje de clasificación correcta e incorrecta, utilizando las Facetas, el 74.2 % de los TNEP/TPM de la personalidad fueron clasificados correctamente, y un 78.4 % de los casos de TLP (frente el 21,6 % mal clasificados). Así resultan más sensibles las facetas para clasificar los TLP, aumentando el porcentaje de clasificación correcta, frente a la utilización de los Dominios.

El análisis de curva ROC en la Figura 4, mostró que, si la línea en diagonal del grafico nos indica el azar, los dominios y facetas tienen una línea alejada de la diagonal mostrando capacidad de discriminación. El valor de área bajo la curva ABC para las facetas de 0.879 ($S.E. = .040$; $p = .000$; [0.799, 0.958]), para los Dominios fue de $.695$ ($S.E. = 0.066$; $p = 0.006$; [0.566, 0.824]). Como se puede ver el ABC de las facetas es mucho mayor que la de los dominios, mostrándose en ese caso como un test “bueno” para separar entre TPNE/TPM y TLP.

Figura 4. Curva COR para facetas y dominios en el PID-5



9.4. EL IPDE. DIFICULTADES DESDE LA EVALUACIÓN CATEGORIAL.

9.4.1. Perfil en el cuestionario de screening IPDE. Dificultades diagnósticas.

Previo a la realización de la entrevista estructurada del IPDE para personalidad, se administra un cuestionario de screening que permite la selección de los ítems más relevantes a preguntar durante la entrevista. Queríamos realizar un análisis de los datos obtenidos al inicio con éste cuestionario, para comparar la utilidad de este cuestionario de screening basado en el Modelo Categorial, frente la utilización del PID-5 basado en el Modelo Dimensional, en relación a su utilidad para describir, orientar el diagnóstico y discriminar entre trastornos.

Excluimos del análisis los dos casos con diagnósticos distintos a TLP o TPNE/TPM. Observamos en los resultados que el Grupo Total ($N = 68$), obtiene un promedio de rasgos en TLP suficiente para considerar éste trastorno como probable ($M = 5.169$). Vamos a analizar si existen diferencias entre los grupos, resumiendo los datos en la Tabla 7.

Tabla 7. IPDE. Resultados de cada grupo y diferencias entre TLP y TPNE.

IPDE SUBESCALAS	Min Max	C.N.	TLP $n = 37$ M	TLP Frec.	TPNE $n = 31$ $M(DT)$	TPNE Frec.	Grupo Total M	Grupo Total Frec.
Paranoide	0-7	3	2.87	11	2.17	8	2.5	19
Esquizoide	0-7	4	2.40	7	2.14	7	2.31	14
Esquizotípico	0-9	5	2.81	7	2.57	8	2.67	15
Histriónico	0-8	5	2.53	6	1.78	0	2.17	6
Antisocial	0-7	3	1.87	14	1.28	8	1.61	22
Narcisista	0-9	5	2.34	14	2.17	2	2.28	16
Limite	0-9	5	6.03	33	4.32	19	5,17	52
Obsesivo	0-8	4	2.93	13	2.57	6	2.73	19
Dependiente	0-8	5	3.65	9	3.28	9	3.4	18
Evitativo	0-8	4	4.34	21	3.14	15	3.58	36

Min y Max: número de criterios mínimos y máximos que se puede obtener en el cuestionario para esa subescala. **C.N:** número de criterios necesarios en cada subescala para plantear como “diagnóstico probable” y por tanto a evaluar con entrevista. **M:** Media del nº de rasgos obtenidos por el grupo en cada subescala del IPDE. **Frec.:** Número de sujetos que cumplen el mínimo de criterios necesarios para plantear ese diagnóstico como probable.

Como puede verse en el **Grupo Total**, si observamos la distribución de frecuencias por trastorno (Frec.), hay un 76% de casos ($n = 52$), que obtienen en el IPDE un número suficiente de criterios para orientar como “diagnóstico probable” el TLP, y el 53% de los sujetos ($n = 36$), obtienen criterios suficientes orientar como “diagnóstico probable” el Trastorno Evitativo. Si observamos la columna de las medias (M), parece ser que el grupo puntúa más criterios de la subescala TLP que de las otras subescalas del IPDE.

Si realizamos una Tabla de Distribución de Frecuencias, para ver el porcentaje de casos que cumplen un número de criterios suficientes para plantear como diagnóstico probable entre 0 y 8 subescalas del IPDE, tenemos los resultados de la Tabla 8.

Tabla 8. Porcentaje de casos que cumplen criterios para las subescalas del IPDE.

Nº de Subescalas	Grupo Total	TLP	TPNE/TPM
0	13 %	0 %	17 %
1	20 %	16 %	28 %
2	13 %	19 %	7 %
3	23 %	28 %	21 %
4	9 %	13 %	7 %
5	8 %	13 %	3 %
6	6 %	6 %	7 %
7	2 %	0 %	3 %
8	6 %	6 %	7 %

Como observamos en la tabla, para el Grupo Total un 13% de casos no cumple suficientes criterios para ningún trastorno. Tal vez este sea el porcentaje de casos que desde un modelo categorial serían subumbral y por tanto no sería adecuado clasificarlos como un TP.

Sólo el 20% obtienen los criterios necesarios para un único trastorno. El resto, un 67%, cumple criterios para considerar al menos 2 trastornos como diagnósticos probables.

Esto significaría que para el 67% de la muestra total, el IPDE apunta hacia un diagnóstico de TPNE/TPM, y que por tanto un alto porcentaje de los casos diagnosticados como TLP vendrían mal clasificados.

Si observamos de nuevo los datos, esta vez por diagnósticos, el subgrupo que viene diagnosticado de TLP ($n = 37$), como observamos en la Tabla 7, puntúa más rasgos en todas las subescalas del IPDE, según se observa en las medias y en la frecuencia de casos para cada una, destacando las subescalas límite y evitativo. Analizando la distribución de frecuencias observamos que de los 37 casos, 33 (el 89%), cumplen suficientes criterios para considerar como “diagnóstico probable” TLP en el IPDE.

En la Tabla 8, observamos que de los 37 del grupo TLP, sólo 5 (16 %), cumplen criterios para un único trastorno. El otro 84% (32 sujetos), cumplen criterios para 2 o más trastornos. Es decir, el 84% estarían mejor clasificados como TPNE/TPM. Pero además revisando los 5 casos que cumplen criterios para un solo diagnóstico, sólo 2 de ellos (6%), cumplen “únicamente” criterios de TLP. Esto significaría que el 94% de este grupo estarían mal clasificados como TLP al inicio, según se desprende del cuestionario IPDE.

Observando los resultados para el subgrupo TPNE/TPM ($n = 31$), según vemos en la Tabla 7, 19 sujetos cumplen criterios para TLP y 15 para Trastorno Evitativo. Por otra parte en la Tabla 8 nos encontramos que de los 31, 17% no cumplen criterios para ningún trastorno específico, 28% obtienen criterios suficientes para un único diagnóstico, de ellos 5 (17%), cumplen criterios exclusivamente para TLP. El 55% restante cumplen criterios al menos para dos o más trastornos. Es decir en este grupo en comparación con el grupo TLP, encontramos más casos que según el IPDE se clasificarían como TLP, y sólo el 55% estarían correctamente clasificados. En este grupo, el 17% podrían ser casos subumbral desde el modelo categorial de clasificación.

Si comparamos los resultados en el IPDE del subgrupo TLP con el subgrupo TPNE/TPM, aplicando la prueba t de Student, para diferencia de medias de muestras independientes, se encuentran diferencias significativas para dos subescalas, Límite ($t_{(66)} = -2.99, p = .004, 95\% \text{ IC} = [-2.858, -.561], d \text{ de Cohen} = 0.78$) y Evitativo ($t_{(66)} = -2.546, p = .014, 95\% \text{ IC} = [-2.144, -.25685], d \text{ de Cohen} = 0.65$).

Lo que viene a significar que el subgrupo TLP, por un lado, tiene un porcentaje de casos superior (frecuencia de casos), que cumplirían criterios suficientes en ambas subescalas como diagnóstico probable. Por otro lado, el subgrupo TLP también cumple un número mayor de criterios para estas subescalas (media de rasgos).

9.4.2. Correlaciones entre Dominios del PID-5 e IPDE.

Nos interesa conocer en qué medida correlacionan las subescalas del IPDE, con los Dominios del PID-5. El objetivo es observar en qué medida los resultados en ambos instrumentos son coherentes. En general encontramos que sí lo son. Los resultados pueden verse en la Tabla 9.

Tabla 9. Correlaciones entre dominios PID-5 y subescalas del IPDE.

Dominios PID5	Correlación Pearson	Par	Es	Esq	His	Ant	Nar	Lim	Obs	Dep	Ev
Afecto	Correlación	.556**	.143	.319*	.288*	.128	.416**	.466**	.365**	.365**	.453**
Negativo	Sig. (bilateral)	.000	.275	.013	.026	.331	.001	.000	.004	.004	.000
Desapego	Correlación	.187	.422**	.296*	-.023	.128	.147	.228	.204	.096	.312*
	Sig. (bilateral)	.152	.001	.022	.860	.329	.264	.080	.119	.467	.015
Antagonismo	Correlación	.241	.131	.212	.145	.262*	.197	.176	.053	.008	-.071
	Sig. (bilateral)	.063	.318	.104	.268	.043	.131	.180	.687	.950	.591
Desinhibición	Correlación	.375**	.383**	.353**	.255*	.349**	.366**	.421**	.197	.228	.358**
	Sig. (bilateral)	.003	.002	.006	.049	.006	.004	.001	.131	.080	.005
Psicoticismo	Correlación	.340**	.362**	.482**	.308*	.429**	.319*	.385**	.420**	.117	.286*
	Sig. (bilateral)	.008	.004	.000	.017	.001	.013	.002	.001	.373	.027

Par: Paranoide, Es: Esquizoide, Esq: Esquizotípico, His: Histriónico, Ant: antisocial, Nar: Narcisista, Lim: Límite, Obs: Obsesivo-Compulsivo, Dep: Dependiente, Ev: Evitativo. *Significativa al .05; **Significativa al .01

Si observamos cómo correlaciona cada Dominio del PID-5 con las subescalas del IPDE, encontramos que el Dominio Afecto Negativo, correlaciona positiva y significativamente con casi todas las subescalas del IPDE, excepto Antisocial y Esquizoide. La correlación es moderada con las subescalas Paranoide, Narcisista, Límite y Evitativo.

El Dominio Desapego, correlaciona positiva y significativamente con las subescalas Esquizoide (correlación moderada), Esquizotípico y Evitativo (baja). El Dominio Antagonismo sólo correlaciona positiva y significativamente ($p < .05$), con la subescala Antisocial. El Dominio Desinhibición correlaciona positiva y significativamente con casi todas las subescalas, excepto Obsesivo-Compulsivo y Dependiente. La correlación es moderada con la subescala Límite.

Finalmente, llama la atención que el Dominio Psicoticismo correlaciona positiva y significativamente con todas las subescalas, excepto la Dependiente. Hay correlación moderada con las subescalas Esquizoide, Antisocial y Obsesivo-Compulsivo.

9.5. DATOS OBTENIDOS EN EL BEST.

9.5.1. Perfil en el BEST para el Grupo Total.

Como decíamos en metodología, el BEST incluye 15 ítems que se agrupan en tres subescalas. La subescala "A" Pensamientos y Emociones (ítems 1 a 8), "B" Comportamientos típicos en TLP (ítems 9 a 12), y la subescala "C" evalúa Comportamientos Positivos (ítems 13 a 15).

Para hacer comparables las puntuaciones de los distintos apartados, hemos transformado las puntuaciones directas en cada subescala a puntuaciones promedio, oscilando así entre una puntuación mínima de 1 y máxima de 5. Utilizaremos como línea base para cada subescala e ítem, el promedio en las primeras 4 sesiones de asistencia.

Nos interesa conocer no sólo el perfil del Grupo Total, sino también si existen diferencias significativas entre los dos grupos analizados, TLP y TPNE/TPM, tanto en las subescalas como en los ítems.

Dado que no todos los pacientes admitidos en el HD, persisten el primer mes, nos encontramos con un $N = 65$, de los cuales 34 pertenecen al subgrupo TLP y 31 al subgrupo TPNE/TPM. En la Tabla 10 tenemos los promedios obtenidos en el grupo durante el primer mes en las subescalas y los ítems.

Tabla 10. Puntuaciones en el BEST para el Grupo Total. Medias y desviaciones típicas en las subescalas e ítems.

	Media	DT
SUBESCALAS		
A "Pensamientos y emociones TLP" (Ítems 1 a 8)	2.941	.899
B "Conductas típicas TLP" (Ítems 9 a 12)	2.242	.935
C "Conductas positivas" (Ítems 13 a 15)	3.106	.841
ITEMS		
1. Preocupación por el abandono	2.886	1.097
2 Cambios extremos en sus opiniones sobre los demás	2.817	1.158
3 Cambios extremos en cómo se veo a sí mismo/a.	3.159	1.180
4 Cambios intensos en el estado de ánimo varias veces el mismo día	3.539	.997
5 Sentirse paranoico/a o como perdiendo el contacto con la realidad.	2.057	1.081
6 Sentirse enfadado/a	3.141	.988
7 Sentimientos de vacío	3.430	1.263
8 Sentimientos, pensamientos de suicidio	2.553	1.398
9 Hacer cosas extremas para intentar que los demás no le dejen.	1.876	1.000

Tabla 10. (Continuación). Puntuaciones en el BEST para el Grupo Total. Medias y desviaciones típicas en las subescalas e ítems.

	Media	DT
10 Hacerse daño a propósito o intentar suicidarse.	1.918	1.098
11 Problemas con conductas impulsivas	2.709	1.285
12 Ataques de ira o problemas para controlar la ira.	2.484	1.288
13 Elegir realizar una actividad positiva en circunstancias en las que siento el impulso de hacer algo destructivo o autodestructivo.	2.627	1.065
14 Darse cuenta antes de que algo podría causarle problemas emocionales y dar pasos razonables para evitar el problema.	2.551	1.014
15 Seguir las indicaciones terapéuticas (terapia, tareas, asistencia a las sesiones, medicación, etc.)	4.044	.969

Se puede observar que los ítems que puntúan más alto durante el primer mes son: inestabilidad en el estado de ánimo ($M = 3.539$; $DT = 1.18$), sentimientos crónicos de vacío ($M = 3.43$; $DT = 1.263$), cambios en cómo se ven a sí mismos ($M = 3.159$; $DT = 1.180$), y sentimientos de enfado ($M = 3.141$; $DT = .988$).

En positivo el ítem 15, seguir las indicaciones terapéuticas, es con diferencia el de mayor puntuación del cuestionario ($M = 4.044$; $DT = .969$).

9.5.2. Diferencias por diagnósticos.

Si analizamos las diferencias entre el grupo TLP y TPNE/TPM, encontramos que son significativas en todas **las Subescalas**, con un tamaño del efecto grande en las subescalas A y B, y mediano en la subescala C:

- Subescala A, $t_{(63)} = 3.221$, $p = .002$, 95% IC= [.254, 1.088], d de Cohen = .79.
- Subescala B, $t_{(63)} = 3.855$, $p < .000$, 95% IC= [.390, 1.232], d de Cohen = .95.
- Subescala C, $t_{(63)} = -2.414$, $p = .019$, 95% IC= [-.889, -.083], d de Cohen = .59.

Así el grupo TLP puntúa más alto en las subescalas A y B, mientras en TPNE/TPM lo hace en la subescala C. Esto vendría a indicar que el grupo TLP en comparación con el TPNE/TPM, no sólo tiene una sintomatología significativamente más intensa (cognitiva, emocional y conductual), sino que utilizan con menor frecuencia conductas de afrontamiento de su sintomatología.

Cuando comparamos **los ítems** del BEST en el primer mes, el grupo TLP puntúa más alto en todos los ítems excepto los relacionados con conductas de afrontamiento (a la inversa para TPNE/TPM). Destacar que aunque los ítems en

que puntúan más alto coinciden para ambos grupos (sentimientos crónicos de vacío y cambios extremos en sus emociones), las diferencias entre ambos grupos es significativa. Así la diferencia de medias en los ítems entre el grupo TLP ($n=34$) y TPNE ($n=31$), es significativa en la mayoría de ítems, como podemos ver en la Tabla 11.

Tabla 11. Puntuaciones en el BEST. Diferencias entre TLP Y TPNE, prueba t comparación de medias para grupos independientes.

ITEMS BEST	TLP $n=34$	TNEP $n=31$	prueba t	G.L.	p	d
	$M(DT)$	$M(DT)$				
1.	3.08 (1.13)	2.67 (1.02)	1.516	63	.135	
2.	3.12 (1.09)	2.47 (1.14)	2.358	63	.022*	0.58
3.	3.59 (1.08)	2.68 (1.10)	3.345	63	.001**	0.83
4.	3.91 (.77)	3.13 (1.06)	3.399	63	.001**	0.84
5.	2.17 (1.02)	1.92 (1.13)	.909	63	.367	
6.	3.37 (.89)	2.89 (1.04)	1.999	63	.050	
7.	3.75 (1.11)	3.06 (1.33)	2.274	63	.026*	0.56
8.	3.04 (1.32)	2.01 (1.28)	3.182	63	.002**	0.79
9.	2.04 (1.04)	1.68 (.93)	1.469	63	.147	
10.	2.21 (1.19)	1.59 (.89)	2.358	60,65	.022*	0.58
11.	3.36 (1.10)	1.99 (1.08)	5.026	63	.000**	1.25
12.	2.85 (1.30)	2.07 (1.15)	2.550	63	.013*	0.63
13.	2.38 (.97)	2.89 (1.11)	-1.960	63	.054	
14.	2.34 (.95)	2.77 (1.04)	-1.739	63	.087	
15.	3.86 (.95)	4.24 (.96)	-1.625	63	.109	

*Diferencia significativa $p<.05$; **Diferencia significativa $p<.01$.; G.L: Grados de Libertad.
d: delta de Cohen

Así encontramos una diferencia significativa para $p < .01$, y el tamaño del efecto grande (d de Cohen $> .80$), para los ítems: 3-cambios en identidad, 4-cambios en estado de ánimo, y 11-conductas impulsivas. Y con un tamaño del efecto moderado (d de Cohen $> .50$), para el ítem 8-ideas de suicidio.

La diferencia es significativa para $p < .05$ y tamaño del efecto mediano (d de Cohen $> .50$), para los ítems: 2- opinión sobre los demás, 7-sentimientos de vacío, 10-hacerse daño o intentar suicidarse, y 12-ataques de ira o problemas para controlarla.

Observando las diferencias por ítems, el grupo TLP en comparación con el TPNE, tiene una sintomatología significativamente más intensa (cognitiva, emocional y conductual). De especial relevancia son las ideas y conductas suicidas (ítems 8 y 10), así como las conductas impulsivas (ítem 11), que implican que este grupo necesita mayor monitorización en el proceso terapéutico.

9.5.3. Correlación entre BEST y PID-5.

Cuando analizamos la relación que guarda los dominios del PID-5 con las subescalas del BEST, encontramos los resultados de la Tabla 12.

Tabla 12. Correlación entre dominios del PID-5 y subescalas del BEST

DOMINIOS		PRO A	PRO B	PRO C
Afecto Negativo	Correlación de Pearson	.554**	.534**	-.345**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.006
Desapego	Correlación de Pearson	.416**	.345**	-.167
	Sig. (bilateral)	.001	.006	.191
Antagonismo	Correlación de Pearson	.216	.275*	-.107
	Sig. (bilateral)	.089	.029	.406
Desinhibición	Correlación de Pearson	.528**	.477**	-.334**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.008
Psicoticismo	Correlación de Pearson	.517**	.538**	-.150
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.241

*Significativa al $p < .05$; **Significativa al $p < .01$

Los Dominios Afectividad Negativa, Desinhibición y Psicoticismo tienen una correlación positiva, significativa ($p < .01$), y moderada, con las subescalas A y B. El Dominio Desapego tiene una relación positiva, significativa ($p < .01$), y moderada con la subescala A, pero baja con la subescala B. Así a mayor puntuación en éstos dominios, mayor puntuación en las emociones y las conductas típicas en TLP. Antagonismo guarda una relación positiva, significativa ($p < .05$), y baja con la subescala B, es decir, está más relacionado con las conductas disfuncionales que con las emociones.

Señalar que la correlación de Afecto Negativo y Desinhibición con las subescalas A y B, suponen coherencia en las respuestas, esta misma correlación la hemos encontrado en concreto para las facetas labilidad e impulsividad.

Finalmente, todos los dominios tienen una correlación negativa con la Subescala C (conductas positivas). Señalar que tanto la Afectividad Negativa como la Desinhibición guardan una correlación negativa, significativa y baja con la escala C. Esto significa que cuanto mayor es la puntuación en los dominios, menos utilizan estrategias de afrontamiento de los síntomas, especialmente en el caso de la Afectividad Negativa y la Desinhibición, los más destacados en el grupo TLP.

9.6. PERFIL EN EL COPE-28.

9.6.1. Perfil y diferencias por grupos diagnósticos.

Como veíamos en el perfil del Grupo Total, la alta afectividad negativa implicaba además de las emociones negativas y sus manifestaciones conductuales e interpersonales, dificultades para enfrentar situaciones de estrés. Se deriva de aquí la necesidad de evaluar en el grupo las estrategias específicas que utilizan para afrontar ese estrés.

El cuestionario COPE-28, descrito en metodología, recoge 14 estrategias de afrontamiento, que dividiremos en funcionales y disfuncionales. Las puntuaciones en cada una oscilan entre 0 y 6, en función de la frecuencia con que la utilizan para enfrentarse a los problemas en general.

Las estrategias que utiliza el grupo en conjunto **con mayor frecuencia** ($M > 3$), entre aquellas que podríamos calificar como estrategias funcionales serían: Afrontamiento de Problemas, Búsqueda de Apoyo Social, Búsqueda de Apoyo Emocional, Aceptación y Autodistracción.

Pero también utilizan con frecuencia algunas que podríamos clasificar como disfuncionales, como el Desahogo Emocional y la Autoinculpación.

Las que utilizan con **menor frecuencia** ($M < 3$), entre las funcionales son la Planificación, la Reevaluación Positiva, recurrir a la Religión y el Humor.

Entre las disfuncionales, las que utilizan con menor frecuencia son el uso de Sustancias, Desconexión y Negación de los problemas.

Cuando se comparan ambos grupos TPNE/TPM y TLP, con la prueba *t* de Student para muestras independientes, puntúan de forma similar en el uso de todas las estrategias, con resultados similares al grupo total. Sin embargo el TLP puntúa de forma significativamente mayor en Autoinculpación ($t_{(66)} = 2.40$, $p = .019$, 95% IC = [.161, 1.763], d de Cohen = .86), y también en Uso de sustancias ($t_{(66)} = 2.062$, $p = .044$, 95% IC = [.030, 2.011], d de Cohen = .687).

Estos resultados apuntan a la necesidad de abordar con el grupo global estrategias como la planificación, la reevaluación positiva y el humor, ayudando a

reducir la autoinculpación y el desahogo emocional (expresión inadecuada de emociones). Para el TLP además se hace necesario elaborar estrategias alternativas al consumo para afrontar el estrés. Vemos los resultados en Tabla 13.

Tabla 13. Medias y Desviaciones Típicas en el COPE-28

Estrategia	G.Total		TLP		TPNE	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Afrontamiento	3,46	1,728	3,47	1,656	3,44	1,847
Planificación	2,64	1,664	2,50	1,638	2,81	1,711
A. Emocional	3,33	1,947	3,44	2,063	3,19	1,819
A. Social	3,69	1,523	3,79	1,452	3,56	1,625
Religión	1,13	1,678	1,12	1,871	1,15	1,433
Reev. Positiva	2,43	1,756	2,32	1,886	2,56	1,601
Aceptación	3,00	1,871	2,97	1,817	3,04	1,971
Negación	2,28	1,704	2,21	1,702	2,37	1,735
Humor	2,20	2,120	2,50	2,192	1,81	2,001
Autodistracción	3,20	1,896	3,09	1,832	3,33	2,000
Autoinculpación	4,72	1,614	5,15*	1,417	4,19*	1,711
Desconexión	2,20	1,701	2,47	1,796	1,85	1,537
Desahogo	3,52	1,776	3,82	1,732	3,15	1,791
Sustancias	1,75	1,972	2,21*	1,951	1,19*	1,882

*Diferencia significativa al .05

Reev.Positiva: Reevaluación Positiva.

9.6.2. Correlaciones Dominios del PID-5 y COPE-28

Nos interesaba conocer cómo se relacionan los **Dominios** del PID-5, con las estrategias de afrontamiento en el COPE-28, y encontramos las correlaciones que se exponen en la Tabla 14.

Tabla 14. Correlaciones entre dominios del PID-5 y las escalas del COPE-28.

		Afrontamiento	Planificación	A. Emocional	Apoyo Social	Religión	Reev. Positiva	Aceptación	Negación	Humor	Auto-distracción	Auto-inculpación	Desconexión	Desahogo	Sustancias
Afecto Negativo	<i>r</i> Pearson	-.159	-.114	-.146	.189	-.080	-.345**	-.213	.245	-.058	-.086	.496**	.204	.264*	.105
	Sig.	.214	.374	.254	.139	.532	.006	.094	.053	.654	.502	.000	.110	.037	.412
Desapego	<i>r</i> Pearson	-.113	-.092	-.137	-.087	.086	-.178	-.243	.234	.021	-.025	.164	.222	-.038	.182
	Sig.	.380	.475	.284	.500	.504	.164	.055	.065	.868	.846	.199	.080	.765	.152
Antagonismo	<i>r</i> Pearson	-.214	.083	-.069	-.006	.228	.137	.114	.293*	.122	-.004	.017	-.206	.028	.132
	Sig.	.092	.518	.593	.960	.073	.284	.376	.020	.342	.974	.895	.106	.828	.304
Desinhibición	<i>r</i> Pearson	-.212	-.225	-.207	-.082	-.049	-.201	-.172	.324**	-.100	-.135	.158	.263*	.170	.252*
	Sig.	.096	.076	.104	.525	.701	.115	.177	.010	.435	.291	.217	.037	.183	.046
Psicoticismo	<i>r</i> Pearson	-.070	.072	-.223	-.036	.024	.032	.006	.349**	.015	.093	.211	.287*	.214	.383**
	Sig.	.584	.577	.079	.781	.854	.804	.961	.005	.907	.471	.098	.023	.093	.002

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). * . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Se observan las siguientes correlaciones significativas entre los Dominios del PID-5 y las estrategias de afrontamiento en el COPE-28:

-Afecto Negativo guarda una correlación significativa, negativa y baja, con Reevaluación Positiva. La correlación es significativa y positiva con Autoinculpción y Desahogo emocional, moderada para la primera ($r > .40$), baja para la segunda. Así tenemos que aquellos que puntúan más alto en Afecto Negativo utilizan con poca frecuencia la reevaluación positiva de los problemas y con mucha frecuencia la Autoinculpción y el Desahogo Emocional.

-Antagonismo tiene una relación significativa, positiva, moderada con Negación.

-Desinhibición y Psicoticismo correlacionan de forma significativa, positiva y baja ($r < .40$) con Negación, Desconexión y Uso de Sustancias. Por tanto, los que puntúan alto en Desinhibición y Psicoticismo, suelen utilizar con frecuencia la Negación, Desconexión y el uso de sustancias como estrategia de afrontamiento. Tal vez sean estrategias de tipo evitativo las que caracterizan a estos dominios.

9.7. PERFIL Y DIFERENCIAS EN EL TEST DE REGULACIÓN DE CONDUCTA

Las áreas conductuales en que expresan tener mayores dificultades al inicio del programa, están relacionadas con el nivel de funcionamiento personal y social. En el Test de Regulación de Conducta, incluido en el programa STEPPS, señalaron que las áreas más afectadas serían las relaciones interpersonales ($M = 10.39$; $D.T. = 4.41$), y la gestión de ocio ($M = 10.91$; $D.T. = 5.54$).

Si comparamos los subgrupos diagnósticos, en el subgrupo TPNE/TPM destacan las dificultades interpersonales y en la gestión del ocio, al igual que sucede en el grupo total. El subgrupo TLP obtiene puntuaciones mayores en casi todas las escalas (excepto gestión del dinero), destacando además de las dificultades en las relaciones y de gestión del ocio, las dificultades con el sueño.

Por otra parte, encontramos con la prueba t de Student para muestras independientes, que las diferencias entre ambos son significativas en dos áreas, ya que el subgrupo TLP puntúa significativamente más alto en las dificultades para "Manejar Conductas Autodestructivas" ($p < .01$), así como para la "Gestión del Ocio" ($p < .05$). Los resultados se plasman en la Tabla 15.

Tabla 15. Test de Regulación de Conducta. Puntuaciones del Grupo Total y diferencias entre diagnósticos.

	Grupo Total M (DT)	TLP n37 M (DT)	TPNE n31 M (DT)	prueba t	G.L.	p
RELACIONES	10,39 (4,41)	10,59(4,47)	10,38 (4,45)	,154	66	,878
ALIMENTACIÓN	8,32 (4,79)	9,59(4,84)	7,05 (4,61)	1,762	66	,086
AUTODESTRUCTIVAS	5,45 (5,38)	7,91(4,60)	3,05 (5,18)	3,255	66	,002**
SUEÑO	8,95 (4,92)	10,36(4,19)	7,43 (5,38)	2,001	66	,052
EJERCICIO	8,80 (4,03)	8,68(3,81)	8,76 (4,39)	-,064	66	,949
SALUD FISICA	9,36 (4,57)	9,86(4,35)	8,71 (4,90)	,814	66	,421
OCIO	10,91 (5,54)	12,45(4,07)	9,10 (6,46)	2,048	66	,047*
DINERO	7,73 (5,61)	7,77(5,12)	8,05 (6,08)	-,160	66	,873

*Significativa al .05, ** Significativa al .01

9.8. PERFIL Y DIFERENCIAS EN EL DERS

9.8.1. Perfil y diferencias por grupos diagnósticos.

En lo referente a las Habilidades de Regulación Emocional, nos encontramos que para el Grupo Total, utilizando el DERS (Gratz & Roemer, 2004), las mayores dificultades se hayan en la “Interferencia” que las emociones provocan en su día a día, seguidas por el “Descontrol” de estas emociones y el “Rechazo” hacia las propias emociones.

Al comparar por grupos diagnósticos, con *t* de Student, son significativas ($p < .05$), las diferencias en Descontrol y en Des-atención a las propias emociones, siendo el subgrupo TLP el que presenta mayor descontrol y el subgrupo TPNE/TPM el que presenta mayor des-atención, como puede verse en la Tabla 16.

Tabla 16. DERS. Puntuaciones del grupo global y diferencias entre grupos diagnósticos.

	Grupo Total N=68	TLP n=37 M (DT)	TPNE n=31 M (DT)	prueba t	G.L.	p
RECHAZO	3.52 (1.30)	3.80(1.20)	3.21 (1.39)	1.627	66	.110
DESCONTROL	3.59 (1.13)	3.91(.86)	3.28 (1.26)	2.057	66	.047*
INTERFERENCIA	4.14 (1.04)	4.36(.98)	3.86 (1.10)	1.698	66	.096
DES-ATENCION	2.67 (1.21)	2.37(1.18)	3.07 (1.17)	-2.114	66	.040*
CONFUSIÓN	2.85 (1.01)	2.97(1.05)	2.71 (.99)	.918	66	.363
TOTAL	3.35 (.73)	3.48(.68)	3.22 (.79)	1.251	66	.217

*Significativas al .05

9.8.2. Correlaciones Dominios del PID-5 y subescalas DERS.

Cuando revisamos las correlaciones entre las puntuaciones en el DERS y los Dominios en el PID-5, observamos los resultados de la Tabla 17.

Tabla 17. Correlaciones dominios PID5 y subescalas DERS

DOMINIO	r de Pearson	RECHAZO	DESCONTROL	INTERFERENCIA	DES-ATENCION	CONFUSIÓN	TOTAL
Afecto	Pearson	.483**	.668**	.380**	-.050	.100	.498**
Negativo	Sig.	.000	.000	.006	.729	.487	.000
Desapego	Pearson	.276	.252	.374**	-.030	.312*	.360**
	Sig.	.050	.075	.007	.833	.026	.010
Antagonismo	Pearson	.136	.310*	.222	.166	-.026	.255
	Sig.	.343	.027	.117	.246	.858	.071
Desinhibición	Pearson	.387**	.599**	.559**	.215	.344*	.649**
	Sig.	.005	.000	.000	.130	.013	.000
Psicoticismo	Pearson	.368**	.587**	.228	.100	.059	.426**
	Sig.	.008	.000	.107	.485	.680	.002

*Significativa al $p < .05$ (bilateral), **Significativa al $p < .01$ (bilateral)

El Dominio Afecto Negativo tiene una correlación significativa ($p < .01$), positiva y moderada con Rechazo y Descontrol, baja con Interferencia.

El Dominio Desinhibición tiene una correlación positiva, significativa y moderada con Descontrol e Interferencia, baja con rechazo y con confusión.

El Dominio Psicoticismo positiva y significativa con descontrol (moderada) y con rechazo (baja).

Desapego tiene una correlación positiva, significativa y baja con interferencia y con confusión.

Y Antagonismo correlaciona de forma positiva, significativa ($p < .05$) y baja con descontrol.

Todos los dominios excepto antagonismo, correlacionan con la subescala total.

Si bien hay pequeñas diferencias en la relación con los distintos dominios, podemos observar para todo el grupo la necesidad de abordar las habilidades de regulación emocional, sobre todo para combatir el rechazo, el descontrol y la interferencia. Si bien las correlaciones apuntan que, en función de los dominios que predominen en cada subgrupo, es posible que necesiten trabajar más el rechazo (subgrupo TPNE/TPM), o la interferencia (subgrupo TLP).

10. RESULTADOS POS-TRATAMIENTO

10.1. RESULTADOS EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y USO DE RECURSOS SANITARIOS.

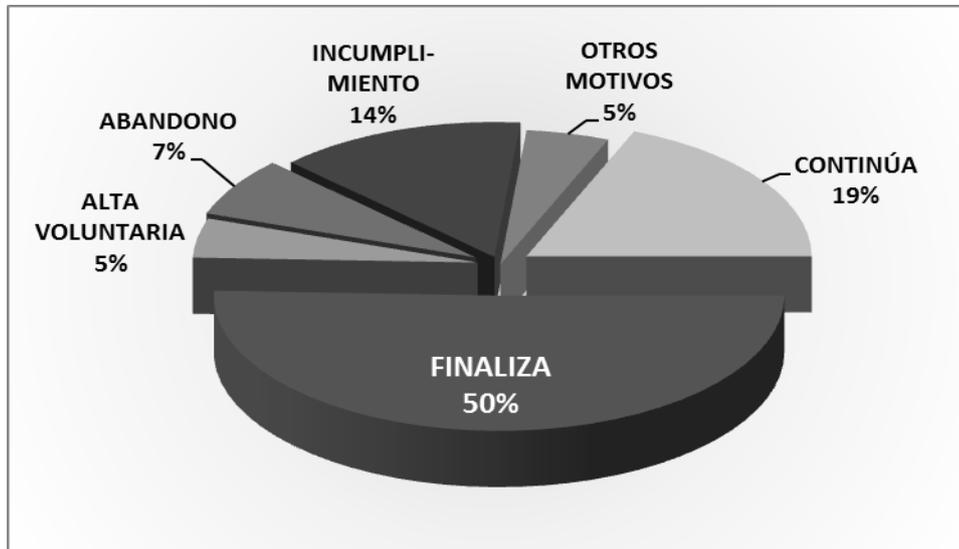
10.1.1. La muestra con Pre y Pos tratamiento. Adherencia y abandono.

Como se expuso en el apartado participantes, de los 115 pacientes derivados, entraron al programa 85 sujetos. De los 85, el 75 % son mujeres y 25 % hombres. El diagnóstico clínico con el que son derivados es Trastorno Límite de Personalidad para el 51 %, para el 47 % Trastorno de Personalidad No Especificado o “Otro Trastorno de la Personalidad Especificado, Mixto” y para el 2 % Trastornos Especificados como Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y Trastorno Histriónico. De esos 85 casos, el 48 % ($n = 41$), presenta comorbilidad, frente el 52% ($n = 44$) que o bien no presenta comorbilidad o no consta.

De estos 85 sujetos, su **situación respecto el hospital de día** en enero de 2018 es el siguiente:

- El 19 % continúan en el HD durante el 2018
- El 50 % finalizaron el programa. El tiempo medio de estancia ha sido de 6 meses ($M = 6$), oscilando entre 3 meses y un año. La variación en los tiempos de estancia ha dependido del Plan Terapéutico Individualizado.
- El resto (31 %), no finalizaron el programa por diversos motivos: alta voluntaria (5 %), abandono (7 %), incumplimiento terapéutico (28 %), otros motivos (5 %) como comenzar estudios o encontrar un puesto de trabajo.

Pueden verse estos resultados en la Figura 5.

Figura 5. Adherencia al Programa de Hospital de Día.

Nos interesa conocer las **Variables que pueden diferenciar** al grupo de casos que no finalizan el tratamiento. Para ello unimos en los que no finalizan, las categorías alta voluntaria, incumplimiento y abandono (26 % de los casos). De este grupo encontramos las siguientes características:

- Variable Diagnóstico. Del grupo que abandona el 59 % es TLP, el 41% son TPNE/TPM. Por tanto las personas con TLP muestran peor adherencia.
- Variable comorbilidad. De los 41 casos que presentan comorbilidad al inicio, 19 (46 %) no finalizan el programa, 13 finalizan el programa (32 %), y 9 continúan (22 %). Los principales diagnósticos comórbidos de los que no finalizan el programa, son el Trastorno por Uso de Sustancias y Trastornos del Estado de Animo.
- Variable edad. El promedio de edad de los que no finalizan el programa es $M = 31.9$, frente el promedio de edad de los que finalizan $M = 37.87$. Así la media de edad de los que abandonan, es algo menor.
- Variable sexo. Del total de hombres que entran al programa ($n = 19$), el 53 % no finalizan el programa, frente el 31 % que sí lo hace y el 16 % que continúa. Del total de mujeres ($n = 66$), el 56 % finalizan el programa, frente el 24 % que no lo finalizan y el 20 % que continúa. Parece que ser hombre es una variable que incide en la adherencia.

Variabes en el PID-5. Comparando el grupo que finaliza el programa frente al que no lo hace, nos encontramos que en el PID-5 Pre, hay diferencias significativas utilizando la prueba *t* de Student para muestras independientes, como se refleja en la Tabla 18.

Tabla 18. Diferencias en el PID-5 entre los que Finalizan y los que No Finalizan el programa, prueba *t* comparación de medias.

	Finalizan <i>n</i> = 43 <i>M</i> (<i>DT</i>)	No finalizan <i>n</i> =22 <i>M</i> (<i>DT</i>)	prueba <i>t</i> <i>Student</i>	<i>G.L.</i>	<i>p</i>
DOMINIOS					
Afecto Negativo	1.90 (.58)	2.10 (.51)	1.348	63	.183
Desapego	1.38 (.51)	1.49 (.63)	.773	63	.442
Antagonismo	.50 (.33)	.79 (.64)	2.355	63	.022*
Desinhibición	1.59 (.54)	1.90 (.59)	2.122	63	.038*
Psicoticismo	1.00 (.53)	1.48 (.73)	2.971	63	.004**
FACETAS					
Anhedonia	1.95 (.60)	1.85 (.60)	-.633	63	.529
Ansiedad	2.15 (.56)	2.07 (.61)	-.568	63	.572
Búsqueda Atención	.54 (.44)	1.16 (.89)	3.089	26.40	.005**
Insensibilidad	.40 (.29)	.83 (.62)	3.005	25.87	.006**
Falsedad	.55 (.39)	.91 (.73)	2.124	27.15	.043*
Depresión	2.03 (.71)	2.16 (.65)	.669	63	.506
Distraibilidad	1.78 (.61)	1.90 (.69)	.723	63	.473
Excentricidad	1.41 (.78)	1.88 (.85)	2.206	63	.031*
Labilidad	2.13 (.75)	2.38 (.56)	1.370	63	.176
Grandiosidad	.43 (.48)	.62 (.65)	1.311	63	.195
Hostilidad	1.35 (.69)	1.85 (.63)	2.808	63	.007**
Impulsividad	1.73 (.88)	2.25 (.72)	2.367	63	.021*
Evitación Intimidad	.81 (.78)	1.21 (.94)	1.793	63	.078
Irresponsabilidad	1.25 (.57)	1.55 (.73)	1.818	63	.074
Manipulación	.53 (.47)	.84 (.73)	2.078	63	.042*
Disregulación Perceptiva	.94 (.49)	1.34 (.68)	2.394	32.79	.023*
Perseveración	1.44 (.55)	1.74 (.60)	1.962	63	.054
Afectividad restringida	.90 (.61)	1.53 (.63)	3.901	63	.000**
Perfeccionismo	1.36 (.70)	1.55 (.70)	1.048	63	.299
Arriesgado	1.27 (.80)	1.66 (.68)	1.965	63	.054
Inseguridad por Separación	1.42 (.83)	1.85 (.79)	2.009	63	.049*
Sumisión	1.24 (.82)	1.19 (.80)	-.239	63	.812
Susplicacia	1.31 (.70)	1.75 (.70)	2.404	63	.019*
Creencias y exp. inusuales	.65 (.59)	1.22 (.89)	2.684	30.78	.012*
Retraimiento	1.37 (.76)	1.41 (.85)	.221	63	.826

M: medias; *D.T.*: desviaciones típicas; *G.L.*: Grados de libertad; *p*: probabilidad obtenida.

*Diferencia significativa $p < .05$; **Diferencia significativa $p < .01$.

Así los que tienen menor adherencia al programa obtienen mayores puntuaciones en los Domínios Desinhibición, Antagonismo y Psicoticismo.

También hay diferencias significativas en varias facetas, relacionadas con:

1-Psicoticismo: excentricidad, disregulación perceptiva, creencias y experiencias inusuales.

2-Antagonismo: búsqueda de atención, insensibilidad, falsedad, hostilidad, manipulación.

3-Algunas facetas relacionadas con otros dominios, como impulsividad, inseguridad de separación, afectividad restringida y suspicacia.

10.1.2. Urgencias, Ingresos y Continuidad asistencial.

Si revisamos los datos disponibles sobre la frecuentación de Urgencias y los Ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para el conjunto de pacientes (N=85), nos encontramos que:

-El año previo al ingreso en el HD tuvieron 23 ingresos en UHP. Durante la estancia en el programa, se redujo a 14 ingresos en total (reducción de casi el 50%).

-El año previo al ingreso en HD, tuvieron 99 visitas a urgencias, frente las 34 durante su estancia en el centro (reducción del 63%).

En relación a la Coordinación y la Continuidad Asistencial:

-El 100% de los casos que finalizan el programa, mantienen su seguimiento en las USM durante el tiempo de estancia en HD, asegurándonos la cita al alta.

-Los casos que llevaban tratamiento en UCA, han mantenido seguimiento durante su estancia y al alta del HD.

-25 de los casos (29%) han sido derivados al programa STAIRWAYS.

-En aquellos que ha sido posible, se han orientado a otros recursos comunitarios (formativos, orientación laboral, sociales, de ocio, asociativos), durante su estancia en el recurso y/o al alta del programa.

10.2. RESULTADOS EN EL PID-5.

10.2.1. Resultados en el PID-5 para el Grupo Total.

Como veíamos, la muestra total de sujetos que han finalizado el programa han sido $n = 43$. Nos interesa conocer en estos 43 casos, cuál ha sido el cambio tras la intervención en los rasgos recogidos en el PID-5. Así realizamos una comparación de Medias para Muestras Emparejadas, con las puntuaciones al inicio y al final del programa.

Analizando el perfil PRE para estos 43 casos que finalizan, continúa siendo el Dominio más destacado el Afecto Negativo ($M = 1.95$), así como las Facetas Labilidad Emocional ($M = 2.17$), Ansiedad ($M = 2.14$), Depresión ($M = 2.02$), y Anhedonia ($M = 1.96$).

Se observa en general una reducción de las puntuaciones promedio en todos los dominios y facetas del PID-5.

Hemos encontrado diferencias significativas ($p < .01$), en cuatro de los cinco Dominios, esto es, en afecto negativo, desapego, desinhibición y psicoticismo. El tamaño del efecto es moderado para Desinhibición (d de Cohen $> .50$), pequeño para los otros tres dominios ($d < .50$).

Respecto las Facetas, hay diferencias significativas entre la medida pre y post en 13 de las 25 facetas:

- Son significativas para $p < .01$, las facetas: anhedonia, depresión, disregulación cognitiva y perceptiva, impulsividad e irresponsabilidad.
- Significativas para $p < .05$: labilidad, ansiedad, retraimiento, sumisión, inseguridad por separación, perfeccionismo, afectividad restringida y excentricidad.
- El tamaño del efecto con delta de Cohen es moderado para las facetas irresponsabilidad y depresión ($d > .50$), pequeño para el resto ($d < .50$).

Hemos introducido un "indicador de gravedad", que se trata del Promedio de todas las facetas incluidas en el PID-5. Pensamos que podría señalar el nivel de funcionamiento de la personalidad antes y después del tratamiento. Encontramos

que la diferencia en este indicador entre pre y post tratamiento es significativa ($t_{(42)}= 3.294$, $p= .002$), con un tamaño del efecto moderado (d de cohen= .48). Este resultado podría ser un indicador del efecto del programa para el nivel de “funcionamiento de la personalidad” global.

Las medias y desviaciones típicas, así como los resultados de la prueba t y el tamaño del efecto con la delta de Cohen, quedan reflejados en la Tabla 19.

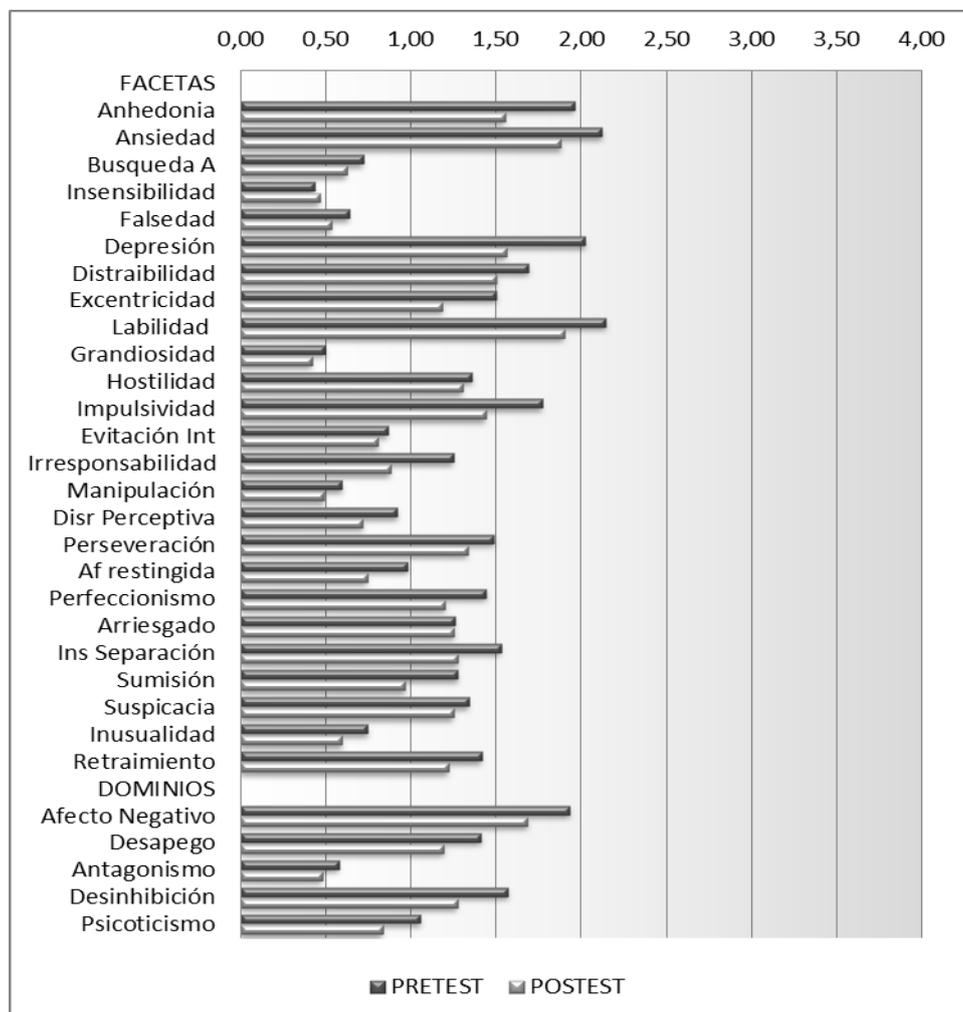
Tabla 19. Cambios pre-post en el PID-5 para el Grupo Total con la prueba t para muestras emparejadas.

Grupo Total $n=43$	PRE M (DT)	POST M (DT)	prueba t	G.L.	p	d Cohen
DOMINIOS						
Afecto Negativo	1.95(.55)	1.70(.64)	2.875	42	.007**	.42
Desapego	1.41(.55)	1.19(.61)	3.277	42	.003**	.38
Antagonismo	.58(.42)	.47(.35)	1.524	42	.137	
Desinhibición	1.57(.53)	1.28(.62)	2.813	42	.008**	.50
Psicoticismo	1.07(.56)	.84(.62)	2.788	42	.009**	.39
FACETAS						
Anhedonia	1.96(.59)	1.54 (.83)	3.392	42	.002**	.20
Ansiedad	2.14(.56)	1.89 (.69)	2.148	42	.039*	.39
Búsqueda Atención	.72(.57)	.63 (.59)	1.394	42	.173	
Insensibilidad	.42(.34)	.45 (.41)	-.402	42	.691	
Falsedad	.63(.44)	.52 (.43)	1.310	42	.200	
Depresión	2.02(.71)	1.56 (.87)	3.615	42	.001**	.65
Distraibilidad	1.69(.58)	1.52 (.77)	1.144	42	.261	
Excentricidad	1.52(.80)	1.20 (.84)	2.424	42	.021*	.38
Labilidad Emocional	2.17(.70)	1.93 (.72)	2.686	42	.011*	.33
Grandiosidad	.50(.57)	.39 (.40)	1.392	42	.173	
Hostilidad	1.37(.68)	1.31 (.77)	.758	42	.454	
Impulsividad	1.78(.93)	1.44 (.88)	2.720	42	.010*	.37
Evitación Intimidad	.87(.83)	.81 (.73)	.560	42	.580	
Irresponsabilidad	1.23(.53)	.89 (.57)	3.345	42	.002**	.61
Manipulación	.60(.54)	.49 (.47)	1.069	42	.293	
Disregulación Per. ^a	.93(.43)	.72 (.56)	2.938	42	.006**	.41
Perseveración	1.47(.54)	1.31 (.61)	1.604	42	.118	
Afectividad restringida	.96(.59)	.73 (.52)	2.494	42	.018*	.41
Perfeccionismo	1.41(.70)	1.18 (.73)	2.297	42	.028*	.32
Asunción Riesgos	1.27(.78)	1.25 (.75)	.185	42	.855	
Inseguridad Separación	1.53(.82)	1.27 (.90)	2.554	42	.016*	.30
Sumisión	1.28(.86)	.93 (.75)	2.708	42	.011*	.33
Suspiciousidad	1.33(.71)	1.23 (.63)	.865	42	.393	
Inusualidad ^b	.75(.66)	.59 (.66)	1.809	42	.080	
Retraimiento	1.40(.83)	1.22 (.79)	2.224	42	.033*	.22
Indicador Gravedad Global	1.28(.35)	1.08(.40)	3.294	42	.002**	.48

a-Disregulación Perceptiva, b-Creencias y experiencias inusuales. G.L= grados de libertad. *Significativa al .05; **Significativa al .01.

Para ver estos datos de un modo más fácil, los presentamos en un gráfico de promedios Pre y Post para el Grupo Total, en la Figura 6. Podemos observar la reducción en todos los dominios y la mayor parte de facetas. Los cambios son menos relevantes en facetas en que se puntuaba más bajo en el PRE tratamiento, pero como vimos en la tabla de resultados, el cambio en las facetas destacadas al inicio ha sido significativo tras el tratamiento. Señalar que la correlación entre pre y post, ha resultado ser positiva, significativa, entre moderada y alta, en todos los dominios y facetas, excepto manipulación y distraibilidad, lo que señala la coherencia en las respuestas al instrumento.

Figura 6. Gráfica de resultados PID-5 Pre-Post para el Grupo Total



10.2.2. Resultados PID-5 para los subgrupos TLP y TPNE/TP Mixto.

Cuando dividimos este grupo ($n=43$), en subgrupos, nos encontramos con muestras pequeñas. Así el subgrupo TLP es de 24 sujetos, y el subgrupo TPNE es de 19 sujetos. En este caso la mejor opción para realizar las comparaciones intragrupo, son las pruebas de estadística No Paramétricas. Hemos utilizado el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon para muestras relacionadas, y para comprobar el tamaño del efecto la "R" de Rosenthal (1991). Así obtenemos los resultados de la Tabla 20.

Tabla 20. Diferencias en el PID-5 para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon

	TLP ($n = 24$)		TNEP/TPM ($n = 19$)	
	Nivel Sig.	R Rosenthal	Nivel Sig.	R Rosenthal
DOMINIOS				
Afecto Negativo	.099		.109	
Desapego	.044*	.46	.074	
Antagonismo	.856		.024*	.52
Desinhibición	.227		.109	.48
Psicoticismo	.049*	.45	.101	
FACETAS				
Anhedonia	.034*	.48	.050*	.45
Ansiedad	.200		.141	
Búsqueda Atención	.856		.027*	.39
Insensibilidad	.506		.906	
Falsedad	.419		.345	
Depresión	.009*	.59	.064	
Distraibilidad	.811		.208	
Excentricidad	.015*	.55	.388	
Labilidad Emocional	.054		.132	
Grandiosidad	.558		.032*	.29
Hostilidad	.861		.261	
Impulsividad	.115		.059	
Evitación Intimidación	.207		.103	
Irresponsabilidad	.049*	.45	.058	.51
Manipulación	.977		.121	
Disregulación Perceptiva	.126		.012*	.57
Perseveración	.567		.363	
Afectividad Restringida	.048*	.45	.210	
Perfeccionismo	.448		.028*	.58
Asunción Riesgos	.930		.778	
Inseguridad Separación	.326		.025*	.31
Sumisión	.129		.076	
Susplicacia	.567		.068	
Creencias/exp. inusuales	.585		.035*	.34
Retraimiento	.868		.020*	.29

*Significativa al .05 Intervalo Confianza 95%.

En el PID-5 PRE los 24 sujetos del subgrupo TLP que terminan el tratamiento, destacaban en el dominio Afecto Negativo ($M = 2.12$), y las Facetas Labilidad ($M = 2.42$), Depresión ($M = 2.33$), Ansiedad ($M = 2.30$), Anhedonia ($M = 2.20$), e Impulsividad ($M = 2.00$). Los resultados son similares al perfil que vimos al inicio, al igual que sucede en el subgrupo TPNE/TPM, que destaca en ansiedad ($M = 1.93$), y labilidad ($M = 1.87$).

En la Tabla 20, para el **subgrupo TLP**, se puede observar que hay diferencias significativas ($p < .05$), en los Dominios Desapego y Psicoticismo, con un tamaño del efecto pequeño (R de Rosenthal $< .50$). También son significativas las diferencias en Depresión y Excentricidad, con un tamaño del efecto moderado (R de Rosenthal $> .50$). Y las Facetas Anhedonia, Irresponsabilidad y Afectividad Restringida, con un tamaño del efecto pequeño. Parece que de las facetas destacadas al inicio, sólo depresión y anhedonia se han visto afectadas significativamente.

Para el **subgrupo TPNE/TPM**, las diferencias son significativas para el Dominio Antagonismo, con un tamaño del efecto moderado. También encontramos diferencias significativas en las Facetas Disregulación Perceptiva y Perfeccionismo, con un tamaño del efecto moderado (R de Rosenthal $> .50$). Y las Facetas Anhedonia, Búsqueda de Atención, Grandiosidad, Inseguridad de Separación, Retraimiento, Creencias y experiencias Inusuales, con un tamaño del efecto pequeño (R de Rosenthal $< .50$). Aun no siendo significativa la diferencia, encontramos un cambio relevante en Desinhibición y en irresponsabilidad. Sin embargo no encontramos efecto en ansiedad y labilidad.

Sin embargo, al utilizar la prueba t de Student para estas comparaciones, encontramos para el subgrupo TPNE/TPM diferencias significativas para $p < .05$, en los Dominios Afectividad Negativa y Desinhibición, pero no para antagonismo. También en las facetas de impulsividad e irresponsabilidad, además de las encontradas con Wilcoxon. Para el subgrupo los resultados son similares con pruebas paramétricas y no paramétricas. Así pues esta diferencia de resultados al analizar los cambios en el grupo total versus analizarlos por subgrupos diagnósticos, podría deberse a las distintas pruebas utilizadas, teniendo mayor potencia las pruebas paramétricas. No obstante dicotomizar el grupo en función del diagnóstico categorial podría ser una variable artificial que influya en nuestros resultados.

Cuando calculamos para cada uno de los dos grupos diagnósticos el “indicador de gravedad global”, (Promedio de todas las facetas incluidas en el PID-5), nos encontramos que utilizando la t de Student para muestras emparejadas, para el grupo TLP la diferencia en el indicador entre el pre ($M = 1.39$; $D.T. = .29$), y post tratamiento ($M = 1.25$; $D.T. = .37$), es significativa para $p < .05$ ($t_{(23)} = 2.281$, $p = .035$), con un tamaño del efecto pequeño (d de cohen = .4291).

Para el grupo TPNE/TPM, la diferencia en el indicador entre el pre ($M = 1.14$; $D.T. = .39$) y post tratamiento ($M = .87$; $D.T. = .35$), es también significativa para $p < .05$ ($t_{(18)} = 2.407$, $p = .032$), con un tamaño del efecto moderado (d de cohen = .732). Por tanto encontramos que al separar ambos grupos, seguimos encontrando un tamaño del efecto moderado del programa sobre el conjunto de rasgos, siendo mayor para el grupo TPNE/TPM que para el grupo TLP.

10.3. RESULTADOS EN EL BEST.

10.3.1. BEST Pre-Post grupo Total.

Nos interesa conocer el cambio que se ha producido en “la gravedad” de síntomas específicos (criterios diagnósticos) del TLP, y esto lo podemos comprobar a través del BEST. Utilizamos las puntuaciones medias obtenidas en las primeras 4 semanas y las últimas 4 semanas del tratamiento, tanto en los ítems como en las tres subescalas en las que se agrupan.

Hay una escala Total que resulta de aplicar la fórmula: subescalas A+B+C+15. Para aplicar esta fórmula, tenemos que utilizar los datos brutos en lugar de los promedios, teniendo rangos diferentes para cada subescala. La Subescala A oscila entre 0 y 40, la Subescala B entre 0 y 20, la Subescala C entre 0 y 15. Así la escala Total oscila entre una puntuación mínima de 15 y máxima de 75. Para esta escala para comparar en Pre y el Post tratamiento, también utilizaremos el promedio obtenido en las primeras 4 semanas y en las últimas 4 semanas. Con éste cálculo aplicaremos la diferencia de medias. De este modo realizamos una prueba t de Student, para comparar medias para muestras emparejadas, tomando como referencia el Grupo Total ($n = 43$) y obtenemos los resultados de la Tabla 21 para los cambios en las Subescalas y en la Tabla 22 para los Ítems del BEST.

Tabla 21. Cambios Pre-Post en Subescalas del BEST para el Grupo Total con la prueba t de Student para muestras emparejadas.

Grupo Total n=43	PRE M (DT)	POST M (DT)	prueba t	G.L.	p	d
SUBESCALAS						
PROMEDIO A (Ítems 1 a 8)	2.855(.92)	2.480 (1.07)	3.442	42	.001**	.374
PROMEDIO B (Ítems 9 a 12)	2.143(.92)	1.952 (0.97)	1.691	42	.099	
PROMEDIO C (Ítems 13 a 15)	3.045(.83)	3.426 (1.09)	-3.446	42	.001**	.392
PROMEDIO TOTAL (A+B+15-C)	16.888(2.31)	15.909(2.83)	3.616	42	.001**	.378

GL= Grados de Libertad. *Significativa al .05, ** Significativa al .01

Como se observa en las Subescalas, para el Grupo Total, hay diferencias significativas ($p < .01$), con un tamaño del efecto pequeño ($d < .50$), en la Subescalas A (pensamientos y emociones), C (conductas positivas de afrontamiento) y para la Escala Total. Podríamos concluir desde la escala Total que el programa tiene un efecto significativo, aunque con un tamaño del efecto pequeño para reducir la gravedad de los síntomas específicos de TLP

Tabla 22. Cambios Pre-Post en los Ítems del BEST para el Grupo Total con la prueba t para muestras emparejadas.

Grupo Total n=43	PRE M (DT)	POST M (DT)	prueba t	G.L.	p	delta Cohen
ITEMS						
1. Preocupación por el abandono	2.79 (1.05)	2.31 (1.37)	2.887	42	.006**	.39
2 Cambio opiniones sobre los demás	2.72 (1.17)	2.55 (1.16)	1.050	42	.300	
3 Cambio cómo se veo a sí mismo/a.	3.02 (1.19)	2.71 (1.35)	2.081	42	.044*	.24
4 Cambios en el estado de ánimo	3.47 (1.09)	3.04 (1.34)	3.260	42	.002**	.39
5 Sentirse paranoico/a o perder el contacto con la realidad.	1.93 (1.03)	1.73 (1.06)	1.612	42	.115	
6 Sentirse enfadado/a	2.93 (1.04)	2.71 (1.08)	1.503	42	.141	
7 Sentimientos de vacío	3.38 (1.32)	2.72 (1.57)	3.859	42	.000**	.47
8 Sentimientos, pensamientos de suicidio	2.57 (1.50)	2.05 (1.31)	3.167	42	.003**	.40
9 Hacer cosas extremas para que no le dejen.	1.80 (0.91)	1.85 (1.28)	-0.259	42	.797	
10 Hacerse daño o intentar suicidarse.	1.89 (1.15)	1.50 (0.75)	2.744	42	.009**	.40
11 Problemas con conductas impulsivas	2.55 (1.25)	2.42 (1.29)	0.860	42	.395	
12 Ataques de ira o problemas para controlarla	2.32 (1.21)	2.01 (1.19)	2.217	42	.033*	.25
13 Realizar actividad positiva ante un impulso destructivo	2.54 (1.11)	3.18 (1.32)	-4.654	42	.000**	.52
14 Darse cuenta que algo podría causarle problemas y evitar lo.	2.49 (1.02)	3.19 (1.29)	-4.567	42	.000**	.59
15 Seguir las indicaciones terapéuticas	4.10 (0.86)	3.92 (1.04)	1.380	42	.176	

GL= Grados de Libertad.

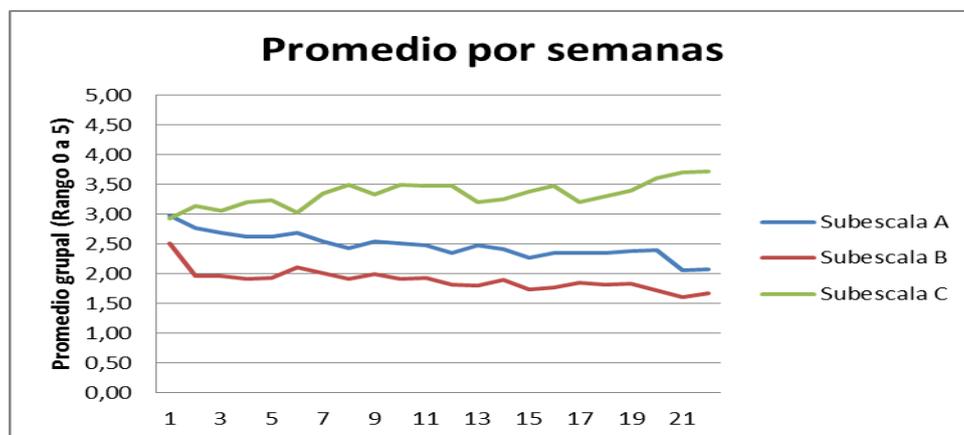
*Significativa al .05, ** Significativa al .01

En la Tabla 22 podemos ver que también encontramos diferencias significativas con una probabilidad $p < .01$, en los ítems 1, 4, 7, 8 y 10. Para los ítems 3 y 12 la diferencia es significativa para $p < .05$. El tamaño del efecto es pequeño en la mayor parte de éstas diferencias ($d < .50$). Es decir, con el programa de intervención, se produce una reducción significativa en los síntomas cognitivos y afectivos del TLP, específicamente en preocupación por el abandono, cambios extremos en la imagen de sí mismos, cambios extremos en las emociones, sentimientos de vacío, sentimientos y pensamientos suicidas. Respecto las conductas, hay una reducción significativa en conductas de hacerse daño o intentar suicidarse, así como en el control de la ira. Para la escala total hay una reducción significativa de síntomas típicos del TLP.

Por otra parte aumentan significativamente ($p < .01$), con un tamaño del efecto moderado ($d > .50$), los ítems 13 y 14. Esto significa un aumento significativo en el uso de estrategias para manejar los síntomas y el malestar, específicamente realizar actividades distractoras ante el impulso de realizar un acto autodestructivo, así como darse cuenta antes de que algo podría causarle problemas y dar pasos razonables para evitarlo. No hay cambio en la medida en que siguen las recomendaciones terapéuticas ya que era el ítem que más alto puntuaban desde el principio en la subescala C.

Para ver de una forma gráfica cómo evoluciona el grupo a lo largo del tratamiento y resumir los datos cuantitativos, se presenta una gráfica del cambio en las subescalas en el transcurso de las semanas, en la Figura 7.

Figura 7. Cambios en las Subescalas del BEST a lo largo del tratamiento



10.3.2. BEST pre-post por grupos diagnósticos.

Para analizar los cambios en cada subgrupo diagnóstico, utilizamos la prueba no paramétrica de rangos con signos de Wilcoxon, encontrando los resultados que se exponen a continuación, cuyo resumen podemos ver en la Tabla 23.

Tabla 23. Diferencias en el BEST para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.

	TLP (n=24)		TNEP/TPM (n=19)	
	Nivel significación	R de Rosenthal	Nivel significación	R de Rosenthal
SUBESCALAS				
Promedio A (Ítems 1 a 8)	.034*	.46	.008*	.62
Promedio B (Ítems 9 a 12)	.297		.452	
Promedio C (Ítems 13 -15)	.006*	.59	.107	
Promedio Total	.033*	.466	.043*	.477
ITEMS				
1. Preocupación por el abandono	.226		.006*	.64
2 Cambios en opiniones sobre los demás	.379		.876	
3 Cambios en cómo se veo a sí mismo/a.	.500		.050*	.46
4 Cambios intensos en el estado de ánimo	.156		.019*	.55
5 paranoico/a o perder contacto con realidad.	.294		.505	
6 Sentirse enfadado/a	.203		.588	
7 Sentimientos de vacío	.032*	.46	.009*	.61
8 Sentimientos, pensamientos suicidio	.009*	.57	.108	
9 Hacer cosas extremas para que no le dejen.	.338		.275	
10 Hacerse daño o intentar suicidarse.	.032*	.46	.092	
11 Problemas con conductas impulsivas	.422		1.000	
12 Ataques de ira o problemas controlarla	.183		.090	
13 realizar una actividad positiva ante el impulso de hacer algo destructivo	.001*	.71	.032*	.50
14 Darse cuenta antes de que algo podría causarle problemas y dar pasos razonables para evitar el problema.	.004*	.62	.016*	.56
15 Seguir las indicaciones terapéuticas (terapia, tareas, sesiones, medicación, etc.)	.717		.211	

GL= Grados de Libertad. *Significativa al .05, ** Significativa al .01

Podemos observar en la tabla 23 que para el **Subgrupo TLP**, son significativas ($p < .05$), las diferencias en las Subescalas A y C, con un tamaño del efecto mediano en C (R Rosenthal $> .50$). También es significativo el cambio en la subescala Total, con un tamaño del efecto pequeño.

Encontramos que las diferencias son significativas en los ítems 7, 8, 10, 13 y 14. El tamaño del efecto es mediano para los ítems 8, 13 y 14, pequeño para los demás. Por tanto en este subgrupo los cambios se producen especialmente en síntomas como sentimientos de vacío, sentimientos y pensamientos suicidas, conductas de hacerse daño o intentar suicidarse.

Para el **Subgrupo TPNE/TPM** son significativas para $p < .05$, las diferencias en la Subescala A y en la Subescala Total, así como en los ítems 1, 3, 4, 7, 13 y 14, observando un tamaño del efecto moderado para casi todos ellos (excepto la subescala total y el ítem 3). Así en este grupo los cambios se producen especialmente en preocupación por el abandono, cambios en la imagen de sí mismos, cambios extremos en el estado de ánimo y sentimientos de vacío

Para ambos grupos son significativos ($p < .05$), con un tamaño del efecto moderado (R Rosenthal $> .50$), los cambios en el uso de estrategias de afrontamiento de los síntomas (ítems 13 y 14), como realizar actividades distractoras ante el impulso de realizar un acto autodestructivo, así como darse cuenta antes de que algo podría causarle problemas y dar pasos razonables para evitarlo. En ambos grupos se mantiene elevada la tendencia a seguir las instrucciones terapéuticas y tomar la medicación (ítem 15).

Estos resultados vendrían a significar que el programa de tratamiento, tiene un efecto significativo para reducir la intensidad de los síntomas típicos TLP. Especialmente incide en aquellos síntomas que revisten mayor gravedad en el caso del grupo TLP (ideas y conductas suicidas, autolesiones), o los que son más difíciles de intervenir, como los sentimientos de vacío y la inestabilidad emocional en el grupo TPNE/TPM. Pero además produce un aumento significativo del uso que los pacientes hacen de estrategias para afrontar estos síntomas, tanto en el grupo TLP como en el grupo TPNE/TPM.

10.4. COPE-28, DIFERENCIAS PRE-POST PARA EL GRUPO TOTAL Y POR DIAGNÓSTICOS.

Cuando analizamos los cambios en relación al uso que hacen de estrategias de afrontamiento de los estresores, observamos para el Grupo Total ($N=43$) los resultados de la Tabla 24.

Tabla 24. Cambios Pre-Post en el COPE-28 para el Grupo Total con la prueba *t* de Student para muestras emparejadas.

	PRE M (DT)	POST M (DT)	prueba <i>t</i>	G.L.	<i>p</i>	<i>d</i> Cohen
Afrontamiento	3.32 (1.70)	3.81 (1,35)	-1.483	42	.147	
Planificación	2.32 (1.45)	3.22 (1,56)	-3.795	42	.001**	0.59
Apoyo Emocional	3.11 (1.80)	3.05 (1,68)	.197	42	.845	
Apoyo Social	3.38 (1.40)	3.57 (1,44)	-.699	42	.489	
Religión	1.19 (1.66)	1.16 (1,81)	.124	42	.902	
Reevaluación Positiva	2.38 (1.75)	2.62 (1,62)	-.851	42	.400	
Aceptación	2.51 (1.69)	3.38 (1,42)	-2.558	42	.015*	0.55
Negación	2.24 (1.72)	1.62 (1,62)	2.698	42	.011*	0.37
Humor	1.97 (1.90)	2.32 (1,87)	-1.168	42	.250	
Autodistracción	3.05 (1.81)	3.54 (1,36)	-1.612	42	.116	
Autoinculpación	4.59 (1.67)	3.78 (1,96)	3.197	42	.003**	0.44
Desconexión	1.97 (1.67)	2.14 (1,78)	-.461	42	.648	
Desahogo	3.19 (1.76)	3.19 (1,77)	.000	42	1.000	
Sustancias	1.49 (1.88)	0.95 (1,64)	2.217	42	.033*	0.30

GL= Grados de Libertad.
*Significativa al .05, ** Significativa al .01

Como puede observarse, para el **Grupo Total** hay un aumento significativo y con un tamaño del efecto moderado ($d > .50$), en el uso de la Planificación ($p < .01$), y de la Aceptación de los problemas ($p < .05$). Así mismo hay una reducción significativa ($p < .05$) de estrategias como la Negación, Autoinculpación y Uso de Sustancias, con un tamaño del efecto mediano para la primera, pequeño para las dos últimas.

Señalar que en el PRE, la Planificación se encontraba entre las que el grupo usaba con menor frecuencia y la Autoinculpación entre las que utilizaba con mayor frecuencia. Así podemos considerar que el programa es “eficaz” para obtener un cambio en el uso de estrategias de afrontamiento del estrés, que suelen utilizar los pacientes de nuestra muestra, favoreciendo el aumento de utilización de estrategias funcionales y la reducción de la utilización de estrategias disfuncionales (sobre todo las evitativas).

Cuando se analizan los cambios dentro de cada subgrupo diagnóstico, aplicando el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon, el **subgrupo TLP** ($n=24$) aumenta de forma significativa ($p < .05$), el uso de la planificación y la aceptación, con un tamaño del efecto mediano (R de Rosenthal $> .50$). Reducen de forma significativa la negación y la autoinculpación, con tamaño del efecto pequeño (R de Rosenthal $< .50$).

Por su parte el grupo TPNE/TPM ($n=19$), también hace cambios significativos ($p < .05$), al incrementar la Planificación y reducir la negación, con un tamaño del efecto pequeño. Estos cambios pueden verse en la Tabla 25.

Tabla 25. Diferencias en el COPE-28 para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.

	TLP		TPNE	
	Nivel Significación	R de Rosenthal	Nivel Significación	R de Rosenthal
Afrontamiento	.329		.339	
Planificación	.009*	.50	.035*	.34
Apoyo Emocional	.522		.524	
Apoyo Social	.885		.094	
Religión	.339		.605	
Reevaluación Positiva	.547		.599	
Aceptación	.018*	.58	.214	
Negación	.044*	.22	.041*	.27
Humor	.473		.386	
Autodistracción	.320		.139	
Desconexión	.590		.273	
Autoinculpación	.049*	.40	.055	
Desahogo	.777		.424	
Sustancias	.265		.056	

*Significativas para alfa .05, Intervalo Confianza 95%.

En este caso como con los otros instrumentos vistos hasta aquí, cuando dividimos los grupos por diagnósticos y aplicamos la estadística no paramétrica, encontramos resultados diferentes a cuando el análisis lo realizamos para el grupo total y con estadística paramétrica (por ejemplo en el uso de sustancias). Parece que una de las dos, o ambas variables, pueden influir en los datos. Este aspecto hay que tenerlo en cuenta al interpretar los resultados.

10.5. REGULACIÓN DE CONDUCTA, PRE-POST PARA EL GRUPO TOTAL Y POR DIAGNÓSTICOS.

Para recoger las áreas de funcionamiento personal y social en que podían tener mayor dificultad, hemos utilizado el Test de Regulación de Conducta que incorpora el programa STEPPS y describimos en el apartado metodología.

Para cada área que evalúa el test, la puntuación oscila entre 0 y 20, a mayor puntuación mayor dificultad en esa área. Comparamos las medias obtenidas por el grupo al inicio y al final del programa, mediante la *t* de Student para muestras emparejadas, consiguiendo los resultados que se pueden ver en la Tabla 26.

Tabla 26. Cambios Pre-Post en el Test De Regulación De Conducta, para el Grupo Total con la prueba *t* de Student para muestras emparejadas.

	PRE M (DT)	POST M (DT)	prueba <i>t</i>	G.L.	<i>p</i>	delta Cohen
RELACIONES	10.00 (4.46)	6.93 (5.15)	3.937	42	.000**	.63
ALIMENTACIÓN	8.30 (4.51)	6.60 (5.70)	1.592	42	.122	
AUTODESTRUCTIVAS	4.83 (5.18)	2.77 (3.50)	2.880	42	.007**	.62
SUEÑO	8.20 (4.64)	6.97 (4.62)	1.683	42	.103	
EJERCICIO	8.50 (3.57)	6.53 (3.72)	2.471	42	.020*	.54
SALUD FISICA	8.83 (4.11)	7.13 (3.65)	2.130	42	.042*	.43
OCIO	10.33 (5.89)	7.47 (5.57)	3.459	42	.002**	.49
DINERO	7.17 (5.04)	5.83 (5.23)	2.331	42	.027*	.26

GL= Grados de Libertad.

*Significativa al .05, ** Significativa al .01

Observamos en la Tabla 26 cambios significativos para el **Grupo Total** en la mayor parte de áreas conductuales recogidas en el instrumento y que se trabajan en el Hospital de Día: relaciones interpersonales, conductas autodestructivas, ejercicio, cuidado de la salud física, gestión del ocio y del dinero

El nivel de significación ($p < .01$), y el tamaño del efecto moderado (delta $> .50$), nos llevan a destacar las áreas de relaciones interpersonales, la de gestión del ocio y el manejo de las conductas autodestructivas.

Cuando observamos los cambios dentro de cada grupo diagnóstico, utilizando el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon, nos encontramos que para el **subgrupo TLP** las diferencias son significativas ($p < .05$), con tamaño del efecto moderado (R Rosenthal $> .50$), en las dificultades para manejar las

conductas autodestructivas, y tamaño del efecto pequeño para gestionar el ocio (R Rosenthal $< .50$), justamente aquellas en que había obtenido puntuaciones significativamente mayores en comparación con el grupo TPNE/TPM en el PRE. Señalar que aun no siendo significativa la diferencia, el tamaño del efecto es moderado para el cuidado en la salud física (R Rosenthal $> .50$).

Por su parte el subgrupo TPNE/TPM obtiene cambios significativos en las dificultades para el manejo de las relaciones interpersonales, con tamaño del efecto moderado (R Rosenthal $> .50$). También hay un cambio significativo en la gestión del dinero ($p < .05$, R Rosenthal $< .50$). Podemos ver estos resultados en la Tabla 27.

Tabla 27. Diferencias en el Test De Regulación De Conducta por diagnósticos, entre el Pre y Post, Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.

	TLP	R de	TPN	R de
	Nivel	Rosenthal	Nivel	Rosenthal
	significación		significación	
RELACIONES	.128		.001*	.69
ALIMENTACIÓN	.363		.216	
AUTODESTRUCTIVAS	.006*	.59	.854	
SUENO	.360		.289	
EJERCICIO	.326		.077	
SALUD FISICA	.063	.53	.721	
OCIO	.032*	.45	.082	
DINERO	.478		.019*	.24

*Significativas para alfa .05, Intervalo Confianza 95%.

Se observa que el programa muestra en este caso “efectividad” al incidir en áreas de funcionamiento psicosocial que, si bien son también objetivo del tratamiento, van más allá de su efecto específico sobre los rasgos.

Este es un aspecto importante pues no sólo hay cambios en conductas relevantes en el TLP, sino que también se demuestra que puede haber cambios en el funcionamiento de la personalidad. En concreto, destacar los cambios en el funcionamiento interpersonal, ya que según veíamos esta era un área en la que supuestamente los cambios son menores a lo largo del tiempo, en los TP y en concreto en el TLP.

10.6. DERS. PRE-POST PARA EL GRUPO TOTAL Y POR DIAGNÓSTICOS.

Para el **Grupo Total**, se observan cambios significativos en las habilidades de regulación emocional, con un nivel de significación de $p < .01$, como se observa en la Tabla 28. El tamaño del efecto es moderado ($d > .50$), para las subescalas Rechazo e Interferencia. Y con un tamaño del efecto grande ($d > .80$), para la subescala Descontrol.

Tabla 28. Cambios Pre-Post en el DERS, para el Grupo Total con la prueba t de Student para muestras emparejadas.

	PRE M (DT)	POST M (DT)	prueba t	G.L.	p	delta Cohen
RECHAZO	3.20 (1.18)	3.20 (1.18)	3.480	29	.002**	0.63
DESCONTROL	3.71 (.97)	3.71 (.97)	5.235	29	.000**	1.24
INTERFERENCIA	4.21 (.81)	4.21 (.81)	3.643	29	.001**	0.77
DES-ATENCION	2.74 (1.26)	2.74 (1.26)	-.821	29	.418	
CONFUSIÓN	2.76 (.87)	2.76 (.87)	1.934	29	.063	

GL= Grados de Libertad.

*Significativa al .05, ** Significativa al .01

Al separar por subgrupos diagnósticos, encontramos idénticos resultados en el **TPNE/TPM** ($n = 14$), siendo significativas ($p < .05$), las diferencias en éstas tres subescalas. El tamaño del efecto es moderado para rechazo e interferencia, pero encontramos un tamaño del efecto grande (R Rosenthal $> .80$), para la escala descontrol.

Para el **subgrupo TLP** ($n = 16$), sólo resulta ser significativa la diferencia en la subescala descontrol de las propias emociones, con un tamaño del efecto moderado (R Rosenthal $> .50$), subescala en que obtenía una puntuación significativamente mayor que el TPNE/TPM en el PRE. Podemos ver estos resultados en la Tabla 29.

Tabla 29. Diferencias en el DERS para cada subgrupo diagnóstico, entre el Pre y Post, con el Test de los Rangos con Signos de Wilcoxon.

	TLP Nivel Sign.	R Rosenthal	TPNE Nivel Sign.	R Rosenthal
RECHAZO	.074		.012*	.62
DESCONTROL	.001*	.73	.010*	.81
INTERFERENCIA	.131		.008*	.74
DES-ATENCION	.211		.683	
CONFUSIÓN	.164		.314	

*Significativas para alfa .05, Intervalo Confianza 95%.

10.7. CALIDAD PERCIBIDA DEL PROGRAMA.

10.7.1. Satisfacción de las Familias.

El abordaje que se lleva a cabo con las familias es tanto uniamiliar (entrevistas familiares e intervención en crisis), como en grupo. El formato grupal consiste en la aplicación de la Terapia Icónica para familiares.

Al finalizar el programa completo de sesiones grupales de Terapia Icónica, les pasamos el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Roberts & Attkinson, 1983), donde cada ítem puntúa de 1 a 4, siendo el 4 la mejor valoración posible.

Reflejaremos el promedio de los resultados obtenidos como resumen de éstos datos. En el promedio de la puntuación obtenida, se observa que evalúan la calidad del servicio recibido como “bueno”-“excelente” ($M = 3.73$).

Opinan que recibieron el tipo de servicio que quería “general” – “definitivamente sí” ($M = 3.53$). El servicio ha cubierto la mayoría de sus necesidades ($M = 3.13$). Están muy satisfechos ($M = 3.87$), con la ayuda que han recibido. Los servicios recibidos le han ayudado “mucho” ($M = 3.80$), a manejar más efectivamente su problema. En general están “muy satisfechos” ($M = 3.73$) con los servicios recibidos.

De tal manera que si un amigo necesitara ayuda le recomendaría el servicio ($M = 3.93$), y si fueran a buscar ayuda otra vez, volverían a utilizar este servicio “definitivamente” ($M = 3.87$).

10.7.2. Satisfacción de los Pacientes.

Para evaluar la calidad percibida por los pacientes, se les pasa un cuestionario anónimo al final del tratamiento. Su descripción la hicimos en el apartado metodología. Para el análisis de estos datos partimos de la elaboración de tablas de frecuencias, con todos los pacientes que han finalizado el programa ($n = 43$). Se comentan aquí los principales resultados.

Utilización de Recursos Sanitarios. Comparando la situación final con respecto a la que tenían antes de su ingreso en HD, la adherencia a citas en USM,

para el 48% es igual que antes, para el 43% mejor o mucho mejor que antes. La adherencia en la toma de medicación es para el 62% mejor o mucho mejor que antes. Los ingresos y visitas a urgencias han disminuido para el 62%, mientras el 33% sigue igual (muchos no habían tenido ni antes, ni durante la estancia en HD).

Los Síntomas. En opinión de los pacientes, si no hubiesen venido a HD, el 27% creen que habrían empeorado y el 65% que habrían empeorado mucho. En comparación con antes de su ingreso en HD, las conductas impulsivas han disminuido mucho para un 60%, la regularidad en los hábitos es mejor-mucho mejor para el 76%. Respecto la inestabilidad emocional, se encuentran mejor-mucho mejor el 75%, su estado de ánimo está mejor-mucho mejor en el 84% y en relación a la ansiedad se encuentran mejor-mucho mejor el 60%.

Cambios en el Funcionamiento Psicosocial. En comparación con el periodo anterior a su ingreso en HD, encuentran que relacionarse y comunicarse con otros les resulta más fácil-mucho más fácil al 59,5%. La relación con la familia es mejor en el 43%, mucho mejor en el 30%. El nivel de autonomía es igual que antes para el 30%, y ha aumentado bastante-mucho para el 59%. Observan que el nivel de actividad doméstica es igual que antes para el 43%, y ha aumentado en el 41%. Sus actividades y ocupaciones han aumentado bastante-mucho en el 73%, y las salidas a la calle han aumentado bastante-mucho en el 65%.

Sobre los Recursos del Hospital de Día opinan que el número de profesionales es para el 27% inadecuado, para el 24% aceptable, 21% adecuado y el 24% opinan que es muy adecuado. Respecto la accesibilidad del centro es aceptable para el 29%, adecuado o muy adecuado para el 37,84%. Las dependencias son inadecuadas o muy inadecuadas para el 64,86%.

En relación al Programa Terapéutico y sus componentes, la Satisfacción General con el Programa de Tratamiento, en una escala de 1 a 10, la valoración promedio obtenida es 9. Para el 87,5% los Talleres grupales son bastante-muy útiles. El 94,59% opina que la información recibida sobre la Personalidad y el afrontamiento de las dificultades asociadas es bastante-muy útil. La información general recibida (salud en general y recursos), es bastante-muy útil para el 92%.

Sobre la Relación Terapéutica y el Trato Recibido, su Satisfacción General en la Calidad del Trato Recibido en una escala de 1 a 10, el promedio obtenido es 9. Valoran que la actitud de los profesionales es agradable para el 30%, muy

agradable para el 70%. La atención, escucha prestada es suficiente para 22%, excelente para el 75%. Acceder a una entrevista es fácil-muy fácil según el 82%. Entender a los profesionales es fácil-muy fácil para el 86,48%. En la resolución de sus problemas, el 86,48% piensan que le apoyan mucho-muchísimo.

10.7.3. Valoración Cualitativa del Programa.

Se formulan dos preguntas abiertas, para que expresen aquello que crean relevante sobre el programa. Recogemos un resumen de las respuestas obtenidas.

Las respuestas a la pregunta “¿Qué es lo que más te ayudó del programa de Hospital de Día?”, las podemos agrupar en los siguientes apartados:

-El formato de talleres “estructurados”. Valoran positivamente que en cada sesión se aborde un tema diferente y cómo afrontarlo. También las estrategias utilizadas, como ver un esquema de las habilidades a aplicar, el rol-playing para usar las técnicas y los ejemplos puestos.

-Valoran positivamente la continuidad e intensidad del programa. El trabajo regular y estructurado. Asistir todos los días al centro. El horario, los ejercicios, los compañeros, profesionales, es un conjunto

-Los contenidos, habilidades/técnicas que se trabajan. Obtener información y orientación. Las explicaciones de lo que te pasa. Aprender nuevas técnicas, herramientas. Trabajar muchas habilidades diferentes para diferentes situaciones. Cómo usar las habilidades para afrontar una crisis.

-El Clima terapéutico: el apoyo tanto grupal como individual, incondicional y permanente, de los profesionales y del grupo. Crear un vínculo con los compañeros y profesionales. La escucha.

-Poder compartirlo, comprenderlo y que los familiares y amigos también estuvieran implicados.

-El formato grupal en Hospital de Día, ya que les ha aportado: “Ver las opiniones de otras personas para compartirlo y saber que no eres el único ni el raro, que hay personas con tu misma situación, que hay soluciones”. “La colaboración del grupo”. “Exponerse y apreciar la forma de trabajar de los compañeros, fortaleciendo el aprendizaje y reforzando sus esfuerzos”. Fijarse en la experiencia de los demás. Ver la forma en que otras personas

afrontan dificultades y asimilan sus problemas, para ver los suyos desde otra perspectiva y llegar a comprenderlos. “Ver los ejemplos, tareas, experiencias y cómo aplican los otros pacientes las técnicas y habilidades, son herramientas muy útiles de aprendizaje para extrapolarlo a uno mismo”.

Las respuestas a la pregunta “¿En qué cosas te ha ayudado?”, podemos agruparlas en varias áreas, en las que han observado cambios relacionados con su participación en el programa:

-El programa les ha ayudado en el autodescubrimiento, mejorar la comprensión de sí mismos, entender su forma de ver las cosas, sus problemas (cómo y porqué), y cómo poder superarlos.

-Les ha ayudado y han observado cambio en la Regulación de sus Emociones, incrementando el control sobre éstas. Les permite conocer y diferenciar mejor las emociones a diferentes niveles de intensidad. Manejar la ansiedad, los cambios de humor y ataques de ansiedad. Les resulta más fácil parar, ver qué está pasando y poner en marcha según toque diferentes técnicas como: relajarse, buscar la distracción, luchar con las rumiaciones y los pensamientos automáticos, anticipar problemas e intentar ponerles solución, viviendo más el presente.

-Les ha servido para hacer cambios en la Regulación de sus Comportamientos. Ante emociones, en vez de tener conductas autolesivas, optan por distanciarse, afrontar el problema y dejar pasar el malestar. Reducir comportamientos dañinos especialmente atracones. Les ayuda a aplicar un horario (aunque cuesta seguirlo), darse cuenta de la importancia de los hábitos para la inestabilidad. Estar más activos y gestionar mejor sus tiempos de ocio. Comunicarse mejor consigo mismos, con la gente de su entorno y en general.

-En el Afrontamiento de Problemas y lograr cambios concretos. Poner pasos al afrontamiento de problemas y al proceso para alcanzar sus metas, esto hace el progreso más fácil y alcanzable. Contar con más herramientas para afrontar en lugar de evitar los problemas, con otra perspectiva, poniendo metas pequeñas y concretas. Les permite llevar ese proceso de forma más activa, más racional, más decidida para afrontar.

-Les ha ayudado para Sobrellevar las dificultades en general. Les ha aportado paciencia ante los problemas cotidianos, aceptar las cosas un poco mejor, a esforzarse por estar bien, por poner entusiasmo en cada cosa que hacen. Las herramientas les ayudan a regular las emociones, y esto les facilita aplicar las técnicas/habilidades para afrontar las dificultades diarias de otra manera.

-Tienen la percepción de que necesitan seguir trabajando las habilidades. Perciben que necesitan seguir aprendiendo sobre lo que sienten y piensan, para estar más seguros de sí mismos. Es un proceso en el que disponen de nuevas herramientas, que empiezan a utilizar poco a poco, trabajando cada día y con paciencia, para ir interiorizándolas.

-También observan aspectos más generales en los que les ha ayudado y han percibido cambios. Perciben que han ganado control en sus emociones, sus pensamientos y sus conductas. Tienen la sensación de mayor control personal y autocontrol, de estar más estables, aumentando su autoestima y los sentimientos de "utilidad". La exposición social en el recurso les ha permitido superar en muchos casos su ansiedad social, pero además se sienten menos "solos", creando nuevos vínculos sociales. Expresan frases como "soy otra persona", "soy más yo". Les ha permitido "coger las riendas de su vida" o encauzarla, para llevar una vida que es de mejor calidad, con la que se sienten más cómodos.

V- DISCUSIÓN

11. DISCUSIÓN

En la investigación que hemos presentado, intentábamos transmitir la utilidad de aplicar el Modelo Dimensional en la práctica clínica, utilizando el instrumento que facilita el DSM-5, el inventario PID-5, para operativizar el modelo. Hemos podido comprobar, con la exposición de resultados, que su aplicación en el Programa del Hospital de Día de Trastornos de Personalidad de San Juan, Alicante, nos ha resultado útil para describir el perfil de necesidades terapéuticas de los pacientes atendidos, orientarnos en el diagnóstico y evaluar los resultados a través de los cambios en variables centrales en estos trastornos.

11.1. SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PRE-TRATAMIENTO.

11.1.1. El perfil sociodemográfico y clínico de la muestra.

En la primera parte de la investigación hemos descrito las características de la población atendida en el Hospital de Día. Los 115 casos derivados, en general se ajustaron a los diagnósticos esperados, Trastorno de Personalidad de los Clústers B y C. De los 115 derivados, el 69% eran mujeres y el 31% hombres.

Sólo el 10% no cumplía criterios de entrada, habitualmente por otro diagnóstico principal motivo de tratamiento y en fase activa. Por otra parte, el 16% desestimaron el recurso, de ellos el 67% son hombres. Este dato sitúa nuestra muestra en un punto intermedio de otros estudios donde los datos sobre desestimación del recurso oscilan entre 4,4 y 49,4%, siendo lo esperable para el TLP alrededor del 20% (Lana et al., 2013).

Finalmente 85 entraron al programa, de éstos el 75% eran mujeres y 25% hombres. Sobre este dato observar que el sexo parece ser una variable que incide en la demanda de asistencia. No obstante hay que tener en cuenta que, en las poblaciones clínicas, los trastornos de personalidad atendidos tienen mayor prevalencia en el sexo femenino, especialmente en el Trastorno Límite de Personalidad.

Considerando el conjunto de variables sociodemográficas analizadas, el “perfil sociodemográfico característico” de los pacientes que acceden al recurso serían: mujeres, menores de 40 años, que viven en domicilio familiar, con estudios de nivel básico o medio, en situación de desempleo, sin ingresos económicos propios y hasta un 26% tiene el reconocimiento de discapacidad. Este perfil puede ser indicativo de las dificultades psicosociales que diferentes autores asocian a los trastornos de personalidad, especialmente al TLP.

Por otra parte estas características, independiente del TP, les convierten en un grupo especialmente vulnerable en nuestro contexto socio-cultural. Serán variables que necesitan ser atendidas desde diferentes recursos, por lo que la coordinación y el trabajo social se convierten en ejes fundamentales de la intervención.

A nivel clínico, el diagnóstico principal de los pacientes admitidos era Trastorno Límite de Personalidad para el 51%, Trastorno de Personalidad No Especificado o Trastorno Especificado Mixto para el 47%, sólo el 2% tienen otros trastornos específicos (Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad e Histriónico).

Además el 65% presentaba al inicio al menos un trastorno comórbido en fase estable o de estabilización. El 21% presentaba Trastornos del Estado de Animo fundamentalmente de tipo depresivo, otro 21% Trastornos de Ansiedad (incluyendo los adaptativos y Trastorno Obsesivo Compulsivo), 12% tenían un trastorno por uso de sustancias o patología dual (sustancias y trastornos de ansiedad NE), y un 6% algún trastorno psicótico, fundamentalmente esquizoafectivo. Un pequeño porcentaje presentaba otros trastornos como el de Conducta Alimentaria o TDAH.

Cuando diferenciamos las características sociodemográficas y clínicas en función del Trastorno de Personalidad, encontramos ligeras diferencias. Así en la submuestra de personas con diagnóstico TLP, el 89% son mujeres, el 53% tienen una edad menor de 30 años y el 30% entre 30-39. El perfil encontrado en TLP es el esperable, según se observa en diferentes investigaciones (Fórum de Salud Mental y AIAQS, coord.2011). El 61% de este grupo presentaba algún trastorno comórbido, concentrándose en este grupo los trastornos bipolares.

Para la submuestra con TPNE/TPMixto, el 58% son mujeres, por edades el 47% tiene entre 30-39 y el 33% es mayor de 40 años. Este perfil de edades es similar al encontrado para estos pacientes en otros estudios (Horn et al., 2015). En nuestra muestra la proporción entre mujeres y hombres es muy similar y la edad promedio es mayor de 30 años. El 72% presentaba alguna comorbilidad, concentrándose en este grupo los trastornos psicóticos y de ansiedad (incluyendo el TOC). Los trastornos afectivos y de uso de sustancias (TUS), se distribuyen por igual entre ambos grupos.

Este perfil clínico y sociodemográfico tiene importantes implicaciones de cara al diseño e implantación de un Programa de Tratamiento con estos pacientes. De un lado tenemos una muestra con mayor porcentaje de mujeres, menores de 30 y las circunstancias socio-demográficas descritas, supone unas necesidades de abordaje psicosocial más allá del trastorno clínico.

De otro lado tenemos dos grupos diferenciados, ya TNEP/TPMixto supone casi la mitad de los pacientes derivados y presenta ligeras diferencias del perfil sociodemográfico y clínico respecto el TLP. Se da la circunstancia que para éstos pacientes no existe actualmente un tratamiento específico basado en la evidencia, tampoco guías clínicas que orienten su abordaje.

A esto se le une la necesidad de considerar en la intervención el abordaje de la patología comórbida, sobretodo los trastornos afectivos y TUS, tanto en el grupo total como por subgrupos diagnósticos, aunque no sea éste el foco de intervención primario.

11.1.2. Utilidad diagnóstica y discriminante del PID-5 y del Modelo Dimensional.

Antes de analizar otros datos sobre cada grupo diagnóstico, quisimos saber si nuestra muestra estaba correctamente clasificada en cada uno de los grupos. Esto se relaciona con el objetivo de nuestra investigación de comprobar en qué medida el PID-5, desde el modelo dimensional-híbrido del DSM-5, nos resultaba útil para orientar el diagnóstico, para ello necesitábamos saber si nos permitía discriminar entre trastornos.

Para comenzar, lo hemos comparado con un instrumento de screening, el cuestionario de la entrevista **IPDE** basado en el modelo categorial. En el

cuestionario encontramos que en ambos grupos (TLP y TPNE/TPM), los trastornos detectados con mayor frecuencia son los trastornos límite y evitativo, y que la diferencia en estas subescalas es significativa al comparar el subgrupo TLP y TPNE/TPM. Otros estudios también encontraron en pacientes con diagnóstico TLP, alta frecuencia de trastornos de personalidad en el Clúster C (Verardi, Nicastro, McQuillan, Keizer & Rossier, 2008). Esto implica que será necesario tener en cuenta estos rasgos en la intervención.

No obstante hemos podido comprobar que en el cuestionario de screening del IPDE, al observar la distribución de frecuencias para las subescalas, el 67% de sujetos del Grupo Total se deberían clasificar como Trastorno Mixto de la Personalidad y tan solo 7 sujetos (el 10%), extraídos de ambos grupos diagnósticos (TLP y TPNE/TPM), se podrían diagnosticar claramente como TLP. Por subgrupos, del subgrupo de sujetos que vienen diagnosticados como TLP, el 84% cumplen criterios para dos o más trastornos, lo que equivaldría a un trastorno mixto, estando por tanto mal clasificados en esta categoría diagnóstica. Por otra parte en el grupo TPNE/TPM en comparación con el grupo TLP, encontramos más casos que según el IPDE se clasificarían como TLP, y sólo el 55% estarían correctamente clasificados.

Esto indica que con este instrumento, encontramos dificultades para perfilar un trastorno específico en ambos grupos, además se plantean dudas sobre la correcta clasificación diagnóstica inicial. No obstante, nos permite detectar las dificultades para plantear un programa que se centre en un único trastorno de personalidad específico (partiendo del modelo categorial).

Por contrapartida, cuando analizamos los datos obtenidos **con el PID-5**, encontramos que muestra propiedades adecuadas para discriminar entre el diagnóstico TLP y el TPNE. En el Análisis Discriminante, con Lambda de Wilks hemos encontrado diferencias significativas entre estos grupos ($p < .05$), en los Dominios Afecto Negativo y Desinhibición, así como en las Facetas Distrabilidad, Excentricidad, Labilidad e Impulsividad. Es decir, la puntuación en estos dominios y facetas, diferencia a ambos grupos.

Además hemos comprobado que las facetas aportan mayor poder discriminante que los dominios. Así utilizando las Facetas llegamos a clasificar correctamente al 78.4% de los casos TLP y al 74.2% de los casos TPNE/TPM, mientras que la capacidad de los Dominios para realizar una correcta clasificación

en el caso del TLP desciende al 67,6%, y en el TPNE/TPM al 51.6%. En el análisis de la Curva ROC, el PID-5 se muestra como un test “bueno” para discriminar entre éstos grupos.

Así pues el PID-5 puede permitirnos diferenciar en mayor medida entre los subgrupos diagnósticos, con la finalidad de realizar una clasificación y diagnóstico correcto, de un modo más fiable que un instrumento de screening “categorial” como el de la entrevista IPDE.

11.1.3. El Modelo Dimensional y el PID-5 para orientar el diagnóstico y definir las necesidades terapéuticas.

Vistas las diferencias clínicas y sociodemográficas encontradas entre grupos diagnósticos en los pacientes derivados, y partiendo de la capacidad descriptiva y discriminante del PID-5, nos interesaba: 1º-Comprobar si el perfil de rasgos en el PID-5, nos permitía identificar cuáles eran las necesidades terapéuticas para el grupo total; 2º-Analizar si éstas necesidades eran distintas para los dos subgrupos diagnósticos (TLP vs TPNE/TPM); 3º-Confirmar si en la descripción de los distintos perfiles, el PID-5 nos orientaba en el diagnóstico en la línea del Modelo Dimensional.

Efectivamente, más allá de la etiqueta diagnóstica, con el perfil de Dominios y Facetas en el PID-5 para el “Grupo Total”, hemos podido identificar las principales necesidades terapéuticas de las personas derivadas al recurso.

Observamos que las puntuaciones más altas se obtenían en el Dominio Afectividad Negativa y facetas relacionadas (labilidad, depresión, ansiedad y anhedonia) así como la faceta Impulsividad. Esto ya orientaba sobre la necesidad de intervenir tanto en la regulación emocional y su expresión, creencias irracionales, afrontamiento del estrés y autocontrol.

Al comparar los subgrupos, el subgrupo TLP en el PID-5 se diferenciaba por un perfil con puntuaciones mayores en todos los Dominios, especialmente en Afectividad Negativa y Desinhibición. Posiblemente éstos resultados sean indicativos de un mayor deterioro en el “funcionamiento de la personalidad”.

Similares resultados se han encontrado en estudios anteriores cuando se ha evaluado a estos pacientes desde el modelo de los 5 factores (Calvo y cols., 2016; Trull y McCrae, 1994; Verardi, Nicastro, McQuillan, Keizer & Rossier, 2008).

Probablemente la dimensión de Afectividad Negativa esté íntimamente relacionada con las dificultades de regulación emocional en éste trastorno, que han sido objeto de estudio y de intervención en múltiples investigaciones (Glenn & Klonsky, 2009; Gratz, Moore & Tull, 2016; Rosenthal et al., 2008; Rufino, Ellis, Clapp, Pearle & Fowler, 2017).

El grupo TLP no sólo obtuvo puntuaciones mayores, sino que las diferencias entre ambos grupos eran significativas en las Facetas depresión, labilidad, impulsividad, distraibilidad y excentricidad. Esto era lo esperable tras observar los resultados en el análisis discriminante, salvo que con la *t* de Student hemos encontrado una diferencia importante en depresión. Investigaciones anteriores han encontrado como facetas destacadas la impulsividad y la depresión en el TLP (Trull & McCrae, 1994). Resultados muy similares se ha encontrado en anteriores investigaciones cuando se compara TLP con población general. Así los dominios de afectividad negativa y desinhibición, y las facetas labilidad emocional e impulsividad, se asociaban más significativamente con TLP (Calvo, Valero, Sáez-Francàs, Gutiérrez, Casas & Ferrer, 2016).

Recordar aquí lo que habíamos señalado respecto el Diagnóstico de TLP desde el Modelo Dimensional del DSM5 en su Sección III. Podemos decir que en el PID-5, para este subgrupo, se cumplen el tipo y número de rasgos patológicos necesarios para el diagnóstico de TLP. Por tanto según los resultados en el PID-5 los sujetos de este grupo están correctamente diagnosticados en el diagnóstico inicial. Esta convergencia apoya la capacidad diagnóstica del PID-5 en TLP.

Por otra parte, las altas puntuaciones del subgrupo TLP en impulsividad, anhedonia y distraibilidad, podrían implicar dificultades para seguir un programa terapéutico, por lo que se hace necesario tenerlas en cuenta de cara a la intervención (Black, Allen, St. John, Pfohl, McCormick and Blum, 2009).

Para el subgrupo con TPNE/TPM, el perfil en PID-5 se caracterizaba por menor puntuación en todos los dominios, en ninguno hay una puntuación promedio cercana a 2. Como hipotetizábamos con el TLP, tal vez esto sea indicativo de un menor deterioro en el funcionamiento de la personalidad. No obstante, destacaban las puntuaciones obtenidas en las facetas labilidad y ansiedad. Así según se desprendía del PID-5, eran estas facetas específicas sobre las que este grupo necesitaba mayor atención.

11.1.4. El BEST, perfil de gravedad del grupo y correlaciones con el PID-5.

En el BEST el perfil de gravedad también fue diferente para los subgrupos TLP y TPNE/TPM. El subgrupo TLP puntuaba más alto en las subescalas A (Pensamientos y Emociones), y B (comportamientos negativos), y más bajo en C (Comportamientos Positivos), siendo las diferencias estadísticamente significativas, lo que significa que además de tener una sintomatología más intensa, utilizan con menor frecuencia conductas de afrontamiento de su sintomatología. Esta situación es justamente la inversa de lo que sucede en el subgrupo TPNE, que puntúa significativamente más alto en la utilización de conductas de afrontamiento.

Respecto los ítems más destacados, el Grupo Total obtuvo las puntuaciones más altas en inestabilidad del estado de ánimo y sentimientos crónicos de vacío, por encima de éstos destaca la puntuación en el ítem “seguir las indicaciones terapéuticas”. El subgrupo TPNE/TPM coincide con éstos resultados del Grupo Total.

El subgrupo TLP mostró significativamente mayor intensidad en todos los síntomas, indicador de mayor gravedad y por tanto disfunción. La intensidad en las ideas y conductas suicidas, así como las conductas impulsivas, implican que este grupo necesitaba mayor monitorización de éstos síntomas durante el proceso terapéutico.

Al analizar las correlaciones con las Dimensiones del PID-5 encontramos que los Dominios Afectividad Negativa, Desinhibición, Psicoticismo y Desapego tienen una relación significativa y positiva con las subescalas A y B (emociones y conductas típicas en TLP), así a mayor puntuación en éstos dominios, mayor puntuación en las emociones y las conductas típicas en TLP, y por lo tanto mayor gravedad. Por otra parte la alta correlación entre Afectividad Negativa y Desinhibición con estas subescalas, supone coherencia en las respuestas en ambas pruebas, lo que apunta hacia la fiabilidad de las respuestas. Antagonismo sólo obtenía correlación con la subescala B (conductas). Por otra parte hay una relación inversa y significativa entre los dominios Afectividad Negativa y Desinhibición con la subescala C, por lo que a mayores puntuaciones en éstos dominios, menor uso hacen de estrategias de afrontamiento de los síntomas.

11.1.5. COPE-28 y DERS. Estrategias de Afrontamiento y Habilidades de Regulación Emocional.

En relación a las estrategias de afrontamiento del estrés evaluadas con el COPE-28, observamos que ambos grupos solían utilizar estrategias como Búsqueda de Apoyo Social, Afrontamiento de Problemas, Búsqueda de Apoyo Emocional y Autodistracción.

Estas serían estrategias de afrontamiento activas y funcionales, que utilizan los sujetos de nuestra muestra, resultados que difieren de lo que encuentran otros estudios que señalan un menor uso de estas estrategias en los sujetos TLP (Garriz, 2016).

Pero también puntuaban alto en estrategias como Desahogo Emocional y Autoinculpción, y bajo en Reevaluación Positiva. Además el subgrupo TLP utilizaba de forma significativamente mayor el Consumo como estrategia de afrontamiento. Estas podrían ser estrategias “evitativas” de afrontamiento y centradas en la emoción, coherentes con los resultados en el IPDE (trastorno evitativo).

Estos resultados apuntaban a la necesidad de abordar estrategias como la reevaluación positiva, la autoinculpción y el desahogo emocional (la expresión adecuada de emociones). Para el caso de TLP además se hacía necesario elaborar estrategias alternativas al consumo para afrontar el estrés.

Observando las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y los dominios del PID-5, aquellos que puntúan más alto en Afecto Negativo suelen utilizar con baja frecuencia la reevaluación positiva de los problemas, y con alta frecuencia la Autoinculpción y el Desahogo Emocional. Los que puntúan alto en Desinhibición y Psicoticismo, suelen utilizar con frecuencia la Negación, Desconexión y el uso de Sustancias como estrategia de afrontamiento (estrategias evitativas). El Antagonismo se relaciona con el uso frecuente de la Negación.

Resultados similares se encuentran en estudios anteriores sobre la relación entre neuroticismo (afectividad negativa) y estrategias evitativas en el COPE-28. También en la relación de estas estrategias evitativas con la Responsabilidad (correlación negativa), en dirección inversa a como lo hacen en nuestra

investigación con Desinhibición, que es positiva y significativa (Garriz, 2016; Silva, 2014).

Por otra parte, desde la evaluación con el DERS, pudimos observar para todo el grupo la necesidad de abordar las habilidades de regulación emocional, sobre todo para combatir el rechazo, el descontrol y la interferencia.

Vimos que los Dominios del PID-5 guardan correlación significativa ($p < .01$), y positiva con éstas tres subescalas del DERS. El Dominio Afectividad Negativa tiene una correlación moderada con Rechazo y Descontrol, baja con Interferencia. El Dominio Desinhibición presenta una correlación moderada con Descontrol e Interferencia, baja con Rechazo. Psicoticismo moderada con Descontrol y baja con Rechazo. Hay una correlación significativa, positiva, baja entre Desapego e Interferencia, así como entre Antagonismo y Descontrol.

Al comparar por grupos diagnósticos, eran significativas las diferencias en Descontrol y en Des-atención a las propias emociones, siendo el subgrupo TLP el que presentaba mayor descontrol y el subgrupo TPNE/TPM el que presentaba mayor des-atención.

Si tenemos en cuenta los perfiles en el PID-5, el TLP destacaba en Afectividad Negativa y Desinhibición, que correlacionan con rechazo, descontrol e interferencia. Estos resultados serían parcialmente coincidentes con los observados en investigaciones previas que encontraban alteración en “aceptación emocional” (Gratz, Tull & Gunderson, 2008), en el DERS conceptualizado como rechazo, que parece tener un papel importante en el trastorno y en las conductas autolesivas y parasucidas (Hervás, 2011). No obstante en nuestro grupo la desatención y la confusión emocional, no son los principales déficits encontrados en TLP, lo que contrasta con otros autores (Levine, Marziali & Hood, 1997).

En definitiva, las habilidades de regulación emocional se convierten en un objetivo a trabajar entre los componentes terapéuticos de nuestro programa. Combatir el rechazo de las propias emociones, su descontrol y la interferencia que éstas suponen en la vida cotidiana de los pacientes ya que de alguna manera reducen su funcionamiento personal. Además en el caso del subgrupo TPNE/TPM tendremos que trabajar el nivel de conciencia/atención prestado a las propias emociones para poder llegar a regularlas.

11.2. SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POST-TRATAMIENTO.

Las necesidades descritas en el Pre-Tratamiento se intentaron abordar con el Programa implantado en el Hospital de Día para Trastornos de Personalidad de San Juan de Alicante, que desde el Modelo Dimensional ofrece al paciente, evaluación diagnóstica y tratamiento específico, intensivo, interdisciplinar y estructurado. Un abordaje multifactorial e individualizado, con componentes terapéuticos diversos, que permiten tratar al paciente en función de sus necesidades y rasgos disfuncionales, observando intervenciones individuales y grupales, colaborando con el entorno del paciente (familia). Destacamos entre los componentes que intentan dar respuesta a las necesidades planteadas, la orientación Cognitivo-Conductual y dos subprogramas específicos el STEPPS (Black et al., 2004), y la Terapia Icónica (Santiago S., 2013).

11.2.1. Reflexión sobre la Adherencia al programa.

De los 85 sujetos que entraron al programa, el 50% ($n = 43$), consiguieron finalizarlo, frente un 31% que no lo hizo y el 19% que aún continúa. Este porcentaje de abandonos se sitúa en un punto intermedio respecto otros estudios con esta población (6.7 al 47.4%). Es algo menor que la obtenida en otros tratamientos de similar duración, llegando hasta el 47% de abandonos en tratamientos de 6 meses con TDC, o hasta 54% en el programa STEPPS aplicado de forma ambulatoria (Black et al., 2009; Lana et al., 2013).

Analizando las variables que pueden haber influido en la falta de adherencia, encontramos que entre las sociodemográficas, el sexo masculino parece ser la variable que más incide, no sólo como decíamos anteriormente en acceder al recurso, sino también en finalizar el programa. Además, las personas de menor edad parecen tener menor adherencia al programa, variable señalada también por otros investigadores aunque con resultados contradictorios (Black et al., 2009).

Respecto las variables clínicas, las personas con diagnóstico TLP tienen peor adherencia. Esto es razonable si pensamos que la misma inestabilidad que les

caracteriza, juega en su contra para mantener su compromiso con un programa de tratamiento orientado a objetivos.

Así mismo tener un diagnóstico comórbido (sobretudo afectivo o por uso de sustancias), puede ser una variable a considerar entre los motivos de abandono o incumplimiento terapéutico. Si bien en nuestro estudio no es determinante, ya que los trastornos comórbidos se distribuyen de forma similar entre los que abandonan y los que terminan el tratamiento.

Por otra parte parece incidir en la adherencia al programa, obtener un perfil en el PID-5 con mayores puntuaciones en los dominios antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Así también mayores puntuaciones en varias facetas, especialmente las relacionadas con Psicoticismo (excentricidad, disregulación perceptiva, creencias y experiencias inusuales), y Antagonismo (búsqueda de atención, insensibilidad, falsedad, hostilidad, manipulación). También algunas facetas relacionadas con otros dominios, como impulsividad, inseguridad de separación, afectividad restringida y suspicacia.

Algunas de estas variables se han encontrado consistentemente en las investigaciones, como la mayor hostilidad y la mayor impulsividad (Black et al., 2009). Tal vez esto guarde relación con rasgos que apuntan hacia el Trastorno Antisocial y hacia el Clúster A. En relación al Clúster A, parece que en general se beneficia menos de los tratamientos en Hospital de Día, según apuntan diferentes investigaciones al compararlo con otros Clústers (Horn et al., 2014).

Aunque también cabe la posibilidad de que el mayor abandono se relacione con las estrategias de afrontamiento de problemas que estos sujetos utilizan, ya que como veíamos en los resultados Pre-tratamiento, aquellos que puntúan alto en Desinhibición, Psicoticismo y Antagonismo, suelen utilizar con frecuencia estrategias evitativas de afrontamiento.

En todo caso estos perfiles de variables sociodemográficas, clínicas y rasgos que pueden incidir en la adherencia. Esta información debe servirnos para buscar alternativas terapéuticas que nos permitan llegar a éstos pacientes, si queremos conseguir incrementar su adherencia. Especialmente porque en algunos programas se ha planteado que en la medida se consigue incrementar la adherencia, también lo hacen los resultados en TLP (Black et al., 2009).

11.2.2. Respecto la Continuidad Asistencial y el Uso de Recursos.

Al inicio del tratamiento, el Grupo Total sumaba, durante el año anterior a su entrada al programa, 23 ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y 99 visitas a Urgencias. Hay que considerar este dato ya que, a parte de los resultados psicométricos, es un buen indicador de la gravedad clínica al inicio.

Durante su estancia en el recurso, se consigue una reducción del 50% de ingresos hospitalarios ya en los primeros 6 meses. Además se reduce un 60% de las visitas a urgencias. Del 40% restante de visitas a urgencias, señalar que no sólo estaban relacionadas con salud mental. Para tener un punto de referencia, en la TDC o la Terapia Basada en la Mentalización en régimen de hospital de día, que eran las que mejores resultados obtenían en estos indicadores, señalan que entre el 27 % y el 35% de los pacientes continuaban con autolesiones y/o ingresos y/o intentos de suicidio al finalizar la terapia (Lana et al., 2013).

Si recordamos en el cuestionario de satisfacción, desde la percepción de los usuarios, la utilización de recursos sanitarios (ambulatorios, urgentes, ingresos, adherencia), mejora para más del 40%.

En relación a la Coordinación y la Continuidad Asistencial, el 100% de los casos que finalizan el programa, mantienen su seguimiento en las USMA (UCA si había TUS), durante el tiempo de estancia en HD y al finalizar el programa.

Un 29% han sido derivados a un programa terapéutico grupal ambulatorio, el STAIRWAYS, permitiendo la continuidad terapéutica y generalización de las habilidades trabajadas. Y en los casos que ha sido posible se ha orientado a los pacientes hacia otros recursos comunitarios (formativos, orientación laboral, sociales, de ocio, asociativos), favoreciendo su integración social.

Conseguir este resultado respecto la continuidad, era un objetivo que desde las guías clínicas se plantea como imprescindible en el abordaje de estos trastornos (Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011).

Estos podrían ser indicadores de “eficacia” objetivos, al reducir la gravedad de los rasgos y permitir la continuidad en los cuidados. Pero también son indicadores de “Efectividad” del programa, ya que de éstos cambios se deriva una importante reducción de gastos sanitarios.

11.2.3. En relación a los cambios del Grupo Total en el PID-5 tras el tratamiento.

Con los resultados observados en el PID-5 para el Grupo Total tras el tratamiento, podemos deducir que el programa produce cambios en todos los dominios y facetas del instrumento.

El cambio es estadísticamente significativo en 4 de los 5 dominios, esto es, en Afecto Negativo, Desapego, Desinhibición y Psicoticismo, siendo el tamaño del efecto moderado para Desinhibición ($d > .50$), y pequeño para los otros. Es decir en estos dominios existe una mejora significativa durante el programa de intervención, especialmente en Desinhibición.

También encontramos un cambio estadísticamente significativo en 13 de las 25 facetas evaluadas: anhedonia, depresión, disregulación cognitiva y perceptiva, impulsividad, irresponsabilidad, labilidad, ansiedad, retraimiento, sumisión, inseguridad por separación, perfeccionismo, afectividad restringida y excentricidad. El tamaño del efecto es moderado para irresponsabilidad y depresión, pequeño en las demás.

Señalar en este punto la coherencia en las respuestas al instrumento, obteniendo correlaciones positivas, significativas, entre moderadas y altas, en todos los dominios y facetas del PID-5, salvo en distraibilidad y manipulación.

En relación con los datos observados al inicio, nos encontramos con cambios en aquellos dominios y facetas en las que el grupo total puntuaba más alto al inicio, esto es en los Dominio Afectividad Negativa y Desinhibición, y en las facetas labilidad, ansiedad, depresión, anhedonia e impulsividad. Señalar que estos cambios implican que se ha incidido en “rasgos centrales” del Trastorno Límite de Personalidad según el Modelo Dimensional, y que éste era el trastorno más destacado según el IPDE en el Grupo Total y en ambos subgrupos.

Por otra parte el cambio en el Dominio Desapego y en las Facetas retraimiento, sumisión, inseguridad por separación, perfeccionismo y ansiedad, implica que estamos incidiendo en rasgos relacionados con el Clúster C, en el que el grupo obtenía también rasgos destacados según el IPDE (Evitativo).

Finalmente con el “indicador global de gravedad” que hemos utilizado (promedio de las facetas), encontramos una diferencia significativa ($p < .01$),

comparando el pre y el post en el Grupo Total, con un tamaño del efecto moderado (d de cohen= .48). Este podría ser un indicador del *tamaño del efecto del programa para el conjunto de rasgos patológicos de personalidad* y por tanto en el nivel de *Funcionamiento de la Personalidad*.

Una de las variables que puede haber incidido en este resultado, es haber utilizado programas de tratamiento estructurado, manualizado e intensivo, que incluye los elementos comunes que parecen haber sido eficaces tanto para el TLP como para el TPNE (Lana et al., 2013), y que inciden directamente en los rasgos patológicos como la afectividad negativa y la impulsividad (STEPPS y T. Icónica).

Destacar el tamaño del efecto producido en las Facetas ansiedad, depresión, anhedonia, ya que como vimos en la descripción del perfil de la muestra al inicio, un alto porcentaje presentaba trastornos comórbidos relacionados con estas facetas. Esto vendría a significar que el programa también ha incidido en la patología comórbida, además de forma significativa y con un tamaño del efecto moderado. Hay que tener en cuenta que tal vez la orientación desde la Terapia Cognitivo-Conductual haya influido sobre estos resultados, ya que es el tratamiento de elección para estos trastornos (Pérez et al., 2009).

En el cuestionario de satisfacción, desde la percepción de los usuarios, los síntomas más destacados para esta población (impulsividad, disregulación de hábitos, inestabilidad emocional, estado de ánimo, ansiedad), han mejorado para más del 60%, cuando más del 90% tenían expectativas de haber empeorado en caso de no haber entrado al programa de tratamiento.

Es interesante comprobar que en un plazo de tiempo inferior a un año, un programa de tratamiento consigue realizar cambios en la intensidad de los diferentes rasgos contemplados en el PID-5. Esto es de especial relevancia sobre todo cuando se plantea que son rasgos relativamente estables, incluso más que los propios criterios diagnósticos de los TP, según se había demostrado en otros estudios realizados con el PID-5 al año y medio con diferentes trastornos de personalidad (Wright et al., 2015).

Con estos datos podríamos concluir que el programa ha sido "Pertinente" al cubrir necesidades detectadas al inicio y provocar cambios en ellas. Pero también se ha mostrado "Eficaz" al incidir en los rasgos en que había mayor dificultad y en la psicopatología comórbida, con un tamaño del efecto moderado.

11.2.4. Sobre los cambios en el PID-5 por grupos diagnósticos.

Cuando se analizan los cambios en cada subgrupo diagnóstico, se observan algunas diferencias no sólo entre el pre y el post, sino por comparación con los resultados del grupo global.

El subgrupo TLP ($n = 24$), hace cambios estadísticamente significativos en los Dominios Desapego y Psicoticismo, así como en las Facetas anhedonia, irresponsabilidad, afectividad restringida, depresión y excentricidad. El tamaño del efecto es moderado para depresión y excentricidad. En comparación a lo que sucedía con el Grupo Total, no hay cambios significativos en algunos dominios y facetas destacados al inicio, aunque sí encontramos un cambio importante para anhedonia y depresión.

El grupo TPNE/TPM ($n = 19$), realiza cambios estadísticamente significativos en el Dominio Antagonismo, en el que puntuaba más alto que el TLP al inicio. También en las Facetas anhedonia, búsqueda atención, grandiosidad, inseguridad de separación, retraimiento, creencias y experiencias inusuales, con un tamaño del efecto moderado para disregulación perceptiva y perfeccionismo. En comparación a lo que sucede con el Grupo Total, no obtiene cambios significativos en ansiedad y labilidad.

Si analizamos el cambio con el “*indicador de gravedad global*” (promedio de todas las facetas del PID5), observamos que es significativo para $p < .05$, tanto en el TLP como en TPNE/TPM, obteniendo un tamaño del efecto bajo el TLP y moderado el grupo TPNE/TPM (d de cohen = .732). Este tamaño del efecto en TPNE/TPM es similar al encontrado en estudios anteriores para este subgrupo en hospital de día con tratamientos a corto plazo (Horn et al., 2014).

Podemos decir que al separar los resultados por grupos diagnósticos, el programa está siendo “*eficiente*” ya que influye significativamente en el cambio en rasgos de la personalidad, con un tamaño del efecto moderado, mayor para los sujetos con diagnósticos TPNE/TPM que para los sujetos con TLP. Aunque no podemos concluir que sea “*eficaz*” para los rasgos más destacados al inicio del tratamiento en cada uno de estos grupos.

Tal vez el pequeño tamaño de nuestras muestras incide de forma importante en los resultados observados, por lo que esta es una limitación

importante en el estudio si queremos hablar de resultados por subgrupos. Además las pruebas estadísticas No Paramétricas, pueden influir en los resultados, como pudimos comprobar para el TPNE/TPM donde con estadística paramétrica obteníamos también diferencias significativas en Afectividad Negativa, Desinhibición, impulsividad e irresponsabilidad. Por otra parte encontramos con todos los instrumentos, que al analizar los cambios por “rasgos” en lugar de por “categorías diagnósticas”, se obtienen resultados distintos, siendo las categorías un posible factor de confusión a la hora de extraer conclusiones.

11.2.5. La Gravedad de los Síntomas tras la intervención.

Nos interesaba conocer el cambio que se producía en la gravedad de síntomas específicos del TLP tras el programa de intervención, ya que este podría ser, junto con los resultados en el PID-5, un buen indicador del deterioro en el *Funcionamiento de la Personalidad*. Estas variables las hemos recogido con el BEST, comparando el primer y último mes de intervención.

Con el programa de intervención, se ha producido una reducción significativa en los síntomas cognitivos y afectivos nucleares del Trastorno Límite para todo el grupo. Hay diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto pequeño en la Subescalas A (pensamientos y emociones), C (conductas positivas de afrontamiento) y para la puntuación en la Escala Total.

Así con el programa de intervención, se produce una reducción significativa en síntomas como preocupación por el abandono, cambios extremos en la imagen de sí mismos, cambios extremos en las emociones y sentimientos de vacío. De especial relevancia es el cambio respecto sentimientos y pensamientos suicidas. En relación a las conductas, destacar la reducción significativa en conductas de hacerse daño, intentar suicidarse, así como en el control de la ira.

Para el subgrupo TPNE/TPM se produce un cambio estadísticamente significativo y con un tamaño del efecto moderado, en la Subescala A, relacionada con pensamientos y emociones. Específicamente es significativa la diferencia en los síntomas preocupación por el abandono, cambios en autoimagen, cambios extremos en las emociones y sentimientos de vacío. Así el cambio afecta a los ítems en que puntuaban más alto al principio, con un tamaño del efecto moderado.

En el subgrupo TLP, el cambio significativo se da en la subescala A (pensamientos y emociones) y en la subescala C (conductas de afrontamiento), en ambos casos el tamaño del efecto es moderado. El cambio afecta concretamente a síntomas como sentimientos de vacío, sentimientos y pensamientos suicidas, también a las conductas de hacerse daño o intentar suicidarse. Justamente son algunos de los síntomas en los que al principio obtenían una puntuación significativamente mayor, siendo además síntomas que revisten especial gravedad y que se han visto beneficiados de la específica monitorización en el programa.

Además el programa ayuda a aumentar significativamente y con un tamaño del efecto moderado, tanto en el grupo total como en ambos subgrupos (TLP y TPNE/TPM), el uso de estrategias para manejar los síntomas y el malestar, específicamente realizar actividades distractoras ante el impulso de realizar un acto autodestructivo, así como darse cuenta antes de que algo podría causarle problemas y dar pasos razonables para evitarlo. Al inicio y al final del programa ambos grupos suelen seguir las recomendaciones terapéuticas (orientaciones y medicación).

Para ambos grupos y para el total del grupo, hay una reducción significativa de la gravedad en la sintomatología característica del TLP (cambios en la escala total del BEST), con un tamaño del efecto pequeño. Este podría ser un indicador del *tamaño del efecto del programa, específicamente para los rasgos límites de personalidad y para el nivel de Funcionamiento de la Personalidad*. Destacar que hemos podido comprobar la sensibilidad del BEST para detectar los cambios clínicos, tal como plantean sus autores (Pfohl et al., 2009).

11.2.6. El cambio en las Estrategias de Afrontamiento y de Regulación Emocional.

En relación a las Estrategias de Afrontamiento de los estresores, en el COPE-28, para el Grupo Total hay cambios significativos. De un lado realizan un aumento estadísticamente significativo, con un tamaño del efecto moderado, en el uso de estrategias de afrontamiento como la Planificación y la Aceptación de los problemas. Así mismo hay una reducción significativa de estrategias como la Negación, Autoinculpación y Uso de Sustancias, con un tamaño del efecto

mediano para la primera, pequeño para las dos últimas. Señalar que en el PRE, la Planificación se encontraba entre las que el grupo usaba con menor frecuencia y la Autoinculpación entre las que utilizaba con mayor frecuencia.

Al analizar los cambios en cada grupo, el TLP aumenta la planificación y la aceptación, con un tamaño del efecto moderado. Se redujo significativamente la negación y autoinculpación, esta última era para el subgrupo TLP significativamente mayor al inicio en comparación con el TPNE/TPM. No es significativo el cambio en el uso de sustancias para éste grupo, aunque sí lo era para el grupo global.

Por otra parte el subgrupo TPNE/TPM también hace cambios estadísticamente significativos. De un lado incrementa la Planificación, que en el PRE se encontraba entre las que usaba con menor frecuencia. De otro lado reducen significativamente el uso de la Negación. En ambos casos el tamaño del efecto es pequeño.

Observamos que posiblemente se confirman los resultados de otros estudios anteriores que relacionaban el COPE y los Dominios. Así al tiempo que se reduce la Afectividad Negativa, la Desinhibición y el Índice de Gravedad total en el PID-5, han aumentado en el COPE las estrategias activas/funcionales de afrontamiento, reduciéndose las evitativas/disfuncionales. Algunos autores sugieren que el uso de estas estrategias centradas en el problema y búsqueda de apoyo social, predicen la mejoría en los TP al año de seguimiento (Garriz, 2016), lo que nos hace tener esperanzas del mantenimiento en las mejoras producidas.

Señalar que algunas investigaciones han encontrado que la Terapia Cognitivo-Conductual, dirigida a aumentar las estrategias de afrontamiento del estrés, consigue aumentar la utilización de estas estrategias funcionales, pero además ayuda a regular las emociones y reducir las que están relacionadas con depresión y ansiedad, la preocupación y su interferencia con la vida cotidiana, todos ellos son aspectos relacionados con la dimensión neuroticismo/afectividad negativa. Incluso se plantea que la TCC orientada a las estrategias, llega a modificar otros de los rasgos del Big-Five, como el optimismo, la extraversión y la responsabilidad (Linares-Ortiz, Robles-Ortega, & Peralta-Ramírez, 2014). Tal vez la orientación Cognitivo-Conductual que hemos planteado, haya tenido que ver con los cambios observados en nuestra muestra, en la dirección que plantean estos autores.

Respecto las habilidades de regulación emocional, en el DERS se observan cambios significativos ($p < .01$), con un tamaño del efecto entre moderado ($d > .50$), y grande ($d > .80$), en las subescalas Rechazo, Descontrol e Interferencia, tanto para el Grupo Total, como para el subgrupo TPNE/TPM. Estas habían sido las subescalas en que mayores dificultades mostraban en el Pre-tratamiento. En el caso del subgrupo TLP, sólo se encuentra una diferencia significativa en “descontrol”, subescala en que había destacado significativamente al inicio frente el grupo TPNE/TPM.

Este resultado es importante si tenemos en cuenta que la escala muestra buena estabilidad temporal medida en el plazo de 6 meses (Hervás & Jodar, 2008), por lo que cabe atribuir los cambios a la intervención y el trabajo realizado por los pacientes.

Como dijimos la regulación emocional es una parte central del TLP (Linehan, 1993; Selby & Joiner, 2009), variable explicativa de las conductas autodestructivas. Así lo confirman los diferentes estudios que analizan su relación con conductas autolesivas no autolíticas (Somma, Sharp, Borroni, & Fossati, 2017), especialmente la subescala “rechazo” (Gratz & Roemer, 2004). Ambos aspectos, la regulación emocional y las conductas autodestructivas, se han visto mejoradas con el programa.

Otros autores planteaban la regulación emocional como un objetivo a abordar en los diferentes TP, relacionándola con los síntomas psicopatológicos y los problemas interpersonales asociados a estos (Dimaggio et al., 2017). También se han relacionado con sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y autoestima, incluso controlando el efecto de las variables de personalidad (Hervás & Jodar, 2008). Hemos podido comprobar que todos estos aspectos se han visto mejorados en nuestra muestra.

Por tanto con el programa estamos mejorando significativamente las habilidades de afrontamiento del estrés, así como las habilidades de regulación emocional de los pacientes. Este cambio tiene especial impacto en la *Afectividad Negativa*, dominio en que el grupo mostraba mayores necesidades de intervención al inicio del programa. Pero también suponen un importante impacto tanto en la *patología comórbida*, así como en el *funcionamiento de la personalidad*.

11.2.7. Los cambios en el Funcionamiento Personal y Social.

Para recoger las áreas de funcionamiento personal y social en que podían tener mayor dificultad, hemos utilizado el Test de Regulación de Conducta que incorpora el programa STEPPS, además de los ítems recogidos en la evaluación de la Calidad Percibida.

Observamos cambios significativos para el Grupo Total en 6 de las 8 áreas conductuales recogidas en el Test de Regulación de Conducta. Encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p < .01$), y un tamaño del efecto moderado ($d > .50$), para el cambio en las áreas de relaciones interpersonales, la de gestión del ocio y el manejo de las conductas autodestructivas. Destacar las dos primeras por ser las áreas en que mayor dificultad presentaba el grupo al inicio, la última afectaba más al subgrupo TLP.

Para el subgrupo TLP las diferencias son significativas ($p < .05$), tanto en las dificultades para manejar las conductas autodestructivas, como para gestionar el ocio, justamente aquellas en que había obtenido puntuaciones significativamente mayores en comparación con el grupo TPNE en el PRE. Señalar que aun no siendo significativa la diferencia, el tamaño del efecto es moderado para el cuidado de la salud física.

Por su parte el TPNE obtiene cambios significativos en las dificultades para el manejo de las relaciones interpersonales (donde tenía mayor dificultad), y en la gestión del dinero, ésta última era la única área en que obtenía mayor puntuación que el TLP en el pre.

Según la percepción de los pacientes en el Cuestionario de Satisfacción, su nivel de funcionamiento social e interpersonal (relaciones, autonomía, actividad y actividad doméstica, salidas), mejora para más del 60% de los casos.

Si recordamos lo que comentamos sobre las características de los TP y en concreto del TLP, los manuales señalan que las dificultades en el funcionamiento interpersonal son más estables que los propios rasgos y que permanecen aun cuando otros síntomas ya no son significativos (Gunderson, 2002; McMain et al., 2009; Zanarini et al., 2015). Además señalaban este aspecto como indicador del deterioro en el funcionamiento de la personalidad (DSM5, APA, 2014; Fórum de Salud mental y AIAQS, 2011). Incluso se han encontrado estudios con el PID-5

donde la gravedad de los rasgos evaluados al inicio del estudio predecían significativamente la disfunción psicosocial al año y medio (Wright et al., 2015).

Como hemos podido comprobar, también este es un parámetro modificable a través de la intervención. Por tanto no sólo los rasgos pueden variar con la intervención, sino también el grado de disfunción psicosocial. Probablemente a medida que los individuos mejoran o disminuyen gradualmente en términos de sus características patológicas, también lo hace su disfunción psicosocial. Lo que indica que hay una alta correlación entre ambos, como proponíamos al plantear la evaluación de la disfunción en el Funcionamiento de la Personalidad (Criterio A). Este resultado es consistente con estudios anteriores con el PID-5, donde los cambios en los dominios de Afectividad Negativa, Desapego y Desinhibición demostraron las asociaciones más consistentes con los cambios en el funcionamiento (Wright et al., 2015).

11.2.8. Satisfacción con el Programa y con los resultados.

Respecto la satisfacción con el programa y con los resultados obtenidos, destaca la percepción de mejoría relacionada con haber estado en un programa que consideran satisfactorio. Desde la perspectiva de los pacientes, el Programa Terapéutico es muy satisfactorio ($M = 9$), los talleres son muy útiles para más del 85%, y la información recibida sobre el Trastorno de Personalidad, Salud y Recursos es muy útil para más del 90%. Esto significa que perciben que la selección de los componentes terapéuticos era pertinente.

Para más del 60% el número de profesionales es adecuado y las instalaciones son accesibles, aunque inadecuadas. Perciben que el trato recibido es muy bueno ($M = 9$), la actitud de los profesionales es agradable, se sienten escuchados y ayudados en sus problemas, se muestran accesibles y es fácil la comunicación con ellos. Este dato orienta a que la formación del equipo, las habilidades terapéuticas y la sensibilidad a las necesidades individuales, son componentes relevantes y valorados en el programa terapéutico.

Por su parte, los familiares valoran que el servicio recibido es de calidad, cumple con sus expectativas, cubre sus necesidades, lo recomendarían, se sienten muy satisfechos con la ayuda y los servicios recibidos, y volverían a utilizar el recurso. Este dato sobre la satisfacción de pacientes y familiares sobre el

tratamiento es muy relevante, ya que no siempre son los resultados obtenidos con esta población, especialmente en TLP (Lana et al., 2013)

Sobre los **componentes del programa** que han valorado como más útiles, destacan sobre el formato su estructura, ser intensivo y su continuidad. Valoran la utilidad de las habilidades trabajadas, el clima terapéutico creado y la posibilidad de compartirlo con su entorno. Destacan el efecto terapéutico del formato grupal, ya que les ha aportado una visión de universalidad, normalización, apoyo, exposición, perspectiva, refuerzo, aprendizaje por modelado y generalización.

Parece que desde su perspectiva, se vuelve a confirmar lo acertado en la selección de los componentes terapéuticos. Además sobre el último punto, el efecto del formato grupal, señalar que se confirma lo que apuntábamos en el diseño de intervención, es un componente más dentro del programa terapéutico y por tanto es necesario considerarlo al evaluar los resultados de éste.

Los **aspectos** en que han encontrado que el programa les ha ayudado más, abarcan un amplio espectro: autodescubrimiento, comprensión de sí mismos y de sus problemas, regulación de sus emociones y de sus comportamientos, afrontamiento de problemas y lograr cambios concretos, así como sobrellevar las dificultades en general. Obtienen además una perspectiva de necesidad de continuar trabajando las habilidades para asentar y mejorar los cambios.

Con este resumen de los aspectos en que perciben que les ha ayudado más, obtenemos una buena perspectiva de las áreas sobre las que intervenimos. Todas ellas relacionadas directamente con el funcionamiento de la personalidad. Por ello, cobra especial relevancia haber podido fomentar la idea continuar trabajando más allá del programa de tratamiento.

VI- CONCLUSIONES

12. CONCLUSIONES

Para exponer las conclusiones finales, revisaremos los objetivos de la tesis y en qué medida los hemos ido consiguiendo en el desarrollo del presente trabajo. También las aportaciones que estos datos pueden suponer al trabajo clínico con los Trastornos de Personalidad, así como las limitaciones de la investigación.

En primer lugar, hemos podido comprobar la utilidad para la práctica clínica, de incorporar el Modelo Dimensional en el diagnóstico y orientación terapéutica de los trastornos de personalidad, como complemento y/o como alternativa del paradigma clásico categorial.

Como decíamos en la exposición de los modelos, hemos tenido en cuenta las ventajas e inconvenientes tanto del categorial como del dimensional-híbrido del DSM-5. Si bien no se trataba de analizar la validez de un modelo, entrando en una discusión teórica sin resolver aún por prestigiosos autores, sino de analizar su utilidad.

En la descripción de la muestra de pacientes que llegan a un recurso especializado como el Hospital de Día para personas con Trastorno de Personalidad de los Clústers B y C, hemos podido comprobar como en la práctica el 50% de casos son TLP, pero prácticamente el otro 50% tienen el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Mixto o No Especificado, es decir, muestran rasgos de varios trastornos de personalidad. Este dato es relevante ya que se trata de etiquetas diagnósticas poco específicas, que aportan poca información sobre las dificultades que la persona padece.

Cuando hemos utilizado el Modelo Dimensional/Híbrido que el DSM-5 expone en su Sección III, para este 50% de casos TPNE/TPM hemos podido realizar una descripción del Trastorno de Personalidad por Rasgos, que nos ha permitido diferenciarlos, así como identificar aspectos específicos sobre los que intervenir.

En segundo lugar, hemos podido comprobar la *utilidad de un instrumento específico como el PID-5* en su aplicación práctica, para describir perfiles de personalidad, realizar diagnósticos específicos (en el caso del TLP), detectar las

principales necesidades terapéuticas de toda la muestra y evaluar los resultados de nuestra intervención.

Hemos comprobado en nuestra investigación, que a través del PID-5 se detectan diferentes *perfiles* en las personas derivadas, en función de los diagnósticos por los que son derivados. En esta identificación de perfiles, el instrumento ha resultado útil para *discriminar* entre trastornos, y con ello hemos comprobado su utilidad para orientar *diagnósticos* específicos como el Trastorno Límite de Personalidad. En este punto hemos podido comparar su utilidad también como instrumento de screening frente otro basado en el modelo categorial (IPDE).

Nos ha resultado práctico identificar a través del PID-5, las dimensiones y facetas que requieren *intervención* tanto el Grupo Total (basados en los rasgos), como cada uno de los subgrupos diagnósticos. Como esperábamos, esta información nos ha orientado sobre los componentes necesarios a incluir en el programa terapéutico para esta población. Desde aquí se derivaba la relevancia de abordar la regulación emocional y conductual (Afectividad Negativa y Desinhibición).

En tercer lugar planteábamos comprobar la utilidad del PID-5 en combinación con otros instrumentos, para *evaluar los resultados* obtenidos con *un programa de intervención dirigido a TP*, en régimen de Hospital de Día, que se ha implantado en la red asistencial sanitaria pública en San Juan de Alicante, basado en el modelo dimensional.

Para ello hemos comenzado describiendo la Muestra de pacientes derivados a HD, encontrando que el “perfil sociodemográfico prototipo” de los pacientes son mujeres, menores de 40 años, que viven en domicilio familiar, con estudios de nivel básico o medio, en situación de desempleo, sin ingresos económicos propios y hasta un 26% tiene el reconocimiento de discapacidad.

Respecto al “perfil clínico”, el diagnóstico principal de los pacientes admitidos era Trastorno Límite de Personalidad para el 51%, Trastorno de Personalidad No Especificado o Trastorno Especificado Mixto para el 47%. Entre las características clínicas de esta muestra, el 65% presentaba al menos un trastorno comórbido, fundamentalmente Trastornos del Estado de Animo de tipo depresivo, Trastornos por Uso de Sustancias y Trastornos de Ansiedad. Se

observaban diferencias en la distribución por sexos, edades y trastornos comórbidos entre ambos subgrupos (TLP vs TPNE/TP Mixto).

Después hemos descrito *el programa de intervención* que se ha implantado en el Hospital de Día de la red asistencial pública, dirigido a Trastornos de Personalidad del Clúster B y C. Se trata de un programa multicomponente, con intervenciones individuales y grupales, para el paciente y los familiares. Un equipo multidisciplinar realiza un abordaje individualizado en función de las necesidades bio-psico-sociales específicas del paciente. El modelo de base es dimensional y la orientación terapéutica Cognitivo-Conductual.

En la descripción de los componentes del programa, hemos destacado la selección de algunos “subprogramas” como el STEPPS y la Terapia Icónica, formulados para personas con “inestabilidad emocional” y específicamente dirigidos a trabajar la regulación emocional abordando con ello la Afectividad Negativa. Se dirigen también a abordar el autocontrol de la Desinhibición/Impulsividad. En definitiva se han seleccionado programas dirigidos a los rasgos patológicos que destacaban en la muestra desde el PID-5.

Finalmente hemos *evaluado los resultados* del tratamiento. Hemos podido comprobar la capacidad del PID-5 para *evaluar los resultados* del programa, ya que se ha puesto de manifiesto, que se producen cambios en todos los dominios y facetas del instrumento. Que este cambio es estadísticamente significativo en 4 dimensiones, afecto negativo, desapego, desinhibición y psicoticismo, siendo el tamaño del efecto moderado para desinhibición. También es significativo el cambio en 13 facetas del PID-5 tras el programa, concretamente en facetas en las que el grupo total puntuaba más alto al inicio labilidad, ansiedad, depresión, anhedonia e impulsividad.

Estos cambios implican que se ha incidido en “rasgos centrales” en el Trastorno Límite de Personalidad según el Modelo Dimensional. Tomando como índice de gravedad el promedio de las facetas, encontramos un cambio significativo, con un tamaño del efecto moderado, tanto en el grupo general como por subgrupos diagnósticos, siendo mayor para el subgrupo TPNE/TP Mixto. Podríamos decir que este es el efecto del programa para los rasgos de personalidad en los Clústers B y C, así como para el Nivel de Funcionamiento de la Personalidad.

Destacar el tamaño del efecto producido en las Facetas ansiedad, depresión, anhedonia, ya que como vimos en la descripción del perfil de la muestra al inicio, un alto porcentaje presentaba trastornos comórbidos relacionados con estas facetas. Esto vendría a significar que el programa también ha incidido en la patología comórbida, además de forma significativa y con un tamaño del efecto moderado.

A través del BEST, hemos podido comprobar como los síntomas y rasgos característicos del Trastorno Límite (cognitivos, afectivos y conductuales), han cambiado significativamente tras el tratamiento. Tanto en el Grupo Total como por diagnósticos, se ha visto reducida la sintomatología relacionada con los síntomas cognitivos y afectivos, aumentando las conductas de afrontamiento de los síntomas. El subgrupo límite específicamente ha visto además una reducción de las conductas de hacerse daño o intentar suicidarse. Con la escala global de sintomatología, encontramos que se ha reducido significativamente la gravedad total del cuadro en toda la muestra. Este podría ser un indicador del *efecto del programa en los rasgos de personalidad específicos tipo límite* y en nivel de *funcionamiento de la personalidad en general*.

De cara al programa, esto vendría a significar que habernos centrado en rasgos centrales (dimensional), en lugar de etiquetas diagnósticas (categorial), para seleccionar componentes terapéuticos relacionados con regular sus emociones intensas y comportamientos desadaptativos, ha sido una buena decisión terapéutica.

Hemos observado mediante el COPE-28, cómo incrementan estrategias activas y funcionales de *afrontamiento del estrés, especialmente la planificación*, reduciendo significativamente estrategias evitativas, así como la autoinculpación. En las habilidades de regulación emocional, se observa con el DERS una reducción significativa del rechazo, descontrol e interferencia producida por las emociones en su vida cotidiana, aspectos que al inicio se planteaban como objetivos a intervenir. Hemos podido ver la relación que otros autores establecían entre estas estrategias y habilidades, con diversos rasgos y dominios de la personalidad, así como con la patología comórbida más frecuente en nuestra muestra.

Además encontramos como resultado del programa, cambios estadísticamente significativos en áreas importantes del funcionamiento psicosocial, en las que tenían dificultades al inicio. Así con el Test Regulación de Conducta, encontramos una reducción de las dificultades en la relación interpersonal y en la gestión del ocio, el grupo TPNE/Mixto también mejora en la gestión del dinero, y el grupo TLP reduce significativamente la dificultad para manejar conductas autodestructivas. Según la percepción de los pacientes en el cuestionario de satisfacción, su nivel de funcionamiento social e interpersonal (relaciones, autonomía, actividad y actividad doméstica, salidas), mejora para más del 60% de los casos.

Si unimos los resultados en el PID-5 sobre el indicador de gravedad global y los del BEST relacionados con la gravedad total de los síntomas, la reducción de síntomas graves como intentos suicidas y autolesiones, el cambio en las conductas autodestructivas en el test de regulación de conductas, los datos comentados sobre la reducción de los ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias, así como los cambios en el funcionamiento social e interpersonal, podríamos extraer algunas conclusiones relevantes.

Podemos decir que estamos incidiendo al menos con un tamaño del efecto moderado, en mejorar el *Funcionamiento de la Personalidad* del sujeto, Criterio A en el modelo dimensional. Podemos también decir que utilizando los indicadores objetivos sugeridos por diversos autores, obtenemos resultados significativos sobre la gravedad del trastorno.

Además siguiendo un modelo basado en la *Terapia Cognitivo-Conductual*, opuestamente a las conclusiones extraídas en diferentes revisiones sobre los tratamientos, obtenemos resultados al menos similares a los obtenidos con enfoques terapéuticos distintos, como es la TDC o en régimen de hospital de día la Terapia Basada en la Mentalización, que eran las que mejores resultados obtenían en estos indicadores, (Lana et al., 2013).

Finalmente hemos querido incluir la evaluación de la Calidad del Programa desde la perspectiva de los pacientes, de forma cuantitativa y cualitativa. En la valoración que hacen del programa del Hospital de Día, destacan componentes terapéuticos y de la relación terapéutica, pero también un importante componente que va más allá del contenido del programa, es el efecto terapéutico del grupo. Destaca la percepción de mejoría relacionada con haber estado en un programa

que consideran satisfactorio y esta opinión es compartida por los familiares. En cierta manera, este programa de tratamiento ayudó a los sujetos a comprender mejor su trastorno de personalidad y les dio las habilidades para enfrentarlo. También les ha proporcionado apoyo social, esperanza y alianza terapéutica, que son factores comunes que pueden ser responsables del beneficio de la terapia.

En definitiva, *el programa* presentado se ha mostrado *pertinente* al abordar las dificultades destacadas en el grupo. También *eficaz*, al conseguir cambios significativos en síntomas graves y centrales para los trastornos que nos ocupan. Ha mostrado *efectividad*, ya que ha conseguido mejoras en áreas de funcionamiento psicosocial, más allá de los síntomas centrales, y todo ello en un contexto real. Se ha mostrado *eficiente*, al reducir el número de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, además de asegurar la necesaria continuidad del tratamiento y todo ello en un tiempo promedio de 6 meses de tratamiento, con la reducción en costes socio-sanitarios que ello implica. Finalmente se ha mostrado *satisfactorio y de calidad* tanto para los pacientes como para las familias.

Entre las **aportaciones** que hemos pretendido con la presente Tesis destacar las siguientes.

Con lo expuesto en el desarrollo de la tesis, el Modelo Dimensional-Híbrido del DSM5 se muestra útil para abordar los Trastornos de Personalidad en la práctica clínica, especialmente para los casos diagnosticados como Trastorno Mixto o No Especificado de la Personalidad.

El PID-5 se ha mostrado como una útil herramienta para operativizar el modelo, permitiéndonos la descripción de perfiles, orientando el diagnóstico, diferenciando entre trastornos, señalando las necesidades terapéuticas de esta población, y por su sensibilidad a los cambios nos ha servido para la evaluación de los resultados terapéuticos sobre rasgos específicos.

Un programa terapéutico específico, multidisciplinar, multicomponente, centrando en los rasgos como objetivo desde un enfoque dimensional, con una orientación Cognitivo-Conductual, estructurado, intensivo, combinando la intervención individual con la grupal, con el sujeto y la familia, y con una duración promedio de 6 meses, puede conseguir resultados significativos, con un tamaño del efecto moderado tanto en los TP en general como en subgrupos específicos, caso del TLP y TPNE/TPM.

Describir el perfil de rasgos de las personas que presentan menor adherencia, relacionados fundamentalmente con las Dimensiones Psicoticismo y Antagonismo, nos ayuda a observar necesidades específicas a tener en consideración de cara a plantear programas para esta población, también a plantear posibles cambios a realizar en un programa como el presentado. Por otra parte, observar las variables que inciden en la demanda de tratamiento y en la adherencia a éste (el sexo, la edad y la patología comórbida), nos plantea la necesidad de considerar subprogramas específicos, por ejemplo para Patología Dual.

Abordar con este enfoque a pacientes diagnosticados como Trastorno de Personalidad Mixto o Trastorno de Personalidad No Especificado, ha supuesto aventurarnos a observar qué sucede con un grupo habitualmente excluido en las investigaciones, pero tan frecuente en la práctica diaria. Este enfoque ha permitido orientar la intervención y en nuestro caso obtener resultados significativos, con un tamaño del efecto moderado, mayor que el obtenido en un trastorno específico como el TLP.

En relación a los pacientes TLP, como hemos visto se incide de forma significativa en los rasgos centrales que definen el trastorno. De algún modo contribuimos a desvanecer la convencional idea sobre éstos pacientes, en relación a que tienen un curso crónico e inestable y que no se benefician de las terapias.

Llegados a este punto sería recomendable revisar algunas de las **limitaciones** de este proyecto de investigación.

La principal limitación de la tesis es el pequeño tamaño de la muestra, ya que esto ha condicionado las posibilidades de análisis estadístico, así como poder extrapolar las conclusiones obtenidas. Si bien en parte el motivo de este pequeño tamaño es debido a las dificultades observadas en la adherencia para esta población. Este es el principal obstáculo con el que también se han encontrado otros investigadores en el área. No obstante la investigación seguirá en marcha ya que se incorpora en el trabajo cotidiano con éstos pacientes del Hospital de Día.

Otra de las limitaciones es no tener datos relacionados con el mantenimiento de los resultados tras el alta del HD; esta limitación podremos suplirla parcialmente con aquellos que continúen con el STAIRWAYS una vez evaluados los resultados.

En relación a los resultados del programa, queda pendiente conocer las variables que caracterizan a aquellos sujetos que se benefician en mayor medida, para compararlos con aquellos que lo hacen menos aun habiendo completado el programa.

Y finalmente, en relación a la satisfacción con los resultados, se ha medido con aquellos que han finalizado el programa, pero tal vez nos interese conocer la opinión de aquellos que no lo finalizan para tener una visión más completa.

Aun así y para concluir, lo más destacable para mí como psicólogo que trabaja en el día a día con estas personas, ha sido la percepción que tienen los pacientes al finalizar el tratamiento, de mejoría y de satisfacción con el trabajo que realizamos. Pero sobretodo constatar que les ayudamos a comprender mejor sus problemas y a sí mismos, a ser y sentirse mejor con ellos mismos y con los demás, y a tomar las riendas de sus vidas para convertirlas en "vidas de mejor calidad".

VII- REFERENCIAS

REFERENCIAS

Abramson, L.Y., Seligman, E.P., & Teasdale, J.D. (1978). «Learned helplessness in humans: Critique and reformulation». *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74. PMID 649856. doi:10.1037/0021-843X.87.1.49.

Al-Dajani, N., Gralnick, T.M., & Bagby, R.A. (2016). A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current Status and Future Directions. *J Pers Assessment.*, 98(1), 62-81. doi: 10.1080/00223891.2015.1107572.

Alesiani, R., Boccalon, S., Giarolli, L., Blum, N., & Fossati, A. (2014). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): program efficacy and personality features as predictors of drop-out -- an Italian study. *Compr Psychiatry.*, May, 55(4), 920-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.01.003.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Editorial Panamericana. 5ª edición.

Anderson, J.L., Sellbom, M., Bagby, R.M., Quilty, L.C., Veltri, C.O., Markon, K.E., & Krueger, R.F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment.*, Jun, 20(3), 286-94. doi: 10.1177/1073191112471141.

Anderson, J.L., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R., & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Res.*, May, 216(3), 363-72. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.007

Bados, A., & Garcia, E. (2009). "El proceso de evaluación y tratamiento". Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

Bagby, R. M., & Widiger, T. A. (2018). Five Factor Model personality disorder scales: An introduction to a special section on assessment of maladaptive variants of the five factor model. *Psychological Assessment*, 30(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000523>

Ball, S.A., & Young, J.E. (2000). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270–281. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80083-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80083-8)

Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev.*, Jul, 32(5), 400-12. doi: 10.1016/j.cpr.2012.04.004.

Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.*, May, 123(5), 327-38. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x.

Barrachina, J., Soler, J., Campins, M.J., Tejero, A., Pascual, J.C., Álvarez, E., et al. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr.*, 32(5), 293-8

Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G, ... De Hert, M. (2016). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment.*, Feb, 23 (1), 42-51 doi: 10.1177/1073191115575069.

Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders.*, 18(1), 36–51. PMID: 15061343

Bateman, A.W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2016). Tratamiento del trastorno de la personalidad. *RET, Revista de Toxicomanías.*, 77.

Bausela, E. (2005). «Modelos alternativos de evaluación de la personalidad: Modelo de los cinco factores, Modelo 16 PF y otros» (PDF). *Avances en Salud Mental Relacional (Fundación OMIEA)*, 4 (2), 12-16. ISSN 1579-3516.

Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., & cols. (2005). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. 2ª Ed. Barcelona: Paidós.

Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47(2), 343-52. PMID: 469082

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Ranieri, W.F. (1988). Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol.*, 44(4), 499-505. PMID: 3170753

Belloch, A., & Fernández-Alvarez, H. (2002). *Trastornos de Personalidad*. Síntesis, Madrid.

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (Eds.). (1995). *Manual de Psicopatología*. Vol.2, capítulos 16 y 17. McGraw Hill Interamericana, Madrid.

Ben-Porath, Y.S., & Tellegen, A. (2008). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-RF*. University of Minnesota Press

Bermúdez, J., Pérez-García, A.M., Ruiz, J.A., Sanjuán, P., & Rueda, B. (2011). *Psicología de la Personalidad*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid

Berrío, J., & González, M. (2017). Revisión bibliográfica de los tratamientos aplicados al trastorno límite de la personalidad en los últimos 10 años. *Revista electrónica PSICONEX*, Medellín, Colombia. 9(15).

Besteiro, J.L., Lemos, S., Muñiz, J., García-Cueto, E., Inda, M., Paíno, M., & Roces, M. (2004). Validez de constructo de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. *Int J Clin Health Psychol*, 4(2), 255-269. ISSN 1697-2600

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & St John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 193-210. <https://doi.org/10.1023/B:JOCP.0000036630.25741.83>

Black, D.W., Allen, J., St. John, D., Pfohl, B., McCormick, B., & Blum N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand.*, Jul, 120(1), 53-61. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01340.x

Blanco, M., Díaz, M.C., Remesal, R., Soriano, M.F., & Mena, A.L. (2018). Tratamientos basados en la evidencia para el Trastorno Límite De Personalidad. *Boletín Psicoevidencias*, Abril. nº 50. ISSN 2254-4046

Blum, N., Pfohl, B., St John, D., Monahan, P., & Black, D.W. (2002). STEPPS: A cognitive behavioral systems based group treatment for outpatients with

borderline personality disorder-A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301–310. PMID: 12107867

Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., et al. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 165(4), 468-78. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07071079.

Boccalon, S., Alesiani, R., Giarolli, L., & Fossati, A. (2017). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving Program and Emotion Dysregulation: A Pilot Study. *J Nerv Ment Dis.*, Mar, 205(3), 213-216. doi: 10.1097/NMD.0000000000000640.

Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Chapman, A.L., Kuhler, T., & Stieglitz, R.D. (2008). Short Version of Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. doi: 10.1159/000173701

Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Chapman, A.L., Kuhler, T., & Stieglitz, R.D. (2007) Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126-32. doi:10.1159/000098493

Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* Jun 13(6), CD009353. doi: 10.1002/14651858.CD009353.pub2.

Brettschneider, C., Riedel-Heller, S., & König, H.H. (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PLoS One.*, Sep, 29, 9(9), e107748. doi: 10.1371/journal.pone.0107748.

Buela, G., Sierra, J. C., & García, C. (1997). *Evaluación de los rasgos psicológicos. Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones.* España: Siglo XXI. pp. 829-832. ISBN 8432309532

Burgal, F., & Pérez, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, Vol. 38(2), 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>

Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605

- Caballo, V. (Coord.). (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, Evaluación y Tratamiento*. Síntesis, Madrid.
- Caballo, V., Buela-Casal, G., & Carroble, J.A. (Eds.). (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol.2, capítulos 1 a 6. Siglo XXI, Madrid.
- Calvo, N., Valero, S., Sáez-Francàs, N., Gutiérrez, F., Casas, M., & Ferrer, M. (2016). Borderline Personality Disorder and Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Dimensional personality assessment with DSM-5. *Compr Psychiatry*, Oct, 70, 105-11. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.07.002.
- Carver, C. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. PMID: 2926629
- Carver, C., & Scheier, M. (1997). *Teorías de la Personalidad*. Mexico D.F.: Prentice Hall.
- Caspi, A., Roberts, B.W., & Shiner, R.L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141913
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2007). Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychother Psychosom*, 76 (6), 347-53. doi: 10.1159/000107562
- Clark, L.A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN (US): University of Minnesota Press.
- Clark, L.A., & Ro, E. (2014). Three-Pronged Assessment and Diagnosis of Personality Disorder and its Consequences: Personality Functioning, Pathological Traits, and Psychosocial Disability. *Personal Disord.*, Jan, 5(1), 55-69. doi: 10.1037/per0000063
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.922>
- Cloninger, C.R. (1999). *The temperament and character inventory-revised*. St Louis, MO (US): Center for Psychobiology of Personality. Washington University.

Cloninger, C.R., & Ortiz, M.E. (2003). *Allport: Teoría personológica de los rasgos. Teorías de la personalidad* (México: Pearson educación). p. 211. ISBN 9789702602286

Cloninger, C.R., & Svrakic, D.M. (1994). Differentiating normal and deviant personality by the seven-factor personality model. En S. Strack & M. Lorr (eds.). *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer.

Coccaro, E.F., Naylor, H., & McCloskey, M.S. (2012). Personality disorder--not otherwise specified evidence of validity and consideration for DSM-5. *Compr Psychiatry, Oct, 53(7)*, 907-14. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.03.007.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Routledge Academic.

Colligan, R.C., Morey, L.C., & Offord, K.P. (1994). The MMPI/MMPI-2 Personality Disorder scales: contemporary norms for adults and adolescents. *J Clin Psychol, 50(2)*, 168-200. PMID: 8014240

Consejería de Salud. (2006). *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Costa, P. & McCrae, R. (1992a). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4(1)*, 5-13.

Costa, P. & McCrae, R. (1992b). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI - R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

Costa, P., & McCrae, R. (1988). Personality in adulthood: a six year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on de NEO personality inventory. *Journal of Personality and Social Psychology, 54(5)*, 853-863

Costa, P., & McCrae, R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders, 4(4)*, 362-371. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.362>

Costello, C.G. (1996). The advantages of focusing on the personality characteristics of personality disordered. En C.G. Costello (ed.). *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: John Wiley & Sons.

Crego, C., Gore, W.L., Rojas, S.L., & Widiger, T.A. (2015). The discriminant (and convergent) validity of the Personality Inventory for DSM-5. *Personal Disord. Oct, 6(4)*, 321-35. doi: 10.1037/per0000118.

Crespo, M., & Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta, 23(92)*, 797-830.

Cuevas, C., & López, A. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12, 1*, 97-114. Recuperado de <http://www.ijpsy.com>

Cuevas-Yust, C., Dorado, R., Hervás, A., Laviana, M., Martínez, M., Navarrón, E., Perona, S., & Ramos, J. (2001). Memoria de la investigación de la valoración de la URA a través de la opinión de los pacientes. Documento no publicado, Servicio Andaluz de Salud.

Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord, 20 (5)*, 450-65. doi: 10.1521/pedi.2006.20.5.450

Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J., Palmer, S., et al. (2006). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample. *J Pers Disord., 20(5)*, 431-49. doi: 10.1521/pedi.2006.20.5.431

Deary, I.J., Peter, A., Austin, E., & Gibson, G. (1998). Personality traits and personality disorders. *British Journal of Psychology, 89(4)*, 647-661. PMID: 9854807

Dhillon, S., Bagby, R.M., Kushner, S.C., & Burchett, D. (2016). The Impact of Underreporting and Overreporting on the Validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): A Simulation Analog Design Investigation. *Psychol Assess. Jul 14*. [Epub ahead of print]

Dimaggio G., Popolo R., Montano A., Velotti P., Perrini F., Buonocore L., ... Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms, and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in

an outpatient sample. *Psychol Psychother., Dec, 90(4), 586-599.* doi: 10.1111/papt.12126.

Dowson, J.H., & Berrios, G.E. (1991). Factor structure of the DSM-III-R personality disorders shown by self-report questionnaire. Implications for classifying and assessing personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84(6), 555-560.* <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03194.x>

Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014) Aportaciones y limitaciones del DSM5 desde la psicología clínica. *Terapia psicológica, 32(1), 65-74.* ISSN-e 0716-6184

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 19(3), 247-256.* ISSN 0327-6716

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica, 32(3), 255-264.* ISSN-e 0716-6184

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría, 43(5), 177-186.* ISSN 1139-9287

Fernández-Guerrero, M.J., & Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clínica y Salud, 28(3), 147-153.* <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.002>

Ferrero, A., Simonelli, B., Fassina, S., Cairo, E., Abbate-Daga, G., Marzola E., & Fassino S. (2016). Psychopathological Functioning Levels (PFLs) and their possible relevance in psychiatric treatments: a qualitative research project. *BMC Psychiatry, Jul 20;16, 253.* doi: 10.1186/s12888-016-0940-4.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS 4th edition.* SAGE publications: Los Angeles.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Benjamin, L. (1997). *The structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II).* Arlington, VA (US): American Psychiatric Press.

Fórum de Salut Mental y AIAQS, (coord.). (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad.* Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació

i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Fossati, A., Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Markon, K.E., & Krueger, R.F. (2016). A Head-to-Head Comparison of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) With the Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4) in Predicting the General Level of Personality Pathology Among Community Dwelling Subjects. *J Pers Disord.*, Feb, 30(1), 82-94. doi: 10.1521/pedi_2015_29_184.

García, L. (2007). *Reconstrucción histórica de algunas cuestiones psicológicas. Breve historia de la Psicología*. Madrid: Siglo XXI.

García, M.T., Martín, M.F., & Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 30 (2), 263-278. Versión On-line ISSN 2340-2733. Versión impresa ISSN 0211-5735

Garriz, M. (2016). *Personalidad, resultado biográfico y afrontamiento*. Universidad Autonoma de Barcelona. Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal. Tesis Doctoral. ISBN: 9788449068904

Glenn, C.R., & Klonsky, E.D. (2009) Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *J Pers Disord.*, Feb, 23(1), 20-8. doi: 10.1521/pedi.2009.23.1.20

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1989). Detección de la ansiedad y ladepresión en el marco de la medicina general. *Br Med J* (ed. esp.), 4(2), 49-53

Goldberg, L.R. (1990). An alternative description of personality: The Big-Five factors structure. *Journal of Personality and Social Psychology.*, 59(6), 1216-1229. PMID: 2283588

Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: the role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, jun, 42(7), 550-559. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.05.011

Gratz, K., & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.*, 26, 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.

Gratz, K.L., Moore, K.E., & Tull, M.T. (2016). The role of emotion dysregulation in the presence, associated difficulties, and treatment of borderline personality disorder. *Personality Disorder., Oct, 7(4)*, 344-353. doi: 10.1037/per0000198

Griffin, S.A., & Samuel, D.B. (2014). A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: comparison with the Five-Factor Model. *Personal Disord., Oct, 5(4)*, 406-12. doi: 10.1037/per0000074. Epub 2014 Jun 2.

Gunderson, T.G. (2002). *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica*. Ars Médica, Barcelona.

Gutiérrez, F., & Vilar, A. (2014). Trastornos de la personalidad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom, 50 (110)*, 49-52

Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J.M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E.,... and Krueger R.F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment, Apr, 24(3)*, 326-336. doi: 10.1177/1073191115606518. Epub 2016 Jul 28.

Gutiérrez-Zotes, J.A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gallego, E., Bailles, E., Torres, X., et al. (2008). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *J Pers Disord., 22(4)*, 389-404. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.389>

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol., 32(1)*, 50-5.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol., 6(4)*, 278-96.

Harkness, A.R., McNulty, J.L., & Ben-Porath, Y.S. (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. *Psychological Assessment, 7(1)*, 104-114. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.1.104>

Helle, A.C., Trull, T.J., Widiger, T.A., & Mullins-Sweatt, S.N. (2016). Utilizing Interview and Self-Report Assessment of the Five-Factor Model to Examine Convergence With the Alternative Model for Personality Disorders. *Personal Disord., Mar, 17*. [Epub ahead of print]

Hengartner, M. P., de Fruyt, F., Rodgers, S., Müller, M., Rossler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). An integrative examination of general personality

dysfunction in a large community sample. *Personal. Ment. Health* 8, 276–289. doi: 10.1002/pmh.1263

Hengartner, M.P. (2015). The detrimental impact of maladaptive personality on public mental health: a challenge for psychiatric practice. *Front. Psychiatry*, 6, 87. doi: 10.3389/fpsyt.2015.00087

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 347-372. ISSN 1132-9483

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. Versión On-line ISSN 2174-0550. Versión impresa ISSN 1130-5274

Hill, N., Geoghegan, M., & Shawe-Taylor, M. (2016). Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, Aug, 23(6-7), 347-56. doi: 10.1111/jpm.12315. Epub 2016 Jun 28.

Horn, E.K., Bartak, A., Meerman, A.M., Rossum, B.V., Ziegler, U.M., Thunnissen, M.... Verheul, R. (2015). Effectiveness of Psychotherapy in Personality Disorders Not Otherwise Specified: A Comparison of Different Treatment Modalities. *Clin Psychol Psychother.*, Sep-Oct, 22(5), 426-42. doi: 10.1002/cpp.1904.

Hyer, S.E. (1994). *Personality Questionnaire PDQ-4+*. New York, NY (US): New York State Psychiatric Institute.

Johnson, J.G., First, M.B., Cohen, P., & Kasen, S. (2008). Development and validation of a new procedure for the diagnostic assessment of personality disorder: the Multidimensional Personality Disorder Rating Scale (MPDRS). *J Pers Disord.*, 22(3), 246-58. doi: 10.1521/pedi.2008.22.3.246.

Johnson, J.G., First, M.B., Cohen, P., Skodol, A.E., Kasen, S., & Brook, J.S. (2005). Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *Am J Psychiatry*, Oct, 162(10), 1926-32. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1926

Jopp, A.M., & South S.C. (2015). Investigating the Personality Inventory for DSM-5 using self and spouse reports. *J Pers Disord., Apr, 29(2)*, 193-214. doi: 10.1521/pedi_2014_28_153. Epub 2014 Aug 7.

Keeley, J.W., Webb, C., Peterson, D., Roussin, L., & Flanagan, E.H. (2016). Development of a Response Inconsistency Scale for the Personality Inventory for DSM-5. *J Pers Assess., Jul-Aug, 98(4)*, 351-9. doi: 10.1080/00223891.2016.1158719. Epub 2016 Apr 6.

Kirchner, T., Torres, M., & Forns, M. (1998). «El modelo de rasgos». *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós Ibérica. pp. 25-28. ISBN 9788449305597.

Koenigsberg, H.W., Harvey, P.D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M.,... Siever, L.J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159(5)*, 784-788. doi: 10.1176/appi.ajp.159.5.784

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477-501. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732. Epub 2013 Dec 9.

Krueger, R.F., & Eaton, N.R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personal Disord, 1(2)*, 97-118. doi:10.1037/a0018990

Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., & Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological. Medicine, 42(9)*, 1879-1890. doi: 10.1017/S0033291711002674

Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., & Skodol, A.E. (2014). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)—Adult*. American Psychiatric Association

Krueger, R.F., Eaton, N.R., Clark, L.A., Watson, D., Markon, K.E., Derringer, J., & Livesley, W.J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25(2)*, 170-191. doi: 10.1521/pedi.2011.25.2.170.

Lana, F., & Fernández-SanMartín, M.I. (2013). ¿Hasta qué punto las psicoterapias específicas para el trastorno límite de la personalidad son eficaces? Una revisión sistemática de los estudios controlados aleatorizados publicados. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(4), 242-52

Lana, F., Fernández, M.I., Sánchez, C., & Bonet, E. (2008) Estudio de los trastornos de personalidad y de la utilización de servicios en la población clínica atendida en la red de salud mental de un sector sanitario. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(6) 331-6.

Larsen, R.J., & Buss, D.M. (2005). Introducción a la psicología de la personalidad. En: R.J. Larsen y D.M. Buss (Eds.). *Psicología de la personalidad: Dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. (pp. 2-23). 2da. ed. México: McGraw Hill Interamericana.

Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., & Stepanovic, J. (2011). Stress and personality. *Psychiatrike*, 22, 290-7. PMID: 22271841

Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185(4), 240-246. PMID: 9114809

Linares-Ortiz, J., Robles-Ortega, H., & Peralta-Ramírez, M.I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de Psicología, enero*, 30(1), 114-122. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.136281>

Linehan, M.M. (2003). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. 1ªEd. Madrid: Paidós.

Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess.*; 18(3), 303-12. doi: 10.1037/1040-3590.18.3.303

Livesley, W.J., & Jackson, D.N. (2002). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*. Port Huron, MI: Sigma Press.

Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Jackson, D.N., & Jang, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6-17. PMID: 8040482

Lloyd, E.E., Kelley, M.L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates [póster]. A: 30th Annual Meeting Society for Behavioral Medicine. New Orleans, LA (US); July.

López-Ibor, J.J., Pérez, A., & Rubio, V. (Coord.). (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad, Modulo DSM-IV*. OMS.

López-Santín, J. M., Molins, F., & Litvan, L. (2013). Trastornos de personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica. (Personality disorders in DSM-5. A critical approach.) *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 33 (119), 497-510 doi: 10.4321/S0211-57352013000300003

Loranger, A.W. (1997). International personality disorder examination (IPDE). En A.W. Loranger, A. Janca & N. Sartorius (eds.). *Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.

Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51(3), 215-24.

Maffei, C., Fossai, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structures clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284. PMID: 9348491

Marin, M., Robles, R., González-Forteza, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades Psicométricas de la Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.

Markon, K.E., Quilty, L.C., Bagby, R.M., & Krueger, R.F. (2013). The development and psychometric properties of an informant-report form of the personality inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment*, Jun, 20(3), 370-83. doi: 10.1177/1073191113486513. Epub 2013 Apr 23

Marqués, S., Barrocas, D., & Rijo D. (2017). Intervencões Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. *Acta Med Port, Apr, 30(4), 307-319*. <https://doi.org/10.20344/amp.7469>

McCrae, R. & Terracciano, A. (2005). Universal Features of Personality from the Observer's Perspective: Data from 50 Cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 88(3), 547-561*. doi: 10.1037/0022-3514.88.3.547

McCrae, R. (2001). Trait Psychology and Culture: Exploring Intercultural Comparison. *Journal of Personality, 69 (6), 819-847*. PMID: 11767820

McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., & Streiner, D.L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166, 1365-1374*. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010039.

Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, ME., & Grenyer, BF. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One, Mar 1,12(3), e0171592*. doi: 10.1371/journal.pone.0171592. eCollection 2017.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Ed. Paidós. Barcelona

Millon, T. (2000). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Millon, T., Millon, C., & Davis, R. (2006). *MCMII-III Manual*. Minneapolis (US): National Computer Systems.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Guías De Práctica Clínica en el SNS.

Montgomery, S.A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry., 134, 382-9*.

Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica, 9 (2), 543-552*. Recuperado a partir de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/285>

Morey, L. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: an examination of convergence, coverage and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573-577. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.573>

Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto (I). Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Madrid: Ediciones Pléyades.

Mulder, R.T., & Joyce, P.R. (1997). Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine*, 27, 99-106. PMID: 9122314

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Ng, F.Y., Bourke M.E., & Grenyer, B.F. (2016). Recovery from Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Perspectives of Consumers, Clinicians, Family and Carers. *PLoS One*, Aug, 11(8), e0160515. doi: 10.1371/journal.pone.0160515. eCollection 2016.

Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I., & Michel, B.D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.*, 19(3), 309-17. Doi: 10.1037/1040-3590.19.3.309

O'Boyle, M. (1995). DSM-III-R and Eysenck personality measures among patients in a substance abuse programme. *Personality and Individual Differences*, 18(4), 561-565. doi: 10.1016/0191-8869(94)00180-Z

Organización Mundial de la Salud. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)- DSM-IV module*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *International Classification of functioning, disability and health (ICF). Short version*. Ginebra.

Pagan, J.L., Oltmanns, T.F., Whitmore, M.J., & Turkheimer E. (2005). Personality disorder not otherwise specified: searching for an empirically based diagnostic threshold. *J Pers Disord.* Dec, 19(6), 674-89. doi: 10.1521/pedi.2005.19.6.674

Pelechano, V. (1993). *Personalidad: un enfoque histórico-conceptual*. Ed Promolibro, Valencia.

Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J.C., Campins, M.J., Puigdemont D, et al., (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(4), 229-35. PMID: 17592784

Pérez-Álvarez, M., Fernández, JR., Fernández, C. & Amigo, I. (coord.) (2009). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I y II*. Ed Pirámide.

Perry, J.C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 28, 530-535.

Pfohl, B., Blum, N., & Immerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)*. Washington: American Psychiatric Press.

Pfohl, B., Blum, N., St John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, DW. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *J Pers Disord.*, Jun, 23(3), 281-93. doi: 10.1521/pedi.2009.23.3.281

Pilgrim, J., & Mann, A. (1990). Use of the ICD-10 version of the Standardized Assessment of Personality to determine the prevalence of personality disorder in psychiatric in-patients. *Psychol Med.*, Nov, 20(4), 985-92.

Polaino-Llorente, A., Cabanyes, J., & delPozo, A. (2003). «Introducción a los principales modelos teóricos de la personalidad». *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp. pp. 94-103. ISBN 8432134686.

Pukrop, R., Herpertz, S., Saß, H., & Steinmeyer, E.M. (1998). Special feature: personality and personality disorders. A facet theoretical analysis of the similarity relationships. *Journal of Personality Disorders*, 12(3), 226-246. PMID: 9785265

Quilty, LC., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, BG., & Bagby, RM. (2013). The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, Jun, 20(3), 362-9. doi:10.1177/1073191113486183

Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1-25. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.1

Roberts, R., & Attkisson, C. (1983). Assessing client satisfaction among Hispanics. *Eval Program Plann*, 6, 401-413. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90019-8](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90019-8)

Roca, M. (Coord.) (2004). *Trastornos de Personalidad*. Ars Médica. Barcelona.

Rodríguez, A., Fontalba, A. & Pena J. M. (2013). Fundamentos teóricos a problemas clínicos en los trastornos de la personalidad y su proyección en el DSM-5/CIE-11. *Salud Mental*; 36(2), 109-113. ISSN 0185-3325.

Rosenthal, M.Z., Gratz, K.L., Kosson, D.S., Cheavens, J.S., Lejuez, CW., & Lynch, T.R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev*, Jan, 28(1), 75-91. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.001

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: SAGE Publications, Incorporated: London.

Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J.P. (2015). The Psychometric Properties of the French Version of the Personality Inventory for DSM-5. *PLoS One*. Jul, 10(7), e0133413. doi: 10.1371/journal.pone.0133413.

Rossi, G., Debast, I., & Van Alphen, S.P. (2016). Measuring personality functioning in older adults: construct validity of the Severity Indices of Personality Functioning - Short Form (SIPP-SF). *Aging Ment Health*, Feb, 29,1-9.

Rufino, K.A., Ellis, T.E., Clapp, J., Pearte, C., & Fowler, J.C. (2017). Variations of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a latent profile analysis approach with adult psychiatric inpatients. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 17. doi: 10.1186/s40479-017-0068-2

Sanchez, M. L. (1995). Los trastornos de la personalidad y el modelo de los Cinco Factores: Relaciones empíricas <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1995/vol2/arti5.htm>

Sandín, B. (1995). El Estrés. En. A. Belloch; B. Sandín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw - Hill.

Santiago S. (2013). *Tratando la Inestabilidad Emocional. Terapia Icónica*. 3ªed. Madrid: Pirámide.

Segal, D.L., & Coolidge, F.L. (2003). Structured interviewing and DSM classification. En: Hersen, M., & Turner, S., (eds.) *Adult Psychopathology and Diagnosis*. New York, NY (US): John Wiley & Sons.

Selby, E.A., & Joiner, T.E. (2009). Cascades of emotion: the emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Rev Gen Psychol.*, 13, 219–29. doi:10.1037/a0015687.

Siever, L.J., & Davis, L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658. doi: 10.1176/ajp.148.12.1647

Silva Duarte, M.I. (2014). *Personalidad, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral, Universidad de León.

Somma, A., Fossati, A., Terrinoni, A., Williams, R., Ardizzone, I., Fantini, F., Borroni, S., Krueger, R.F., Markon, K.E., & Ferrara, M. (2016). Reliability and clinical usefulness of the personality inventory for DSM-5 in clinically referred adolescents: A preliminary report in a sample of Italian inpatients. *Compr Psychiatry*, Oct, 70, 141-51. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.07.006.

Somma, A., Sharp, C., Borroni, S., & Fossati, A. (2017). Borderline personality disorder features, emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: Preliminary findings in a sample of community-dwelling Italian adolescents. *Personal Ment Health.*, Feb, 11(1), 23-32. doi: 10.1002/pmh.1353

Somma, A., Borroni, S., Kelley, S.E., Edens, J.F., & Fossati, A. (2018). Further evidence for the validity of a response inconsistency scale for the Personality Inventory for DSM-5 in Italian community-dwelling adolescents, community-dwelling adults, and clinical adults. *Psychol Assess.*, Jul, 30(7), 929-940. doi: 10.1037/pas0000547.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meibner, J., Spretz, D., Steffens, C., ... Renneberg, B. (2014). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: The Berlin Borderline Study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 20. doi: 10.1186/2051-6673-1-20

Suzuki, T., Samuel, D.B., Pahlen, S., & Krueger, R.F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *J Abnorm Psychol.*, *May*, *124*(2), 343-54. doi: 10.1037/abn0000035. Epub 2015 Feb 9.

Taylor, S. (2003). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.

Thomas, A., Widiger, T.A., & Presnall, J.R. (2013) Clinical Application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, *December*, *81*, 6. doi: 10.1111/jopy.12004

Thylstrup, B., Simonsen, S., Nemery, C., Simonsen, E., Fjernestad, J., Wanting, M., & Hesse, M. (2016) Assessment of personality-related levels of functioning: a pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. *BMC PsychiatryBMC series*, *16*, 298. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1011-6>

Trull, T.J., & McCrae, R.R. (1994). A Five factors perspective on Personality Disorders research. En P.T. Costa y T.A. Widiger (eds.) *Personality Disorders and the Big-Five factor model of personality*. pp 59-72. Washington: APA.

Tyrer, P., Reed, G.M., & Crawford M.J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, *385*(9969), 717-26. doi:10.1016/S0140-6736(14)61995-4

Verardi, S., Nicastro, R., McQuillan, A., Keizer, I., & Rossier, J. (2008). The personality profile of borderline personality disordered patients using the five-factor model of Personality. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *8*(2), 451-464. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-286.pdf

Verdaguer, E. (2017). *Evaluación y seguimiento a cinco años de un programa de tratamiento para pacientes con Trastornos Límite de la Personalidad en Hospital de Día*. Tesis Doctoral. Universitat Ramón Llull, Barcelona.

Verheul, R., & Widiger, T.A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *J Pers Disord.*, *Aug*, *18*(4), 309-19. doi: 10.1521/pedi.18.4.309.40350

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J., van der Kroft, P.J., et al. (2008). Severity Indices of personality problems (SIPP - 118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assess.*, *20*(1), 23-34. doi: 10.1037/1040-3590.20.1.23.

Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). *J Pers Disord.*, *Aug*, *21*(4), 359-70. doi: 10.1521/pedi.2007.21.4.359

Vriend-Bosma, S.A., & Van Megen, H.J. (2011). The course of borderline personality disorder within adults. A literature review. *Tijdschr Psychiatr*, *53*(1), 27-36.

Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis 11 in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1767-1771. doi: 10.1176/ajp.155.12.1767

Widiger, T. (2000). Personality disorders in the 21st century. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 3-16. doi: 10.1521/pedi.2000.14.1.3

Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, *19*(2), 110-130. doi: 10.1521/pedi.19.2.110.62628

Widiger, T.A., & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist*, *62*(2), 71-83. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.71

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*. Professional manual. Odessa, FL (US): Psychological Assessment Resources.

Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*, 305-316. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.305>

Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (1994). Personality structure and the structure of personality disorders. En P.T. Costa & T.A. Widiger (eds) *Personality Disorders and the Big-Five factor model of personality*. pp 73-98. Washington: APA.

Wilberg, T., Hummelen, B., Pedersen, G., & Karterud, S. (2008). A study of patients with personality disorder not otherwise specified. *Compr Psychiatry*, *Sep-Oct*, *49*(5), 460-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.12.008.

World Health Organisation. (1992). *International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision*. Geneva: World Health Organisation (trad. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento, Madrid: Meditor, 1992).

Wright, A., Williams, R., Calabrese, M., Wern How Yam, Zelazny, K., Williams, T.F., Rotterman, J.H., & Simms, L.J. (2015). Stability of the DSM-5 Section III Pathological Personality Traits and their Longitudinal Associations with Psychosocial Functioning in Personality Disordered Individuals. *J Abnorm Psychol., Feb, 124(1)*, 199–207. doi: 10.1037/abn0000018

Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., & Hennen, J.A. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord., 17*, 233-42.

Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., & Hennen, J.A. (2003). Screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord., 17(6)*, 568-73.

Zanarini, M.C. (1996). *The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders*. Belmont, MA (US): McLean Hospital and Harvard Medical School.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., & Chauncey, D.L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Pers Disord., 3*, 10-8.

Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *J Pers Soc Psychol., 65(4)*, 757-68.

