



Universidad
de Navarra

FACULTAD DE MEDICINA

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:
EXPRESIÓN DIMENSIONAL DEL DIAGNÓSTICO
CATEGORIAL**

**TESIS DOCTORAL
Pamplona 2010**

Doctorando

Carlos Chiclana Actis

Directoras

**Francisca Lahortiga Ramos
Almudena Sánchez-Villegas**

Doña Francisca Lahortiga Ramos, Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Navarra

CERTIFICA:

Que la presente Tesis Doctoral “TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:
EXPRESIÓN DIMENSIONAL DEL DIAGNÓSTICO CATEGORIAL” del licenciado en
Medicina y Cirugía D. Carlos Chiclana Actis ha sido realizada bajo mi dirección.

Pamplona, a 24 de mayo de 2010

Fdo. Francisca Lahortiga Ramos

Doña Almudena Sánchez-Villegas, Profesora Titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

CERTIFICA:

Que la presente Tesis Doctoral “TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: EXPRESIÓN DIMENSIONAL DEL DIAGNÓSTICO CATEGORIAL” del licenciado en Medicina y Cirugía D. Carlos Chiclana Actis ha sido realizada bajo mi dirección.

Pamplona, a 24 de mayo de 2010

Fdo. Almudena Sánchez-Villegas

AGRADECIMIENTOS

A las personas que han participado en el estudio, contestando a más de 1000 preguntas y realizando una minuciosa entrevista de casi dos horas de duración.

A la Dra. Lahortiga y a la Dra. Sánchez-Villegas por su comprensión, motivación y estímulo durante el desarrollo de todo el proyecto.

A la Universidad de Navarra y al Gobierno de Navarra por confiar en el proyecto y aportar medios económicos para su consecución.

A la Clínica Universidad de Navarra por tantísimas cosas que me ha dado y enseñado sin pasar factura.

A las Auxiliares de Enfermería y Enfermeras por facilitar la inclusión de pacientes.

A Teresa Pereda por la corrección de tantos cuestionarios, con tareas que excedían sus funciones.

A los Médicos y Psicólogos que han facilitado la inclusión de pacientes en el estudio, con particular cariño a Ignacio Landecho.

A Miguel Moreno por inocularme el interés por el estudio de la personalidad, ceder muchas de sus ideas en el diseño del estudio y animarme a empezar a pesar de estar recién llegado al Departamento.

A Milagros Imirizaldu y Cristina Maestro por las peleas con la base de datos y su ayuda más allá del trabajo que les correspondía.

A Marcelino López y Julio Barranco por algunas orientaciones matemáticas.

A Guadalupe Chiclana por conseguirme artículos de difícil acceso.

A todos los investigadores con los que he contactado esporádicamente, en persona o por correo electrónico, quienes me han animado a continuar con el estudio, han realizado críticas en las presentaciones de resultados parciales en los congresos o me han enviado sus artículos.

A todas las personas que me han ayudado de diferentes maneras.

A mi familia

ABREVIATURAS EMPLEADAS

a.C	Antes de Cristo
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APD-IV	<i>Assesment of DSM-IV Personality Disorders Questionnaire</i>
AUDADIS-IV	<i>The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview</i>
BFQ	<i>Big Five Questionnaire</i>
CATI	<i>Coolidge Axis II Inventory</i>
CEPER-I	Cuestionario Exploratorio de la Personalidad – I
CI	Cociente Intelectual
CIC	<i>The Children in the Comunity Study</i>
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIE-5	Clasificación Internacional de Enfermedades Quinta Edición
CIE-6	Clasificación Internacional de Enfermedades Sexta Edición
CIE-8	Clasificación Internacional de Enfermedades Octava Edición
CIE-9	Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Edición
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición
CLPS	<i>The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study</i>
DAPI	<i>Dimensional Assessment of Personality Impairment</i>
DAPP-BQ	<i>Dimensional Assessment of Personality Psychopatology- Basic Questionnaire</i>
DIP-I	<i>Diagnostic Interview for Personality</i>
DIPD-IV	<i>Diagnostic Interview for Personality Disorders Fourth Edition</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual Third Edition</i>
DSM-III-R	<i>Diagnostic and Statistical Manual Third Edition Revised</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition</i>
DSM-IV TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition Revised</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual Fifth Edition</i>
DT	Desviación Típica
EEG	Electroencefalograma
EPQ	<i>Eysenck Personality Questionnaire</i>
EPQ-R	<i>Eysenck Personality Questionnaire Revised</i>
EPP	<i>Eysenck Personality Profiler</i>
FFM	<i>Five Factors Model</i>
HIAA	Hidroxiindolacético
HT	Hidroxitriptófano
IIP-PD	<i>Inventory for Interpersonal Problems – Personality Disorder scales</i>
IPC	<i>Interpersonal Complex</i>
IPDE	<i>International Personality Disorder Examination</i>
LCR	Líquido Cefaloraquídeo
LSPD	<i>Longitudinal Study of Personality Disorders</i>
MAO	Monoamino Oxidasa
MCMI	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
MCMI-II	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory Second Edition</i>
MCMI-III	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory Third Edition</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
MMPI-II	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory Second Edition</i>
MIPS	<i>Millon Index Personality Style</i>
MPQ	<i>Multidimensional Personality Questionnaire</i>
MSDA	<i>The Mc Lean Study of Adult Development</i>
NEO FFI	<i>Neuroticism Extraversion Openness Five Factor Inventory</i>
NEO PI-R	<i>Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAS	<i>Personality Assesment Schedule</i>
PAI	<i>Personality Assessment Inventory</i>
PCLR	<i>Hare Psychopataty Checklist-Revised</i>
PDE	<i>Personality Disorder Examination</i>
PDI-IV	<i>Personality Disorders Interview</i>
PDQ-4+	<i>Personality Diagnostic Questionnaire 4th Edition plus</i>

PDQ-R	<i>Personality Diagnostic Questionnaire-Revised</i>
PET	<i>Positron Emisión Tomography</i>
PIQ	<i>Personality Interview Questions</i>
PSY-5	<i>Personality Psychopathology Five</i>
RM	<i>Resonancia Magnética</i>
REM	<i>Rapid Eyes Movement</i>
SADS	<i>State Anxiety and Discomfort Scale</i>
SAP	<i>Standardized Assessment of Personality</i>
SIFFM	<i>Structured Interview for the Five Factor Model</i>
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Second Edition</i>
SIDP	<i>Structured Interview for Disorders of Personality</i>
SIDP-III	<i>Structured Interview for Disorders of Personality Third Edition</i>
SIDP-IV	<i>Structured Interview for Disorders of Personality Fourth Edition</i>
SNAP	<i>Schedule for Nonadaptative and Adaptative Personality</i>
SNAP-2	<i>Schedule for Nonadaptative and Adaptative Personality Second Edition</i>
SPE	<i>Standardized Psychiatric Examination</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SPECT	<i>Single Photon Emisión Computered Tomography</i>
SWAP-200	<i>Shedler-Weston Assessment Procedure</i>
TAC	<i>Tomografía Axial Computerizada</i>
TAT	<i>Test de Apercepción Temática</i>
TCA	<i>Trastorno de la Conducta Alimentaria</i>
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>
TCI-R	<i>Temperament and Character Inventory Revised</i>
TOC	<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i>
TP	<i>Trastorno de la Personalidad</i>
TPL	<i>Trastorno de la Personalidad Límite</i>
TPQ	<i>Tridimensional Personality Questionnaire</i>
TRH	<i>Tirotropin Releasing Hormone</i>
TSH	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
WISPI-IV	<i>Wisconsin Personality Disorders Inventory</i>
ZKPQ	<i>Zuckerman Personality Questionnaire</i>

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1. Concepto de Trastorno de la Personalidad.	3
2. Historia y evolución del concepto de Trastorno de la Personalidad.	4
2.1 La época antigua.	4
2.2 La primera mitad del siglo XIX.	7
2.3 La segunda mitad del siglo XIX.	9
2.4 Los comienzos del siglo XX.	10
2.5 La segunda mitad del siglo XX.	14
2.6 Eysenck, un punto de inflexión.	16
2.7 Más allá del modelo de Eysenck.	18
2.8 Dos concepciones de autor: Cloninger y Millon.	21
2.9 Concepto de Trastornos de la Personalidad en las clasificaciones diagnósticas internacionales.	23
3. Epidemiología descriptiva de los Trastornos de la Personalidad.	26
4. Importancia del diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad.	29
5. Procedimientos empleados para la evaluación de los Trastornos de la Personalidad.	32
5.1 Dificultades en la evaluación de los Trastornos de la Personalidad.	33
5.1.1 Dificultades que presenta el paciente.	33
5.1.2 Dificultades que presenta el evaluador.	34
5.1.3 Dificultades que presenta el concepto actual de Trastornos de la Personalidad.	36
5.1.4 Dificultades en el método de evaluación.	37
5.2 Fiabilidad, validez y especificidad de los instrumentos empleados.	37
5.2.1 Modelo dimensional.	38
5.2.2. Modelo categorial.	39
6. Concordancia en la evaluación categorial y dimensional de los Trastornos de la Personalidad.	41
6.1 Modelos de evaluación de los Trastornos de la Personalidad.	42
6.1.1 Modelos dimensionales.	42
6.1.2 Modelos categoriales.	43
6.2 Alternativas a la disyuntiva categorial/dimensional en la Evaluación de los Trastornos de la Personalidad.	45
6.3 Integración de los modelos dimensionales.	47
6.4 Estudios longitudinales de investigación que comparan modelos dimensionales con modelos categoriales.	48
7. Comorbilidad de los Trastornos de la Personalidad con patología psiquiátrica del Eje I.	54
7.1 Presencia de Trastornos de la Personalidad en conjunción con trastornos específicos del Eje I.	56
7.1.1 Episodio depresivo.	56
7.1.2 Trastorno Bipolar.	57
7.1.3 Trastornos de Ansiedad.	58
7.1.4 Trastornos por Somatización.	58
7.1.5 Trastornos de la Conducta Alimentaria.	58

7.1.6	Abuso de sustancias.	59
7.1.7	Trastornos Psicóticos.	59
7.2	Posibles relaciones entre el Eje I y el Eje II.	60
7.2.1	Independencia de los Ejes.	61
7.2.2	Influencia del Eje I sobre el Eje II.	62
7.2.3	Influencia del Eje II sobre el Eje I.	63
8.	Variables que influyen en el diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad.	63
8.1	Variables biológicas.	64
8.1.1	Variables biológicas y Trastornos de la Personalidad en general.	64
8.1.2	Variables biológicas y Trastorno de la Personalidad Límite.	65
8.1.3	Variables biológicas y Trastorno de la Personalidad Antisocial.	66
8.2	Enfermedades del Eje III y su relación con los Trastornos de la Personalidad.	67
8.3	Edad.	71
8.4	Sexo.	71
8.5	Imagen anatómica cerebral y Trastornos de la Personalidad.	72
8.6	Genética.	76
8.7	Factores ambientales.	78
9.	Modelos futuros de investigación.	79
 II. OBJETIVOS		 85
1.	Objetivo principal.	87
2.	Objetivos secundarios.	87
 III. HIPÓTESIS DE TRABAJO		 89
 IV. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS		 93
1.	Sujetos de estudio.	95
2.	Recogida de información y definición de variables.	96
2.1	Variables sociodemográficas.	96
2.2	Diagnóstico de la patología psiquiátrica del Eje I.	96
2.3	Diagnóstico de la patología del Eje III.	97
2.4	Determinación del diagnóstico de Trastorno de la Personalidad mediante la entrevista semiestructurada <i>International Personality Disorder Examination</i> (IPDE).	97
2.5	Cuestionarios autoaplicados para el diagnóstico dimensional.	98
2.5.1	Cuestionario de cribado IPDE de Loranger.	98
2.5.2	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2</i> (MMPI-2).	98
2.5.3	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory –II</i> (MCMI-II).	99
2.5.4	<i>Temperament and Character Inventory</i> (TCI).	102
3.	Análisis Estadístico.	104
 V. RESULTADOS		 107

1. Descripción de la muestra.	109
1.1 Prevalencia de Trastornos de la Personalidad.	109
1.2 Descripción de la variables sociodemográficas y clínicas de la muestra según diagnóstico en el Eje II.	110
1.3 Comorbilidad en el Eje I.	112
1.4 Descripción de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra según comorbilidad entre patologías del Eje I y del Eje II.	113
1.5 Comorbilidad en el Eje III.	116
2. Expresión del diagnóstico de Trastorno de Personalidad (IPDE) en los cuestionarios dimensionales.	118
2.1 Análisis univariante del MMPI-2	119.
2.2 Análisis univariante del MCMI-II.	121
2.3 Análisis univariante del TCI.	125
3. Predicción del diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (IPDE) en los cuestionarios dimensionales.	129
3.1 Análisis multivariante del MMPI-2.	129
3.2 Análisis multivariante del MCMI-II.	130
3.3 Análisis multivariante del TCI.	132
 VI. DISCUSIÓN	 135
1. Estimación de la prevalencia de Trastornos de la Personalidad.	137
1.1 Distribución de la muestra por Clusters y Trastornos de la Personalidad específicos	138
2. Características de la muestra de participantes con y sin Trastorno de la Personalidad.	139
2.1 Distribución por sexos.	140
2.2 Edad de los sujetos.	141
2.3 Características sociodemográficas.	141
2.4 Características clínicas.	143
3. Comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología psiquiátrica en el Eje I.	145
4. Comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología médica (Eje III).	147
5. Expresión del diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad en los cuestionarios dimensionales.	149
5.1. Caracterización de los sujetos con Trastorno de la Personalidad según el MMPI-2.	151
5.2 Caracterización de los sujetos con Trastorno de la Personalidad según el MCMI-II.	154
5.2.1 Variaciones en los Índices de Alteración.	154
5.2.2 Variaciones en los Patrones Clínicos de Personalidad.	155
5.2.3 Variaciones en los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad.	156
5.2.4 Variaciones en los Síndromes Clínicos.	157

5.2.5 Variaciones en los Síndromes Graves de la Personalidad.	158
5.3 Caracterización de los sujetos con Trastorno de la Personalidad según el TCI.	159
VII. CONCLUSIONES	167
VIII. LIMITACIONES	171
IX. BIBLIOGRAFÍA	175
X. ANEXOS	197
I. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de TP.	199
II. Criterios CIE 10 para el diagnóstico de TP.	200
III. Consentimiento informado.	201
IV. Autorización del Comité de Ética de Investigación.	202
V. Hoja de recogida de datos sociodemográficos.	203
XI. BECAS RECIBIDAS, PUBLICACIONES Y PARTICIPACIONES EN CONGRESOS QUE ESTE ESTUDIO HA GENERADO.	205

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1. Concepto de Trastorno de la Personalidad

Los Trastornos de la Personalidad (TP) son enfermedades caracterizadas por la presencia de patrones no adaptados de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas, de comienzo muy temprano en la vida, y que se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones.

Suelen ser desviaciones importantes de los patrones de vida considerados “normales” (adaptados y aceptados socialmente) y especialmente manifiestos en las alteraciones del comportamiento interpersonal, dentro del grupo sociocultural al que pertenece el individuo.

Las características básicas de un TP son las siguientes (Caballo, 2004; Lahortiga, 2006): está profundamente arraigado, es de naturaleza inflexible, genera dificultad para adaptarse, provoca deterioro, es estable a lo largo del tiempo y produce malestar en las personas del entorno de quien lo padece.

Debido a estas características, los individuos que padecen un TP, con frecuencia y en mayor o menor medida según el tipo específico de TP que presenten, poseen pocas estrategias y no son capaces de desarrollar de manera espontánea conductas alternativas que les faciliten adaptarse a las circunstancias. Esto se pone de manifiesto especialmente en contextos interpersonales, aunque también en otras áreas de la vida del paciente (laboral, afectiva, familiar, de concepción personal, etc.). Así, las personas con TP presentan graves dificultades para adaptarse y desarrollar un funcionamiento vital armónico, debido a la carencia de habilidades para cambiar las conductas patológicas, que se mantienen, retroalimentan y hacen que se perpetúe la sintomatología.

Esta concepción de los TP es relativamente moderna, de las últimas décadas del siglo XX, aunque se ha ido gestando durante años y gracias a las aportaciones de diferentes grupos de profesionales que, desde su área de trabajo –medicina, psicología, filosofía, etc.- han detectado la presencia de esta patología y la necesidad de describirla, abordarla y entenderla. Con su trabajo han perfilado y enriquecido este concepto –como veremos en el siguiente capítulo- que aun no es definitivo y sigue siendo estudiado, criticado y modificado.

2. Historia y evolución del concepto de Trastornos de la Personalidad

*La ciencia es siempre una búsqueda,
jamás un descubrimiento real.
Es un viaje, nunca una llegada.
Karl Popper*

Hablar de la personalidad y sus trastornos supone situarse en una encrucijada de conceptos, definiciones y teorías, y es que son muchas las disciplinas que se han ocupado de esta materia, entre ellas la psicología, antropología, filosofía y medicina. Por esto, a lo largo de la historia se ha generado un importante volumen de publicaciones y estudios de distinto tipo: científicos, divulgativos, teóricos y prácticos cuyas principales aportaciones serán resumidas someramente a continuación.

2.1 La época antigua

En el siglo IV a.C., **Hipócrates** se apoyó en los fundamentos biológicos conocidos entonces, para describir cuatro humores corporales –sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra- correspondientes con los cuatro elementos fundamentales -aire, agua, fuego y tierra- sobre los que **Empédocles**, filósofo y político democrático del siglo V a.C., construyó su teoría. Hipócrates pensaba que el equilibrio que se producía entre estos cuatro humores configuraba la personalidad del individuo.

Teofrasto, discípulo de Aristóteles, que vivió en el siglo IV a.C., describió en su libro “Los caracteres”, treinta rasgos diferentes (Tabla 1). No obstante, parece que Teofrasto sólo se fijó en los caracteres “viciosos” y no se detuvo a examinar rasgos o características que informaran de las “virtudes” de las personas (Teofrasto; Berrios, 1993).

Tabla 1. Caracteres de Teofrasto

Disimulo	Adulación	Charlatanería
Rusticidad	Lisonja	Impudor
Locuacidad	Novelería	Desfachatez
Sordidez	Chocarrería	Inoportunidad
Entrometimiento	Torpeza	Grosería
Superstición	Descontento de la propia suerte	Desconfianza
Asquerosidad	Desagrado	Vanidad
Mezquindad	Fanfarronería	Altanería
Cobardía	Oligarquismo	Afán tardío de educación
Maledicencia	Predilección por los malos	Avaricia

Galeno, médico del siglo II a.C, describió de acuerdo con la predominancia de alguno de los cuatro humores corporales, cuatro tipos de temperamentos: sanguíneo, flemático, colérico y melancólico. El temperamento sanguíneo, con el predominio de la sangre, sería de carácter optimista, vital y dinámico. El temperamento flemático, dominado por la flema, tendría la apatía, el equilibrio y el autocontrol como características primordiales. El temperamento colérico, con predominio de la bilis amarilla, sería de carácter apasionado, irritable y explosivo. El temperamento melancólico, con dominancia de la bilis negra, presentaría unas características pesimistas, con alto sentido del deber.

Cicerón MT, filósofo y orador romano del siglo II a.C, también analizó el concepto de persona y recogió cuatro significaciones distintas:

a) La primera es la de apariencia, más precisamente, de falsa apariencia. En este sentido, la personalidad vendría a ser la simulación, el distinto modo de conducirse en función de los condicionantes de estas apariencias y los distintos acercamientos psicosociales.

b) La segunda la asimiló al papel que cada actor desempeñaba en la obra teatral, al personaje que trataba de caracterizar; con el tiempo, la delimitación de las notas y características constitutivas de este personaje van a colorearse con una serie de definiciones de persona de rango jurídico.

c) La tercera significación de persona se encuentra asociada con la importancia y dignidad del sujeto de que se trate. Desde el primer momento el mundo filosófico acentuó las notas de racionalidad, autoconciencia y unicidad absoluta; y dentro de la teología se revistió con notas de la relación con la divinidad y su misterio inescrutable.

d) En la cuarta significación que Cicerón dio al término persona, se insiste en las cualidades personales y definitorias del hombre mismo.

Por otra parte, en culturas como la china creían que existía un equilibrio entre tipos de energía, en lugar de entre los humores corporales. Debido a que la energía experimentaba cambios constantes, los estados de ánimo y los comportamientos de una persona no podían ser permanentes, lo que les llevaba a un menor interés que la cultura griega en postular tipos de personalidad (Rosenbluth, 2007).

Se podrían resumir las raíces remotas de las teorías de la personalidad en tres ideas matrices:

1. La primera, ligada al significado etimológico de la palabra personalidad, que en griego significaba la máscara que los actores se ponían para representar sus papeles en el teatro. Esto nos informaría del significado de persona como ocultación y representación. También se le puede atribuir a la noción de persona las características de adecuación normativa a la naturaleza y lugar de creación de valores y de conductas.

2. La segunda, vinculada a la cultura romana, como significado jurídico en el que la persona es ante todo un sujeto legal portador de derechos y deberes, dotada de una racionalidad que le permite asumirlos.

3. La tercera, nacida en el seno de la filosofía cristiana, que dio una nueva significación trascendente al entender que la persona “*se expresa a sí mismo por sus propias operaciones*” (san Juan Damasceno), y queda así dotada de identidad, intimidad y relación consigo misma (Baca y Roca, 2004).

Respecto a la etimología de la palabra personalidad, se podría considerar que, además de la palabra griega personalidad, que significaba la máscara de los actores, también podría derivar de “*per sonare*”, resonar. No obstante, ambas etimologías confluyen en su significado, puesto que resonar es sonar a través de algo, lo que el autor teatral hacía, era resonar su voz a través de su máscara (López Ibor, 1973).

Tras estas aportaciones, en el estudio de la persona y de la personalidad, nos encontramos con un vacío –que abarca varios siglos- y con aportaciones únicamente desde la filosofía, hasta la llegada del concepto de psicopatías en el siglo XIX y el nacimiento de la psicología científica en el siglo XX.

Desde un punto de vista filosófico, se podría atribuir la primera definición de la palabra persona a **Boecio** (480-524), filósofo romano que en el siglo VI expone que persona es “*sustancia individual de naturaleza racional*”.

Muchos años después, también otros filósofos hicieron algunas referencias al término persona. Así, **Santo Tomás de Aquino** (1225-1274) comentó en la Suma Teológica que “*los individuos de naturaleza racional poseen, entre las primeras sustancias un nombre que las distingue de todas, el nombre de persona*”. **Kant I** (1724-1804) definió a la persona como “*libertad e independencia frente al mecanismo de la naturaleza entera, considerada a la vez como la facultad de un ser sometido a leyes propias, es decir, a leyes puras prácticas establecidas por su propia razón*”, y **Sáchele M.** (1874-1928) refirió que la “*persona es la unidad del ser, concreta y esencial de actos de la esencia más diversa*” y la diferencia del individuo porque ésta “*pertenece a*

la unidad inmediatamente percibida del vivenciar y no se trata, por consiguiente, de una cosa pensada y situada fuera del vivenciar inmediato”.

2.2 La primera mitad del siglo XIX

En los comienzos del siglo XIX comienza a haber un cierto interés por la personalidad (Tabla 2) y psiquiatras como Pinel, Esquirol, Rush y Prichard realizan una descripción de tipos de personalidad socialmente inadaptados, provenientes de su práctica clínica (Phillips, 2000).

Tabla 2. Hitos históricos en el estudio de los TP en la primera mitad del siglo XIX

1809 - Pinel describe la “ <i>manía sin delirio</i> ”
1812 - Rush describe la “ <i>perversión de las facultades morales</i> ”
1814 - Esquirol crea las monomanías. Tipos de personalidad socialmente inadaptados
1835 - Prichard describe la “ <i>Insanidad moral</i> ”
1838 - Ray describe la “ <i>manía moral</i> ”

Berrios (1993) recogió la definición que hace el medico inglés **Prichard JC** (1786-1848) del término *insanity* -“*a disorder of the system by wich the sound and healthy exercise of the mental faculties is impeded or disturbed*”- que incluía la presencia de delirios. Hay tres autores, Pinel, Esquirol y Prichard, que buscan la manera de crear una definición o categoría que permita considerar enfermedades distintas características del comportamiento sin que los sujetos que las padecen, presenten delirios.

Pinel P (1745-1826), médico psiquiatra, empleaba cuatro categorías para calificar la enfermedad mental: *manie (délire général)*, *mélancolie (délire exclusif)*, *démence (abolition de la pensé)* y *idiotisme (obliteration des facultés intellectuelles et affectives)*. En su “*Tratado médico filosófico de la enajenación mental o manía*”, introdujo además el término “*manie sans délire*”, con el que trataba de explicar un estado de persistente “*furor*” y síntomas psicóticos, pero sin presencia de alteraciones en las funciones intelectuales. “*He quedado sorprendido –escribió Pinel- al observar varias personas insanas que nunca presentaron lesión de su intelecto y que estaban dominadas por una clase de rabia instintiva, como si sus capacidades afectivas fueran lo único dañado*”. No fue aceptado por todos los autores y recibió críticas tales como que su única utilidad era ser empleado como defensa en los tribunales. Aunque lejano al concepto actual de TP, esa sorpresa de Pinel nos puede recordar a los actuales pacientes

con TP que pueden presentar inestabilidad y comportarse de manera muy diversa en diferentes ambientes sin presentar sintomatología psicótica.

Berrios considera que al analizar el trabajo de Pinel se aprecia cómo busca construir un nuevo concepto de *insanity* en el que se excluyera la presencia de delirios, pero que conservara su valor forense, pero hace notar que estas intenciones clínicas de Pinel tenían poco que ver con los TP (Berrios, 1993).

En esa misma época el psiquiatra francés **Esquirol** (1772-1840) descontento con el concepto de Pinel, intentó popularizar la noción de “*monomanía*”, como un especial estado de enfermedad caracterizado por delirios fijos y específicos, pero también independiente de las facultades mentales, por lo que fue rechazado en la reunión de la *Société Médico-Psychologique* en 1854.

Prichard JC (1786-1858), que consideraba que Pinel no había reunido suficientes casos para ilustrar su categoría “*manía sin delirio*” e interesado por buscar una categoría que le permitiera unificar a los pacientes sin delirios, creó lo que llamó “*moral insanity*”, que explica en su “*Treatise on insanity and other disorders affecting the mind*”. Dividió la locura en “*locura moral*” y “*locura intelectual*”, explicando la primera como una “*locura consistente en una perversión mórbida de los sentimientos naturales, afectos, inclinaciones, temperamentos, hábitos, disposiciones morales e impulsos naturales, sin ningún trastorno marcado o defecto de la inteligencia, conocimiento o facultades razonadoras, y particularmente, sin alucinaciones ni ilusiones*”. Parece que cuando Prichard acuña el término “*moral insanity*” está intentando hacer entender que existen personas que, sin estar delirando, están enfermas psíquicamente (Baca y Roca, 2004).

Sin embargo Berrios, opina que la principal preocupación de Prichard parecía ser encontrar un lugar donde clasificar a sus pacientes maniaco-depresivos sin síntomas psicóticos y que cuando describe sus casos de “*moral insanity*” no está hablando de las personalidades psicopáticas (Berrios, 1993).

Los términos de “*manie sans délire*” de Pinel y “*moral insanity*” de Prichard son superponibles y generaron discusiones que se centraron en el problema intelectual y que llegaron a la conclusión de que no era posible una “*locura moral*” sin que de algún modo se vieran afectadas las funciones intelectuales. Así, se llegó a diferenciar los individuos “*deprivados*” que eran sujetos con una conducta reprobable, pero sin enfermedad y aquellos sujetos con “*moral insanity*” que presentaban alteraciones en la conducta moral, pero complicadas con trastornos intelectuales u otros síntomas

mentales y consecuencia de la enfermedad (Barcia, 1982). Otros autores como **Trélat U** (1795-1879) y **Dagonet H** (1823-1902) médicos franceses, acuñan nuevos términos – “*folié lucide*” y “*folié impulsive*”- que nada añaden a los conceptos de enfermos con ausencia de actividad delirante (Baca y Roca, 2004).

Aunque lejanos a los términos que se emplean en la actualidad, sí parece que estos médicos se planteaban algunas de las preguntas que actualmente siguen sin respuesta como: ¿qué le ocurre a esos pacientes que sin tener disminuida su capacidad intelectual, sin presentar síntomas psicóticos presentan graves alteraciones del comportamiento?

2.3 La segunda mitad del siglo XIX

En la segunda mitad del siglo XIX (Tabla 3) se empieza a emplear el término psicopatía, se realizan descripciones y clasificaciones de las que son herederas las actuales, pero aun son conceptos lejanos y poco operativos.

Tabla 3. Hitos históricos en el estudio de los TP en la segunda mitad del siglo XIX

1861 - Trélat acuña el término “ <i>folie lucide</i> ”
1867 - Wundt establece un modelo dimensional
1891 - Koch describe la “ <i>inferioridad psicopática</i> ”
1893 - Freud publica “ <i>Estudios sobre la histeria</i> ”
1896 - Kraepelin instaure las categorías de las “ <i>personalidades psicopáticas</i> ”
1900 - Pavlov realiza una tipología funcional del Sistema Nervioso

Maudsley H. (1835-1918), psiquiatra, desarrolló el concepto de Prichard haciendo notar que parecía que algunos individuos tenían una falta de sentido moral, acercándose algo al concepto de psicopatía en un sentido más parecido al moderno (Livesley, 2001). En 1867 publicó “*The physiology and pathology of the mind*” en donde hablaba de los temperamento anormales, a los que asociaba una fuerte carga genética: “*Muchas personas, que no pueden ser llamadas locas, sin embargo presentan lo que puede llamarse un temperamento anormal que se manifiesta en la disposición a presentar súbitos caprichos en su pensamiento, en su conducta o en sus sentimientos*” (Baca y Roca, 2004).

El médico alemán **Koch R** (1843-1910), por su parte, creó el término psicopatía que abarcaba todas “*las anormalidades que influyen en la vida de un ser humano, pero que, aún en los casos severos, no provocan psicosis, y las personas afectas, aun en los mejores casos, no aparecen en completa posesión de su normalidad y capacidad mental*”. Koch hablaba de “*inferioridades psicopáticas*”, pero más en un sentido social

que moral, consideró que eran congénitas y permanentes y las dividía en tres formas: *disposición psicopática, tara psíquica congénita y degeneración psicopática* (Marietán, 1998).

El término “*inferioridades psicopáticas*” se vio contaminado por la inclusión bajo su concepto de numerosos cuadros “neuróticos” y “orgánicos”, pero recuperó su aceptación original cuando **Kraepelin E** (1856-1926) lo incluyó en su nosología como “personalidades morbosas” a las que atribuyó un carácter altamente hereditario.

De esta manera, Kraepelin marcó un nuevo rumbo al considerar un grupo de psicopatías como personalidades anómalas y apartarse así de las concepciones de Pinel y Prichard.

Algunos autores criticaron que Kraepelin incluyera dentro de las psicopatías cuadros muy diferentes, que después fueron excluidos de estas, y que considerara a las personalidades morbosas como grados previos de verdaderas psicosis (Barcia, 1982).

2.4 Los comienzos del siglo XX

En las primeras décadas del siglo XX (Tabla 4) son numerosos los autores que abordan el estudio de la personalidad, se plantean nuevas descripciones, se propone su descripción desde un punto de vista dimensional y se aplican en su análisis la estadística y otros métodos científicos, sin que otras disciplinas como la filosofía dejen de interesarse por ella.

Tabla 4. Hitos históricos en el estudio de los TP en la primera mitad del siglo XX

1913 - Se introduce el término “imbécil moral” en el <i>Mental Deficiency Act</i>
1919 - Krestchmer sugiere sus tipologías somáticas
1923 - Schneider categoriza y describe 10 “ <i>personalidades psicopáticas</i> ”
1926 - Janet propone las tendencias constitutivas del espíritu
1930 - Partridge describe la “ <i>sociopatía</i> ”
1931 - Kahn publica <i>Psychopatic personalities</i>
1937 - Allport publica <i>Personality. A psychological interpretation</i>
1939 - Henderson describe el “estado psicopático”
1941 - Cleckley describe a los psicópatas en su “ <i>Mask of Sanity</i> ”
1947 - Eysenck identifica “ <i>dimensiones básicas de la personalidad</i> ”
1950 - Sheldom describe los “ <i>tipos de personalidad</i> ”

El filósofo **Ludwig Klages** (1872-1956) introdujo en este estudio elementos como la “*materia del carácter*” (facultades, talentos, aptitudes), la “*naturaleza del carácter*” (impulsos que constituyen los aspectos cualitativos de la personalidad), la “*estructura del carácter*” (afectividad, temperamento, capacidad de exteriorización de

los sentimientos y pensamientos) y consideró al temperamento como la disposición que lleva a la rapidez o lentitud de las acciones. Klages consideraba a la personalidad como una orquesta en la que la naturaleza es la melodía, la materia son los instrumentos y el ritmo es la estructura (Baca y Roca, 2004).

Lersch P (1898-1972), profesor alemán de psicología y filosofía, consideraba que la persona era un “yo” con tres propiedades operativas características: individualidad, libertad para poder elegir por sí y decidir sobre sí y conciencia de su tarea y responsabilidad. Estas ideas tuvieron gran influencia en la fenomenología de la personalidad (Baca y Roca, 2004).

Desde otros ámbitos también se abordó el estudio de la personalidad. Así, suele considerarse como punto de partida de los esfuerzos por desarrollar una teoría científica de la personalidad la edición de la obra “*Personality. A psychological interpretation*” del psicólogo norteamericano **Allport G** (1897-1967), en la que se recogen más de cincuenta definiciones de personalidad. Sin duda influenciado por las diferentes corrientes filosóficas, define la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su ajuste único al ambiente” (Baca y Roca, 2004; Livesley, 2001). Posteriormente, el psicólogo estadounidense **Murray HA** (1893-1988) añade a la descripción de la personalidad como un sistema, la oposición de rasgos frente a necesidades y la relación entre lo normal y lo anormal como procedimiento para su estudio.

Aunque se podría considerar que la incorporación de los conceptos psicoanalíticos enriqueció el entendimiento de la psicopatología de los TP, supuso un aumento de la confusión diagnóstica y descriptiva del término, y no fueron de ayuda para realizar diagnósticos ni una clasificación. En un principio **Freud S** (1856-1939) no estaba interesado en la descripción de los TP (Livesley, 2001). Sin embargo, también se podría afirmar que la principal misión de la teoría freudiana fue el diseño de un modelo de personalidad como expresión de un modelo de persona (Baca y Roca, 2004). De hecho, el psicólogo francés **Janet P** (1859-1947) y Freud describieron los rasgos psicológicos asociados con la histeria, que sería el precursor del trastorno histriónico de la personalidad.

Posteriormente, con el desarrollo de los trabajos al amparo de las teorías psicoanalíticas de los instintos, el psiquiatra alemán **Abraham K** (1877-1925) propuso la relación existente entre los distintos estados psicosexuales del desarrollo del niño – oral, anal y fálico- y la aparición de distintos TP: dependiente, obsesivo-compulsivo e

histórico, respectivamente (Phillips, 2000). El psiquiatra austriaco **Kernberg O**, principal autor de la teoría de las relaciones objetales, defiende la clasificación de las distintas personalidades en función de tres niveles de organización estructural – psicótico, límite y neurótico- que representan distintos grados de organización o cohesión de la personalidad (Millon y Davis, 2001).

Schneider K (1887-1967), definió la personalidad como un conjunto de sentimientos, valores, tendencias y voliciones, que excluye las cogniciones y las sensaciones corporales. Este psiquiatra alemán formuló en 1923 una lista de “*personalidades psicopáticas*”, como una subclase de las personalidades anormales, distinguiéndolas conceptualmente de las otras enfermedades mentales.

En la concepción de Schneider destaca que las psicopatías son anormalidades y no enfermedades, que la anormalidad afecta esencialmente a la personalidad y que tienen una destacada proyección social. Consideró que eran más una “*forma de de ser*” que una categoría diagnóstica, las desvinculó de las neurosis y las psicosis, pero sugirió que la personalidad –sea normal o anormal- modula la forma en que se expresan las psicosis. Schneider se refirió a las personalidades psicopáticas como aquellos individuos “*que sufren por causa de su anormalidad o por cuya anormalidad sufre la sociedad*”. Señala también que “*aunque consideramos las direcciones y propiedades fundamentales y generales de la personalidad como congénitas y como dadas casi siempre en la disposición, no despreciamos, de ninguna manera, la importancia que tiene, en su desarrollo, la influencia del ambiente, de la educación, de las vivencias y de las experiencias, sobre aquellas direcciones y propiedades*” (Berrios, 1993; Barcia, 1982).

Schneider quiso desvincular el término “psicópata” del “antisocial” y que dejaran de emplearse como sinónimos, como pasaba con los escritores angloparlantes. Las diez categorías psicopáticas de la personalidad que describió Schneider fueron: *hipertímicos, inseguros, depresivos, fanáticos, lábiles, necesitados de estimación, explosivos, desalmados, abúlicos y asténicos* (Berrios, 1993; López Ibor, 1973).

Schneider se negó a considerar estos “trastornos” como enfermedades, lo que ha marcado la historia médico legal de estas alteraciones (Baca y Roca, 2004). Sin embargo, autores como **Henderson DK**, que publicó en 1939 “*Psychopatic states*”, se apartaron de forma nítida de la posición de Schneider al afirmar que las psicopatías son trastornos de la conducta, disociales o asociales, que constituyen verdaderas enfermedades.

Para Barcia, 1982, las críticas que recibió Schneider fueron positivas en cuanto que afianzaron la doctrina de este autor y clarificaron los rasgos básicos del TP que serían los siguientes:

1. Afectación de las funciones profundas de la persona.
2. Conservación de la inteligencia.
3. Persistencia del trastorno.

El psiquiatra y filósofo alemán **Jaspers K** (1883-1969) se apoyó en la definición de Schneider de personalidades psicopáticas y agrupó las “*variaciones del ser humano*” en tres grupos:

1. “*variaciones de las condiciones caracterológicas básicas, que fueron distinguidas en la construcción del carácter*”, en las que encuadraba las variaciones según las “*condiciones básicas de los temperamentos*”, las “*condiciones volitivas*” y las “*condiciones afectivas e instintivas*”.

2. “*variaciones de la energía psíquica*”, donde se incluían los neurasténicos y psicasténicos.

3. “*variaciones por causa de la dialéctica fundamental de todo lo comprensible, la autoreflexión (caracteres reflexivos)*”, epígrafe que describía a los histéricos, los hipocondriacos y los inseguros de sí mismos o sensitivos (Jaspers, 1913).

Berrios, en 1993 realizó una revisión de la historia de los conceptos de personalidad, trastorno de la personalidad, carácter, temperamento, constitución, “sí mismo” (“*self*”), tipo, rasgo e inferioridad psicopática, que abarca el siglo XIX y los inicios del XX hasta la segunda guerra mundial y concluyó que:

1. El concepto de trastorno de la personalidad (o del carácter) aparece en la literatura del siglo XIX después de que la definición psicológica de carácter y de personalidad se pudiera emplear y después de que el “sí mismo” fuera considerado como una función mental.

2. Durante los 150 años estudiados la palabra personalidad tuvo diversos significados y lo que hoy se llama personalidad, fue llamado carácter, temperamento y constitución.

3. Desde el principio el concepto psiquiátrico de “desorden del carácter” incluía referencias a un sustrato orgánico, como reflejo y manifestación del punto de vista anatómico/clínico con que se estudiaba.

4. Además, durante el siglo XIX, trastorno de la personalidad significaba alteración de la capacidad de conocimiento e incluía estados como la histeria. Esto

explica el hecho de que hasta la Segunda Guerra Mundial, no coincidían la psiquiatría y la psicología a la hora de estudiar la personalidad y sus trastornos.

Respecto a la etiología, Berrios afirma que durante el siglo XIX hubo tres modelos causales para los TP:

1. Los TP (las psicopatías) estarían causados por un fallo en la “voluntad”.
2. El asociacionismo, que comenzó con los trabajos de Locke y otros filósofos británicos y consideraban la mente como una pizarra en blanco, postulaban una pérdida de coherencia entre lo cognitivo, lo emocional y lo volitivo en estas patologías.
3. La hipótesis del automatismo, que sugería que los TP eran el resultado de la pérdida del control de las instancias superiores sobre las inferiores.

Estos tres modelos empleaban explicaciones basadas en mecanismos degenerativos (genéticos) y adquiridos (aprendidos).

Berrios considera que, más que las investigaciones prácticas, lo que hizo que imperara una u otra visión sobre la personalidad, fueron los contextos intelectuales y las modas y así, cuando el concepto de voluntad pasó de moda, los modelos que explicaban la psicopatía a través de la volición desaparecieron rápidamente y de la misma manera la dimensión del desarrollo sólo se añadió al concepto de TP después de la inclusión de las ideas de Freud. En cualquier caso, los modelos neurobiológicos son una manifestación de la pronta asunción de que el comportamiento, ya sea normal o patológico, depende de sucesos específicos neuroquímicos (Berrios, 1993).

2.5 La segunda mitad del siglo XX

Durante la segunda mitad del siglo XX (Tabla 5) se define con mayor precisión el concepto de TP, aparecen las clasificaciones internacionales de enfermedades y se aplica el método científico para el estudio e investigación de los TP. Las publicaciones son numerosas y la facilidad de comunicación entre los diferentes grupos de investigación en todo el mundo acelera el proceso y favorece la aparición de nuevas concepciones, que veremos más extensamente en epígrafes posteriores.

Tabla 5. Hitos históricos en el estudio de los TP durante la segunda mitad del siglo XX

1952 - Aparece la DSM I que incluye los TP
1955 - Cattell describe 16 factores de personalidad
1959 - Se incluye el “trastorno psicopático” en el “Mental Health Act”
1970 - Gray propone sus “sistemas emocionales”
1980 - Los TP son clasificados en un Eje independiente de la DSM III
1986 - Cloninger propone su modelo psicobiológico
1990 - Millon sugiere un nuevo modelo desde una perspectiva evolucionista

A pesar de las discusiones generadas por las propuestas de Schneider, todavía durante la primera mitad del siglo XX las anormalidades de la personalidad quedaban excluidas del modelo médico tradicional pues no se consideraba que tras ellas hubiera una fisiopatología que pudiera ser estudiada, sino que se les atribuía más bien un contenido moral, muy vinculado a las concepciones de “persona”.

Fue en torno a la mitad de siglo XX cuando se empezó a considerar la posibilidad de una relación entre el biotipo corporal y las características de la personalidad, como sugirió Kretschmer, y gracias a Cleckley H y López-Ibor JJ, se postula que puedan existir alteraciones de carácter biológico que subyazcan en las alteraciones de la personalidad. También **Berman L** (1893-1946) sugiere en la primera mitad del siglo XX, una tipología basada en características endocrinas: personalidad adrenal, pituitaria, tiroidea, timocéntrica y gonadocéntrica (Nordlund, 2007)

Cleckley H, médico norteamericano, escribió en 1941 un libro titulado “*Mask of sanity*” en el que pretende describir a los psicópatas empleando 16 rasgos de personalidad. Para que un sujeto pudiera ser calificado como psicópata, deberían estar presentes un conjunto de ellos de forma persistente. Estos rasgos son: inexistencia de alucinaciones o de otras manifestaciones de pensamiento irracional; ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas; encanto externo y notable inteligencia; egocentrismo patológico e incapacidad de amar; gran pobreza de reacciones afectivas básicas; vida sexual impersonal, trivial y poco integrada; falta de sentimiento de culpa y de vergüenza; indigno de confianza; mentiras e insinceridad; pérdida específica de la intuición; incapacidad para seguir cualquier plan de vida; conducta antisocial sin aparente remordimiento; amenazas de suicidio raramente cumplidas; razonamiento insuficiente o falta de capacidad para aprender la experiencia vivida; irresponsabilidad en las relaciones interpersonales; comportamiento fantástico y poco regulable en el consumo de alcohol y drogas (Marietán, 1998).

Nuttin J, psicólogo psicoanalista, intentó realizar una síntesis entre las corrientes filosóficas y las teorías científicas. Consideró que el término persona ha de ser reservado para designar al individuo y planteó el carácter de construcción científica del término personalidad que define como “*construcción científica elaborada por el psicólogo para poder hacerse una idea de la manera de ser y de funcionar que caracteriza al organismo psicofisiológico que denominamos persona humana*”. Nuttin aportó varios aspectos importantes para las concepciones posteriores sobre la personalidad: los comportamientos característicos de los individuos, las diferencias

individuales, las posibilidades de estudiar la personalidad desde un punto de vista normativo (categorial) o descriptivo para cada personalidad y de clarificar los distintos significados de “yo”, “sí”, y “sí mismo” (Baca y Roca, 2004).

2.6 Eysenck, un punto de inflexión

El psicólogo inglés **Eysenck HJ** (1916-1997), a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, se planteó la búsqueda de un sustrato neurobiológico que explicara las variantes del comportamiento y la forma de sentir de los seres humanos y que produjera estas variantes como patológicas en función de alteraciones cuantitativas de este sustrato (Baca y Roca, 2004)

Evaluó la personalidad de 700 pacientes con un cuestionario específico y describió unas dimensiones básicas de la personalidad tras realizar un estudio estadístico mediante análisis factorial. En un principio identificó dos factores de personalidad, neuroticismo y distimia-histeria, a los que dio importancia y consideró determinantes de la personalidad. Más adelante, de acuerdo con posteriores estudios más profundos y amplios, basados también en técnicas de análisis factorial, definió tres dimensiones básicas de la personalidad:

1. Neuroticismo-Estabilidad.
2. Extraversión-Introversión.
3. Psicoticismo-Normalidad.

Para comenzar sus estudios Eysenck se apoyó en el modelo biológico del fisiólogo ruso Pavlov, que en los años previos estudió el comportamiento humano basándose en el modelo experimental y en el esquema Estímulo-Organismo-Respuesta. Bajo esta óptica concluyó que era el Sistema Nervioso el último responsable del comportamiento de los sujetos, radicando en la corteza cerebral el móvil de la conducta mediante dos procesos: excitación e inhibición.

Según **Pavlov IP** (1849-1936), los sujetos serían fuertes o débiles según la capacidad que tengan para soportar estímulos de mayor o menor intensidad; tendrían equilibrio o no lo tendrían según si se mantienen estables entre la inhibición y la excitación, y serían vivos o inertes según la capacidad de alternar de un proceso al otro.

Se puede establecer una cierta semejanza entre los procesos de Pavlov y la tipología establecida por Galeno en el siglo II después de Cristo, como herencia de Hipócrates (Tabla 6). Así, los cuatro temperamentos que describió Galeno de acuerdo

con la influencia de los distintos humores, dejaban entrever las dimensiones básicas de la personalidad - neuroticismo e introversión- que más adelante servirán como Eje de diversos modelos dimensionales de la personalidad.

Tabla 6. Correspondencia Tipologías de Hipócrates–Galeno y Pavlov

TEMPERAMENTOS DE GALENO	HUMORES	TIPOLOGÍAS DE PAVLOV
Melancólico	Bilis negra	Débil
Sanguíneo	Sangre	Vivo
Colérico	Bilis amarilla	Fuerte-desequilibrado
Flemático	Flema	Lento

Wundt (1832-1920), psicólogo y filósofo alemán, también esbozó una aproximación dimensional basándose en estos tipos caracteriales, pero empleaba sólo dos dimensiones que se distribuirían en la población clínica en forma de continuo. Los emotivos serían los coléricos y los melancólicos, frente a los no emotivos sanguíneos y flemáticos. Consideraba que coléricos y sanguíneos eran mutables, mientras que flemáticos y melancólicos eran inmutables (Vázquez *et al*, 1990).

Casi de modo simultáneo el neuropsiquiatra alemán **Kretschmer E** (1888-1964) y el psicólogo norteamericano **Sheldon W** (1898-1977) proponían dos tipologías de personalidad basadas en características del fenotipo. Kretschmer se centró más en los aspectos somáticos e intentó fijar el concepto de carácter, como totalidad de las posibilidades afectivo-volitivas de reacción de una persona que surgen en el transcurso de su evolución vital, y el de temperamento. Ambos pueden considerarse como sustratos neuroendocrinos que determinan la sensibilidad (o su carencia) a los estímulos exteriores, el colorido o temple anímico, el ritmo del funcionamiento psicológico general y la psicomotricidad (incluida la impulsividad) del sujeto. De esta forma, el autor propone la existencia de cuatro biotipos: Pícnico, Asténico, Atlético y Displásico. El Pícnico sería extrovertido, ciclotímico, despreocupado, sociable e improvisador. El Asténico sería introvertido, esquizotímico, tímido, retraído, rígido, perseverante y preocupado. El Atlético sería seguro, sincero, tenaz y con capacidad de trabajo, mientras el Displásico tendría un patrón anómalo, no correspondiente con ninguno de los anteriores (Baca y Roca, 2004; Gili *et al.*, 2004).

Sheldon, por su parte, se centró más en los aspectos psicológicos, buscando dimensiones que caracterizaran a todas las personas según la dimensión física predominante en cada individuo y describió tres biotipos corporales: Endomórfico, Ectomórfico y Mesomórfico. El Endomorfismo, con predominio de la capa interna embrionaria y de los órganos digestivos, mostraría un cuerpo redondeado con flacidez

muscular y generaría una dimensión temperamental llamada Visceroctonía, con unas características de personalidad tolerante, extrovertido, amante del confort, necesitado de afecto, con buen humor y relajado. El Mesomorfismo, con predominio de la capa embrionaria media (mesodermo) y de los huesos y los músculos, mostraría un cuerpo de apariencia rectangular, musculoso y esbelto, y generaría una dimensión temperamental llamada Somatoctonía, con unas características de personalidad aventurera, deseoso de poder y dominancia, con coraje, asertivo y sin importarle la opinión externa. El Ectomorfismo, con predominio de la capa embrionaria externa (ectodermo) y de la piel y el sistema nervioso, mostraría un cuerpo delgado y alto, de apariencia juvenil con finos músculos y cráneo alargado. Generaría una dimensión temperamental llamada Cerebrotonía, con unas características de introversión, emocionalmente retraído, con gran autoconocimiento, tendencia a la ansiedad social y a los intereses artísticos, inhibido y amante de la privacidad (Baca y Roca, 2004; Gili *et al.*, 2004).

2.7 Más allá del modelo de Eysenck

Tras las investigaciones y propuestas de Eysenck la psiquiatría emprendió nuevas investigaciones en la búsqueda de un sustrato biológico que explicara las diversas formas de pensar, sentir y comportarse de los seres humanos. Así, **Gray JA** partió –al igual que Eysenck- de la teoría de Pavlov y, tras diversos estudios con animales y técnicas de auto-estimulación, modificó la teoría de Eysenck y sus dos dimensiones principales: introversión y neuroticismo y propuso en 1981 dos nuevas dimensiones: ansiedad e impulsividad.

Costa y Mc Crae, por su parte, en 1990, desarrollaron ampliamente el modelo de los cinco grandes factores que el psicólogo **Fiske DW** había formulado en 1949, y postulan una teoría de la persona, más que de la personalidad. Esta teoría les permite distinguir entre elementos estables de la personalidad y elementos dinámicos que pueden cambiar a lo largo de la vida. La persona estaría estructurada en seis niveles: tendencias básicas, influencias externas, características y estilo adaptativo, biografía objetiva, autoconcepto y procesos dinámicos (Baca y Roca, 2004). Este modelo, propone cinco dimensiones para analizar la personalidad:

1. Introversión – Extroversión
2. Neuroticismo
3. Amabilidad - Oposicionismo

4. Responsabilidad – Falta de responsabilidad

5. Apertura a la experiencia.

Introversión y Neuroticismo son dimensiones similares a las propuestas por Eysenck, mientras que las dimensiones Amabilidad, frente a Oposicionismo, hacen referencia a la calidez emocional y a la interacción social. Responsabilidad frente a Falta de responsabilidad, refleja el control de la conducta frente a la impulsividad, de acuerdo con el grado de organización, persistencia, control y motivación de la conducta. Por último Apertura a la experiencia se relaciona con la imaginación frente a la constricción, y también con la búsqueda de experiencias, el placer por lo desconocido y su puesta en práctica.

El modelo de los cinco grandes factores (*Big Five*) ha desbancado al de Eysenck, principalmente en los Estados Unidos de América, y es hoy uno de los más empleados en la investigación sobre la personalidad, aunque también han recibido grandes críticas como la que hace Kagan recientemente *“por desgracia, estos atrevidos psicólogos no se dieron cuenta de que las fuentes de los datos influyen en el significado de un concepto científico. Los defensores de las Cinco Grandes dimensiones de la personalidad daban por sentado, sin proporcionar argumentos detallados, que los juicios emitidos por una persona de forma consciente sobre sus comportamientos, creencias y estos de ánimo constituían las bases más válidas para inferir los tipos de personalidad fundamentales. Este enfoque resulta chocante. (...) Si las personas que rellenaron los cuestionarios hubieran sido observadas en distintos contextos y se hubiera realizado un análisis factorial de dichas observaciones, hubiera surgido un conjunto distinto de tipos de personalidad. (...) La crítica más importante a las pruebas que aportan los cuestionarios radica en que revelan sólo un conjunto selectivo de propiedades que el individuo está dispuesto a comunicar de forma consciente y no proporciona información sobre rasgos que son muy privados, inaccesibles a la conciencia, o que están ligados a estados fisiológicos. Así pues, a pesar de que en los debates contemporáneos sobre personalidad las Cinco Grandes dimensiones de la personalidad constituyen la visión dominante en las publicaciones especializadas norteamericanas, dicha visión no deja de ser una respuesta específica y limitada a la pregunta: ¿cuáles son los tipos de personalidad básicos?”* (Kagan, 2007). Evidentemente, una crítica similar podría realizarse a cualquier teoría de rasgos basada en la inferencia de datos sobre personalidad obtenidos de la aplicación de cuestionarios escritos.

No obstante, otros autores como **Zuckerman** y sus colaboradores, han propuesto alternativas a la teoría de los Cinco Grandes de Costa y McCrae. Tras realizar un análisis factorial de cuestionarios y escalas de personalidad, proponen también cinco factores de personalidad:

1. Búsqueda de sensaciones
2. Agresión – Hostilidad
3. Actividad
4. Sociabilidad (Introversión – Extroversión)
5. Neuroticismo – Ansiedad.

Si se comparan los modelos de Eysenck, Costa y Mc Crae y Zuckerman (Catarineu S *et al.*, 1998) se puede concluir que:

1. En los tres modelos la Extroversión y el Neuroticismo son factores similares.
2. La Responsabilidad (de Costa y Mc Crae) y la Búsqueda de Sensaciones (de Zuckerman) están incluidas en el Psicoticismo (de Eysenck).
3. La Amabilidad (de Costa y McCrae) y la Agresividad – Hostilidad (de Zuckerman) conforman un cuarto factor no presente en la teoría de Eysenck.
4. No hay convergencia entre Apertura a la experiencia (Costa y Mc Crae) y ninguno de los factores de las restantes teorías.

Más recientemente, desde la óptica de la patología de la personalidad, **Siever y Davis** (1991) analizaron pacientes con diagnóstico de TP teniendo en cuenta sus posibles raíces biológicas (neuroquímicas y neurofisiológicas) y propusieron cuatro dimensiones que subyacen tanto a los trastornos del Eje I, como a los del Eje II. Las dimensiones propuestas fueron las siguientes:

1. Organización cognitivo – perceptiva
2. Inestabilidad afectiva
3. Impulsividad – Agresividad
4. Ansiedad – Inhibición.

Cuando las alteraciones en estas dimensiones son menores o moderadas, darían lugar a los TP y si son extremas, estaríamos hablando de trastornos del Eje I.

2.8 Dos concepciones de autor: Cloninger y Millon

Basándose también en los trabajos de Eysenck, **Cloninger R.** elaboró -a finales del siglo XX y lo ha ido desarrollando y enriqueciendo hasta nuestros días- un modelo psicobiológico explicativo de la personalidad, que buscaba aunar posiciones neurobiológicas, psicosociales, psicodinámicas y cognitivo-conductuales, y unificar aspectos psicométricos (técnicas de análisis factorial) y neurobiológicos, que además conseguirían integrar las descripciones categoriales y dimensionales. Se apoyó en estudios empíricos, con varios desarrollos y reformulaciones, para proponer finalmente siete dimensiones que explicarían la personalidad.

Cuatro de estas dimensiones -Búsqueda de novedades, Evitación del riesgo, Dependencia de la recompensa y Persistencia- corresponderían al **temperamento**, que fue definido como *“las respuestas emocionales automáticas a los estímulos”*. Este concepto está fundamentado en las ideas de Kretschmer y en la tradición psiquiátrica centroeuropea (Baca y Roca, 2004) de que el temperamento es considerado el núcleo emocional de la personalidad, heredado en un 50% aproximadamente (Bayón, 2004) y moderadamente estable desde la infancia hasta la edad adulta. Las variables temperamentales implican la respuesta automática a estímulos emocionales, determinan hábitos y emociones y estarían reguladas por el sistema límbico.

El **carácter**, constituido por tres dimensiones: Autodirectividad, Trascendencia y Cooperación, sería el núcleo conceptual de la personalidad, que influiría en nuestras actitudes e intenciones y estaría heredado en menor medida que el temperamento e influido por el aprendizaje social y las expectativas culturales. Las variables caracteriales estarían reguladas por el hipocampo y el neocortex.

Algunos autores consideran que el modelo de Cloninger, aunque encomiable y merecedor de una especial atención, es un intento superficial, demasiado deudor del instrumento diseñado por el mismo Cloninger para explorar la personalidad (Baca y Roca, 2004).

Otra aportación relevante en el estudio de la personalidad y sus trastornos, también desarrollada a finales del siglo XX y con inicio en 1969, es la de Millon quien define la personalidad como *“un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona”*. Millon criticó

fuertemente la clasificación de los TP propuesta por la psiquiatría contemporánea y afirmó que la clasificación “*DSM promueve la creencia de que son enfermedades médicas discretas. En realidad esto no es así. (...) La personalidad no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de las características de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas*” (Millon y Davis, 2001).

Inicialmente, en 1969, Millon partió de la concepción de que la personalidad era un proceso de desarrollo en el que influirían tanto variables biológicas como ambientales y a partir de esta interacción se explicarían tanto la personalidad normal como la patológica. Describió una serie de patrones de afrontamiento característicos, a través de los cuales cada persona procura obtener la satisfacción y evitar el sufrimiento en cada situación determinada. Las tres categorías iniciales de patrones de afrontamiento que el autor propuso fueron las siguientes:

1. Actividad-Pasividad: que oscila entre la capacidad de iniciativa, resolución y emprendimiento hasta la inactividad, falta de ambición y resignación.

2. Placer-Dolor: que muestra tendencia a buscar las situaciones que suponen un refuerzo positivo, o conducirse por la evitación y el escape de los refuerzos negativos.

3. Sujeto-Objeto: referida a dónde busca la fuente de refuerzo (los otros o uno mismo), con cuatro posibilidades: dependiente (elevada necesidad de apoyo y atención), independiente (confianza en sí mismo), ambivalente (conflicto por depender de sí o de los demás) y desvinculado (incapaz de experimentar recompensas de sí o de los demás)

Combinando la naturaleza y la fuente del refuerzo con las conductas a conseguirlo, Millon propone ocho tipos de personalidades patológicas: Pasivo-Dependiente (TP Dependiente), Activo-Dependiente (TP Histriónico), Pasivo-Independiente (TP Narcisista), Activo-Independiente (TP Antisocial), Pasivo-Ambivalente (TP Obsesivo-Compulsivo), Activo-Ambivalente (TP Pasivo-Agresivo), Pasivo-Desvinculado (TP Esquizoide) y Activo-Desvinculado (TP Evitativo).

En 1990, Millon reformuló su teoría y consideró que los TP eran estilos de funcionamiento desadaptativo que cubrían desequilibrios y carencias de la especie para interactuar con el ambiente. Propuso cuatro esferas básicas de organización de la persona que constituirían las fases evolutivas: propósito de la existencia personal, modo de adaptación, estrategias de reproducción y procesos de abstracción.

Millon sostiene desde entonces que la personalidad es un conjunto de constructos a partir de datos observados y que existe en un continuum entre normalidad y alteración. Su evaluación debe dar cuenta de los sistemas que conforman sus

constructos teóricos y su alteración se relaciona con el desequilibrio de los sistemas que la conforman. Considera por tanto, que los TP no son enfermedades sino estilos de comportamiento, cognición y emoción estructurados; estructuras de funcionamiento diferenciadas; sistemas dinámicos y estructurados, donde unos niveles son permanentes y otros más cambiantes. Y defiende que los TP pueden ser evaluados de forma aproximada en un continuo y que requieren modalidades de tratamiento combinadas y diseñadas estratégicamente de manera secuenciada (Gili, 2004; Millon, 1996; Millon, 2000).

2.9 Concepto de Trastorno de la Personalidad en las clasificaciones diagnósticas internacionales

Los TP siempre han estado presentes en las clasificaciones diagnósticas internacionales de enfermedades mentales. De hecho, en 1952, en la primera publicación de la *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), se definía a los TP como rasgos que bajo circunstancias estresantes conducían a conductas inflexibles y maladaptativas, y en la DSM-II se incidía en que los TP incluían también deterioro en el funcionamiento y *distress*, y no sólo una conducta apartada de lo socialmente esperado (Phillips, 2000).

Como es conocido, la DSM es una clasificación que evita jerarquizar los trastornos, elabora una descripción sistemática de los mismos y los agrupa en función de un modelo multiaxial, con cinco Ejes que recogen distinta información:

Eje I – Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Eje II – Trastornos de la personalidad y retraso mental.

Eje III – Enfermedades médicas.

Eje IV – Alteraciones psicosociales y ambientales.

Eje V – Evaluación de la actividad global.

Sin embargo los TP no ocuparon su lugar propio e independiente en el Eje II hasta 1980, con la DSM-III, en la que se añadieron criterios diagnósticos específicos para estas patologías, lo que supuso un claro avance en su diagnóstico y estudio. Desde entonces sólo tres de los TP específicos se han mantenido presentes en las consecuentes ediciones de la clasificación DSM, los TP Paranoide, Antisocial y Obsesivo-Compulsivo.

Algunos autores afirman que hubo dos motivos para dar a los TP un Eje independiente (Eje II) separado del resto de las enfermedades mentales (Eje I). El primero de ellos, que fue comunicado oficialmente, fue más una decisión práctica que una razón científica, y es que el diagnóstico de TP podría ser olvidado o subestimado a la hora de “competir” con otros trastornos del Eje I. El segundo motivo, que según Tyrer P. sería el verdadero aunque no el “oficial”, fue que los psicoterapeutas muy descontentos con la DSM, aceptaron las principales descripciones del Eje I a cambio de tener un Eje II separado para los TP (Tyrer *et al.*, 2007).

La DSM-III emplea por primera vez unos criterios diagnósticos bien definidos para describir los comportamientos de los TP, de acuerdo con las categorías de clasificación. Sin embargo hay autores (Tyrer *et al.*, 2007; Livesley *et al.*, 1994) que consideran que clasificar de esta manera a los TP no es lo más indicado, porque las definiciones de TP que se emplean como base de estas clasificaciones, aportan descripciones heterogéneas. Estos autores afirman que cuando se explora la presencia de estos criterios con detalle, la distribución real *en* la clínica de los criterios diagnósticos de TP es muy diferente a como se expone en la DSM y casi ningún sujeto cumple sólo y exclusivamente los criterios para un TP específico, pues no cumple algunos o presenta otros que no son considerados por la DSM (Westen *et al.*, 2006) lo que daría lugar a un análisis parcial de la realidad.

En la DSM-IV y la DSM-IV-TR se conserva la misma estructura que en la DSM-III. Se mantiene el Eje II que clasifica a los TP de manera independiente de los otros trastornos mentales y se enumeran los diferentes criterios diagnósticos que ha de cumplir cualquier TP (Anexo I)

Según la cuarta edición revisada de la DSM de la *American Psychiatric Association* en su edición en castellano (APA, 2004), “un Trastorno de la Personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”.

En la DSM-IV-TR también describe una serie de características para cada uno de los diez TP específicos: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Límite, Histriónico, Narcisista, Evitativo, Dependiente, Obsesivo-Compulsivo y recoge una categoría para el TP No especificado.

Este sistema agrupa los diez TP específicos en tres grupos (“*Clusters*”):

Grupo A – Sujetos “extraños o excéntricos”: que incluye los TP Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico.

Grupo B – Sujetos “dramáticos, emotivos o inestables”: donde están presentes los TP Narcisista, Histriónico, Límite y Antisocial.

Grupo C – Sujetos “ansioso-temerosos”: que contiene los TP Evitativo, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), promovida por la Organización Mundial de la salud, nació en 1893 con el nombre de Clasificación Internacional de Causas de Muerte (Instituto Estadístico Internacional de Paris, 1893). Las enfermedades mentales fueron incluidas de manera progresiva en las sucesivas ediciones de la CIE. Así, en la CIE-5 todas se agrupaban en una sola categoría, mientras que en la CIE-6 ya se definieron veintiséis categorías, clasificadas en tres grupos: psicosis, neurosis y trastornos del carácter, el comportamiento y la inteligencia. La CIE-8 incluyó un glosario además de las veintiséis categorías diagnósticas, que la CIE-9 amplía a treinta.

Por último en la CIE-10 (OMS, 1992), que es la que se emplea en la actualidad, se contemplan cien categorías de trastornos mentales y considera que los TP son trastornos mentales primarios, que pueden coexistir con otros y los incluye en una categoría específica, en donde además define los criterios generales para diagnosticar un TP (Anexo II) y los criterios para nueve TP específicos: Paranoide, Esquizoide, Disocial, Histriónico, Anancástico, Ansioso-evitativo, Dependiente y de Inestabilidad emocional, que se subdivide en dos tipos: tipo límite y tipo impulsivo. También se recogen dos categorías para TP Sin especificación y Otros TP específicos (Saiz *et al.*, 2004; OMS, 1992).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), los TP “son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración de cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad

y casi siempre van asociadas con una tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta”.

Gracias a todas las aportaciones de autor, de las diferentes escuelas y del esfuerzo de las sociedades científicas por definir el concepto se ha llegado al actual concepto de TP, reflejado en el primer epígrafe de este trabajo. En los últimos años han sido muchos los estudios e investigaciones que se han planteado como objetivo mejorar esta definición, valorar la presencia de esta patología en la sociedad, generar instrumentos válidos para diagnosticarla, estudiar los factores que influyen, que desencadenan o que perpetúan los TP.

Nos podríamos preguntar si merece la pena tanto esfuerzo, si son los TP una patología tan importante o tan frecuente como para dedicarle tantos recursos y durante tantos años. En el siguiente apartado revisaremos los estudios epidemiológicos existentes sobre los TP, para conocer su prevalencia tanto en la población general como en la población psiquiátrica.

3. Epidemiología descriptiva de los Trastornos de la Personalidad

Las estimaciones de prevalencia de los TP en la población general oscilan mucho entre unos estudios y otros. Como se puede apreciar en la tabla 7 según la población de estudio, el tamaño de la muestra y el método de evaluación empleado el porcentaje de diagnóstico de TP puede variar desde un 0,1% (Lin *et al.*, 1963; Seit *et al.*, 1972) hasta un 48% (Chabrol *et al.*, 2002). Aunque en los estudios realizados en la última década 1997-2007, y con muestras mayores de 250 personas, se encuentra que la prevalencia de TP en la población general estaría entre un 4,4% y un 19% (Jane *et al.*, 2006; Coid *et al.*, 2006; Hong *et al.*, 2004; Torgersen *et al.*, 2001; Lenzenweger *et al.*, 1997).

Tabla 7. Prevalencia de TP en Población general*

Autores	Año	País	Muestra	Método/Instrumento	Prevalencia
Chabrol <i>et al.</i>	2002	Francia	60	DSM-IV/SIDP-IV	48%
Black <i>et al.</i>	1993	EEUU	247	DSM-III/SIDP	22,3%
Jane <i>et al.</i>	2006	EEUU	433	SIDP-IV	19%
Klein <i>et al.</i>	1995	EEUU	229	DSM-III-R/PDE	14,8%
Zimmerman y Coryell	1990	EEUU	697	DSM-III-R/SIDP	10,3-13,5%
Torgersen <i>et al.</i>	2001	Noruega	2.053	DSM-III-R/SIDP	13,4%
Casey <i>et al.</i>	1986	RU	200	CIE-10	13%
Hong <i>et al.</i>	2004	RU	292	DSM-III/SPE	12,9%
Reich <i>et al.</i>	1985	EEUU	235	DSM-III	11,1%
Maier <i>et al.</i>	1992	Alemania	447	DSM-III-R/SCID-II	10,3%
Langner <i>et al.</i>	1954	EEUU	1.660	Criterios americanos	9,8%
Bremen <i>et al.</i>	1944	Noruega	1.080	Criterios escandinavos	9,4%
Samuels <i>et al.</i>	1994	EEUU	742	DSM-IV/IPDE	9,0%
Moldin <i>et al.</i>	1994	EEUU	303	DSM-III-R/PDE	7,3%
Lenzenweger <i>et al.</i>	1997	EEUU	1.646	DSM-III-R/IPDE	6,7%
Essen-Meller <i>et al.</i>	1956	Suecia	2.530	CIE-8	6,4%
Samuels <i>et al.</i>	1994	EEUU	762	DSM-III/SPE	5,9%
Samuels <i>et al.</i>	1994	EEUU	742	CIE-10/IPDE	5,1%
Helgason <i>et al.</i>	1964	Islandia	5.395	Criterios escandinavos	4,6%
Coid <i>et al.</i>	2006	Inglaterra	626	DSM-IV/SCID	4,4%
Lenzenweger <i>et al.</i>	1997	EEUU	258	DSM-III-R/IPDE	3,9%
Diling <i>et al.</i>	1984	Alemania	1.666	CIE-9 y DSM-III-R	2,8%
Allebeck <i>et al.</i>	1970	Suecia	50.465	CIE-10	2,7%
Bash <i>et al.</i>	1970	Irán	1.468	CIE-8	1%
Seva <i>et al.</i>	1989	España	1.187	DSM-III-R	0,9%
Diling <i>et al.</i>	1979	Alemania	1536	CIE-8	0,7%
Seva <i>et al.</i>	1989	España	1.646	DSM-III-R	0,6%
Leighton <i>et al.</i>	1952	Canadá	1.010	DSM-I	0,1%
Lin <i>et al.</i>	1963	Taiwan	39.024	Criterios europeos	0,1%
Seit <i>et al.</i>	1972	India	2.691	Entrevista clínica	0,1%

*Ampliada y modificada de Seva A, 2003 y de Pérez Urdaniz A, 2004

Cuando las estimaciones de prevalencia de TP se realizan en poblaciones de sujetos que padecen alguna enfermedad del Eje I, estos porcentajes aumentan considerablemente y se sitúan entre el 10,8 y el 82% (Tabla 8). De hecho, para algunos autores, los TP son el grupo de enfermedades que más frecuentemente atienden los psiquiatras (Morán, 2006; Zimmerman *et al.*, 2005).

Tabla 8 Prevalencia de TP en poblaciones psiquiátricas*.

Autores	Año	País	Muestra	Método/Instrumento	Prevalencia
Hummelen <i>et al.</i>	2006	Noruega	1058	DSM-IV/SCID-II	82%
Marinangeli <i>et al.</i>	2000	Italia	156	DSM-III-R/SIDP-IV	73,7%
Oldham <i>et al.</i>	1995	EEUU	100	DSM-III-R/PDE/SCID-II	72%
Fossati <i>et al.</i>	2000	Italia	431	DSM-IV/SIDP-IV	71,9%
Ottoson <i>et al.</i>	1998	Suecia	138	DSM-IV/Entrevista	65,9%
Grilo <i>et al.</i>	1998	EEUU	117	DSM-III-R/PDE	65,8%
Gutiérrez <i>et al.</i>	2002	España	79	DSM-IV/SCID-II	60,8%
Marañón <i>et al.</i>	2007	España	84	IPDE	54,8%
Stangl <i>et al.</i>	1985	EEUU	131	DSM-III/SIDP-III	51,1%
Kass <i>et al.</i>	1985	EEUU	609	DSM-III/Entrevista	51,1%
Dahl	1986	Noruega	231	DSM-III/SADS	44,6%
Vázquez Roel y Cittadini	2007	España	526	DSM-IV/SCID-II	40,1%
Koenigsberg <i>et al.</i>	1985	EEUU	2.462	DSM-III/Entrevista	35,9%
Mezrich <i>et al.</i>	1982	EEUU	1111	DSM-III/Entrevista	21,9%
Oldham y Skodol	1991	EEUU	129.286	DSM-III/Entrevista	10,8%
Baca-García <i>et al.</i>	2007	España	10025	Criterios CIE 10	3,7%

*Ampliada y modificada de Seva A, 2003 y de Pérez Urdaniz A, 2004

La disparidad de resultados obtenidos en las diferentes investigaciones se puede atribuir a diferentes motivos que, sin profundizar en los análisis metodológicos, se ponen de manifiesto y hacen difícil que se puedan valorar en conjunto los resultados de las investigaciones realizadas. Como se puede apreciar en las tablas 7 y 8, los instrumentos de evaluación que se emplean son variados y entre ellos muestran grandes discrepancias que no vamos a analizar aquí pues no es este el objetivo de nuestro trabajo, por tanto la extrapolación de datos es complicada y poco fiable.

Hemos de recordar también que no hay coincidencia en el capítulo de los TP en las dos grandes clasificaciones nosológicas psiquiátricas, DSM-IV y CIE-10. Esto, unido a que el diagnóstico de TP es poco estable y que los estudios realizados no son representativos de la población general, hace aconsejable una valoración prudente de los datos epidemiológicos (Pérez Urdaniz, 2004).

No obstante, estos datos de prevalencia -ya sea que uno de cada diez de mis pacientes (Lenzenweger, 2008; Oldham *et al.*, 1991) u ocho de cada diez (Hummelen *et al.*, 2006) padezcan un TP- nos están indicando que los TP están presentes -en mayor o menor medida según diferentes factores como el país, la población, el centro de trabajo, etc. Como afirman Zimmerman *et al.* (2008), los estudios realizados con entrevistas semiestructuradas indican que aproximadamente la mitad de los pacientes que acuden a un servicio de psiquiatría tienen un TP, por tanto han de ser detectados, diagnosticados adecuadamente y tratados de manera específica, pues los beneficios derivados de ello

son importantes y tienen relevancia sanitaria, social, familiar, etc., como veremos en el siguiente epígrafe.

4. Importancia del diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad

A pesar del esfuerzo económico y personal que supone, múltiples investigaciones hacen aconsejable que se valore la presencia de un TP en todos aquellos pacientes que acudan a los servicios de salud mental, para poder diagnosticarlo y tratarlo. Los motivos para ello son diversos:

En primer lugar se ha observado que los TP causan múltiples problemas a quienes los padecen. Estas personas sufren y hacen sufrir a aquellos con los que conviven, sus relaciones sociales suelen ser más problemáticas y no son capaces de responder de forma flexible y adaptativa ni a las demandas del entorno ni a los cambios ambientales o al curso normal de la vida (Phillips *et al.*, 2000). Es frecuente que estos pacientes no atribuyan a su personalidad el origen de sus problemas y suelen buscar en el exterior la causa por la que se perpetúa su malestar y se incrementan las dificultades. Estos problemas, a menudo consecuencia de su patología, son muy variables y los sujetos con TP presentan un alto porcentaje de problemas matrimoniales, familiares y de pareja, dificultades para mantener de forma estable un empleo, altas tasas de accidentes, cometen con más frecuencia que otras personas abusos infantiles, acuden a los servicios médicos de urgencia con más frecuencia y practican más la delincuencia y el abuso de sustancias (Phillips *et al.*, 2000).

Como hemos visto anteriormente existe una alta prevalencia de TP, tanto en la población general como en las poblaciones psiquiátricas. Esto nos obliga a descartar su presencia en cualquier sujeto que acuda a los servicios de psiquiatría de un centro de salud y hace necesarias intervenciones preventivas (Coid *et al.*, 2006; Coid, 2003). La realidad es que estos pacientes acuden a los servicios de salud mental. Por ejemplo, un estudio encontró que entre el 5,3 y el 8,9 % de los ingresos en un servicio de psiquiatría entre 1988 y 1998, estuvieron motivados por la presencia de un TP (Guaiana y Barbui, 2006). Además, esta proporción iba incrementando progresivamente a lo largo de los años. En este mismo servicio de psiquiatría, la proporción de casos de primeros ingresos causados directamente por la presencia de un TP se mantuvo estable durante esos diez años entre un 5,7 y un 7,6%.

Se podría pensar que en los sujetos que ya presentan una patología del Eje I, no es conveniente ni necesario evaluar la patología de la personalidad, pero no es así. Esta evaluación queda justificada por la influencia que el TP ejerce en la incidencia, incremento de la psicopatología, evolución y tratamiento de las patologías del Eje I, que son las que de manera habitual el paciente refiere como principal queja o problema (Skodol *et al.*, 2005a).

Además, en los casos en que coexiste un TP, la psicopatología que presenta el paciente es más intensa y existe un mayor deterioro del funcionamiento psicosocial (Zimmerman *et al.*, 2005; Skodol *et al.*, 2002; Alnaes *et al.*, 1997). De hecho, el estudio de la personalidad en los sujetos con TP es un fuerte predictor de la evolución de la enfermedad del Eje I cuando el TP coexiste con otra patología mental (Newton-Howes *et al.*, 2006).

El coste del tratamiento es otra de las variables que nos indica que la personalidad ha de estudiarse, no sólo porque el tratamiento de un TP sea muy caro, sino porque esta circunstancia aumenta el coste que precisa el paciente para el tratamiento de los trastornos del Eje I que padece (Bender *et al.*, 2001; Shea *et al.*, 1992).

También se ha de considerar que cuando el clínico conoce bien la personalidad del paciente ambos se benefician, ya que le permite hacer una descripción más precisa de la psicopatología y un pronóstico más acertado. Así, ambos entienden mejor el cuadro clínico de la enfermedad y cómo se ha de dirigir la orientación terapéutica, pues las características de la personalidad influyen notablemente en la elección del tratamiento farmacológico y del modelo de psicoterapia que se ha de emplear (Tyrer, 2005; Jablensky, 2002).

Conocer la gravedad e intensidad de un TP es importante a la hora de atender a estos pacientes es un componente que es esencial en la asistencia clínica y que tendrá gran utilidad para la misma. Porque si se desconoce o se ignora la presencia de un TP, se pierden datos esenciales para la correcta atención y tratamiento de la patología del paciente, pues se atribuyen erróneamente a otros procesos patológicos (Tyrer, 2005). Como ejemplo de esto puede servir lo observado en el *Nothingham Study of Neurotic Disorder*, que encontró que los pacientes que tenían trastornos del estado de ánimo resistentes al tratamiento, estaban siendo resistentes no tanto porque su patología del Eje I fuera muy grave y resistente en sí misma, sino por la presencia de un TP que la hacía resistente. Observaron también que la personalidad del paciente era un buen predictor

de la disfunción social que se iba a generar, de la evolución en general del sujeto y de la mejoría o no de la patología propia del Eje I.

También en otros estudios se han obtenido resultados que aconsejan la valoración de la presencia de un TP. Por ejemplo, en tres estudios realizados en pacientes con psicosis recurrentes, se observó que aquellos con una “personalidad compleja” respondían peor al tratamiento antipsicótico y tenían más problemas en su adaptación social por la existencia de conductas violentas o antisociales. Además, la personalidad influía negativamente en la duración de las hospitalizaciones haciéndolas más extensas y empeoraba y disminuía la calidad de vida. Se observó que la personalidad del paciente era el predictor más significativo de las conductas autoagresivas y de la evolución exitosa o no de la Terapia Dialéctico Comportamental (Tyrer, 2005).

Podría considerarse que el diagnóstico de los TP es inútil, ya que por definición, son patrones de conducta que son permanentes e inflexibles, y por lo tanto diagnosticar un TP sólo serviría para considerar a ese paciente un enfermo desahuciado, con el que no valdría la pena más que realizar unos cuidados paliativos. También podría llevarnos a evitar este diagnóstico dejarnos guiar por el gran estrés que genera al clínico no familiarizado con los TP la presencia de alteraciones de la personalidad, por las distorsiones y problemas que generan en la relación con el clínico o con otros pacientes en las unidades de hospitalización.

Aunque es un problema que ya se ha discutido largamente y que históricamente ya fue resuelto, podría ocurrir que se consideraran los TP como un problema de origen social o incluso un problema de etiología moral. Pero como bien dice López-Ibor JJ (1995): *“el problema es que los TP existen, han de ser diagnosticados, tratados e investigados”* (López-Ibor, 1995).

Por otra parte, los TP generan al clínico una intensa contratransferencia negativa (Rossberg *et al.*, 2007) y exigen poner en marcha un proceso de atención, no sólo costoso desde el punto de vista económico, sino también respecto a tiempo y medios diagnósticos que consumen.

Pero los beneficios obtenidos de su diagnóstico correcto, tanto para el paciente como para el clínico, sugieren que parece conveniente diagnosticar y tratar los TP (Skodol, 2008) pues, como se ha dicho anteriormente y resumimos a continuación, los TP:

1. Aumentan el número de síntomas y la intensidad de la psicopatología del Eje I.
2. Provocan mayor incidencia de enfermedades mentales primarias, afectando a su pronóstico y tratamiento.
3. Incrementan el coste económico si no se tratan.
4. Generan un mayor sufrimiento personal del paciente y de las personas de su entorno.
5. Influyen en la evolución de enfermedades médicas generales.
6. Su identificación mejora la relación médico-paciente en un aumento de la confianza y una disminución de la frustración de ambos.
7. Se pueden prevenir graves alteraciones como suicidio y otras formas prematuras de muerte (accidentes, sobredosis, etc.).
8. Se generan nuevas posibilidades de tratamiento, pues existen terapias que disminuyen la intensidad de los síntomas.

Podemos considerar, por tanto, que sí es importante diagnosticar la presencia de un TP, para lo que necesitaremos instrumentos específicamente diseñados, que sean válidos, eficaces, eficientes, sensibles, específicos y de fácil uso y aplicación. Conscientes de esta necesidad, múltiples investigadores han propuesto sistemas de evaluación y modelos diagnósticos que han derivado en instrumentos diagnósticos como veremos en el siguiente epígrafe.

5. Procedimientos empleados para la evaluación de los Trastornos de la Personalidad

Desde que en el año 1980 la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 1980) reconociera oficialmente a los TP como un ámbito distintivo de la psicopatología y los clasificara separadamente en el Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, ha habido un creciente interés en su estudio y ha aumentado el número de investigaciones de estas patologías, que se ha traducido en una proliferación de instrumentos de evaluación diseñados para investigar TP, rasgos de la personalidad maladaptativos o incluso dimensiones de la personalidad que pueden ser la base de las diferentes patologías de la personalidad.

No obstante, no hay todavía en la actualidad un único procedimiento diagnóstico que haya sido universalmente validado y de uso común en la práctica clínica (Green *et al.*, 2006; Lahortiga y Cervera, 2004; Shedler *et al.*, 2004b).

5.1 Dificultades en la evaluación de los Trastornos de la Personalidad

La evaluación de los TP es una tarea que ha sido afrontada por muchos especialistas e investigadores sin que se haya llegado todavía a un consenso sobre cuál es el método más fiable y efectivo para hacerlo. Son muchas las dificultades que existen actualmente para evaluar los TP. Como se puede observar de manera resumida en la Tabla 9, estas dificultades radican en los elementos que participan en la evaluación: el evaluado (paciente), el evaluador (clínico), lo que se evalúa (el TP) y el método de evaluación.

Tabla 9. Principales dificultades en la evaluación de los TP

En el paciente	Resistencia del paciente a ser calificado como TP
En el clínico	Falta de formación específica sobre los TP Basarse en el diagnóstico previo realizado por otro clínico sin ser crítico Confundir psicopatología del Eje I con la del Eje II Obtener la información de manera inadecuada Basar el diagnóstico en la contratransferencia negativa que el paciente provoca Aplicar las categorías DSM o CIE mecánicamente sin un análisis suficientemente profundo No aceptar la existencia de los TP como entidad clínica independiente Considerar los TP como si fueran “desviaciones morales”
En el concepto de TP	Falta de un consenso sobre el concepto mismo de la enfermedad Presencia de un trastorno del Eje I o de una enfermedad médica
En el método de evaluación	Dificultades para distinguir entre variaciones de la personalidad normal y TP Ausencia de una prueba diagnóstica universalmente aceptada

5.1.1 Dificultades que presenta el paciente.

En primer lugar el paciente puede resistirse a ser calificado de TP, pues en muchas ocasiones no se identifica con las conductas con que se le describe o, si las acepta como propias, no las considera patológicas. Así, en ocasiones, las opiniones de una persona significativa en la vida del sujeto respecto a estas conductas, son más certeras que las explicaciones del paciente y pueden ayudar a superar este problema (Bradley *et al.*, 2007).

5.1.2 Dificultades que presenta el evaluador

Buena parte de las dificultades que se dan para que exista un consenso en la literatura sobre el tema, se encuentran en el clínico que evalúa la presencia o ausencia de un TP. De esta forma el hecho de que el profesional clínico se base en el diagnóstico previo realizado por otros profesionales –quizá en una atención esporádica en el servicio de urgencias o en una sola entrevista ambulatoria- sin cuestionarse el origen de la psicopatología y atribuyendo toda la causalidad al TP, puede dar lugar a falsos positivos y que se trasladen diagnósticos emitidos sin fundamento a lo largo del tiempo. También es posible que el personal sanitario no identifique la existencia de comorbilidad al evaluar una patología del Eje I, que no acepte la existencia de los TP como entidad clínica independiente, que obtenga la información de manera inadecuada sin exploraciones diagnósticas precisas, que base el diagnóstico en la contratransferencia negativa que el paciente provoca o que aplique las categorías de la DSM o la CIE sin un análisis suficientemente profundo y extenso de los síntomas que presenta el paciente (Semple *et al.*, 2005).

El diagnóstico clínico de los TP debería basarse en una valoración precisa de las conductas duraderas en el tiempo y habituales en esa persona cuando no está sufriendo otra enfermedad mental, cuestión difícil si contamos con la alta comorbilidad que los TP presentan con otras enfermedades mentales. Pero es de interés intentar diferenciar la etiología de la sintomatología referida, y para este propósito puede ayudarnos -en algunos de los casos será esencial- obtener información de otras fuentes, además del propio paciente (Semple *et al.*, 2005), tales como:

- la observación durante la entrevista o durante la hospitalización del comportamiento del paciente;
- los acontecimientos vitales previos (médicos, escuela, universidad, historia legal, laboral, etc.);
- la información proporcionada por otros profesionales y
- la información aportada por personas cercanas al paciente, pues las que conviven o trabajan con ellos son las que perciben de modo más objetivo cómo es la conducta del paciente y qué pensamientos y sentimientos expresa.

En opinión de algunos autores (Semple *et al.*, 2005; Benjamin, 1996), una buena historia clínica dirigida a diagnosticar un TP, ha de incluir información de varios ámbitos de la vida del sujeto: infancia y adolescencia, historia laboral y legal, vida de pareja/matrimonial, dinámica familiar, motivo de consulta u hospitalización, qué

problemas quiere resolver, quién decidió acudir al profesional, contactos previos con los servicios de salud mental, historia de la enfermedad actual, síntomas principales que presenta en ese momento, antecedentes de autoagresión, intereses y aficiones, actitudes vitales (filosofía de vida, práctica de alguna religión, criterios morales), autoconcepto, capacidad para afrontar dificultades, estilos de afrontamiento y, de acuerdo con la información obtenida, se explorará además la presencia de determinados rasgos propios de los TP conforme a alguna de las clasificaciones vigentes.

Con el fin de facilitar y simplificar el diagnóstico y de superar algunas de las dificultades anteriormente referidas, se han ido desarrollando las clasificaciones de enfermedades en las que han estado incluidos desde su comienzo los TP. Es indudable que los sistemas de clasificación han sido muy útiles para mejorar el diagnóstico de los TP porque generan un lenguaje común y permiten tener una estructura diagnóstica donde encuadrar las diferentes patologías. No obstante, podríamos correr el riesgo de intentar calificar todas y cada una de las conductas humanas con etiquetas patológicas o generar síntomas donde sólo hay conductas distintas. También podría ocurrir que las guías de la DSM o de la CIE fueran malentendidas o empleadas como “almacenes de síntomas” de donde tomamos los que precisamos para construir la patología que queremos diagnosticar (Saiz *et al.*, 2004).

Un ejemplo de las dificultades diagnósticas que se producen, aun empleando las categorías diagnósticas, es un estudio recogido en la Agenda de investigación para el DSM-V. Se observó que los TP encabezaban la lista de las categorías diagnósticas con las que los clínicos estaban menos satisfechos. Al analizar el grado de satisfacción de 146 psicólogos y psiquiatras de 42 países distintos respecto a la clasificación DSM-III-R el 56% de los preguntados consideraba los TP “problemáticos”, muy por delante del segundo diagnóstico menos satisfactorio que era el de los Trastornos del Estado del Ánimo en un 28% (First *et al.*, 2002).

Aunque pueda resultar extraño este comentario, hemos de considerar que también puede dificultar el diagnóstico de un TP, si el clínico considera estas patologías como si fueran “desviaciones morales” -tal y como eran valoradas hasta mediados del siglo XX- como conductas elegidas libremente y con total responsabilidad, dependientes únicamente de la voluntad del sujeto, y no enfermedades con causas ajenas al libre actuar del paciente. Esta circunstancia puede verse agravada por el temor del clínico a perder su prestigio al tener pacientes que no mejoran a pesar de los múltiples intentos de ayuda (Díaz Marsá *et al.*, 1992).

Por eso es muy necesario un grado de formación importante sobre los TP para poder diagnosticarlos correctamente, ya sea a través de una entrevista clínica general, entrevistas estructuradas o semiestructuradas específicas, o por la obtención de datos de cuestionarios específicamente diseñados para evaluar la personalidad y sus trastornos. Además, a menudo es difícil identificar en su totalidad un patrón de conducta estable, de años de duración, sólo con un cuestionario o una entrevista de escasas horas de duración, sobre todo cuando los rasgos no son considerados conflictivos o patológicos para el paciente. También resulta complejo unificar los resultados obtenidos de los diferentes cuestionarios y entrevistas, porque se basan en teorías y modelos que, aunque estudian la misma realidad, no están siempre correlacionados en sus resultados (Lahortiga *et al.*, 2004)

5.1.3 Dificultades que presenta el concepto actual de Trastorno de la Personalidad

Otro ámbito en el que encontramos dificultades para evaluar estas patologías, es el mismo concepto de TP, para el que aún no existe un consenso, y la forma de expresión que tienen algunos TP. Así, la manera de expresar la inmadurez, la agresividad, la impulsividad, la inestabilidad o la dependencia es muy variable, no sólo en cada trastorno, sino para cada individuo en concreto. Como afirma Millon: “existen miles de formas de ser histriónico, esquizoide, masoquista, etc. Existen múltiples maneras de cumplir los criterios diagnósticos para cada trastorno de la personalidad” (Millon y Davis, 2001). La expresión de los rasgos de personalidad está influenciada y modulada por la particular biografía de cada sujeto.

Además, es frecuente que los pacientes con TP soliciten ayuda psiquiátrica cuando están descompensados por otros motivos (acontecimientos vitales, enfermedades psiquiátricas primarias, etc.) y por lo tanto puede que los rasgos patológicos no sean evidentes en ese momento, lo que lleva a que el paciente sea etiquetado como perteneciente a otra categoría diagnóstica.

La presencia de enfermedades psiquiátricas o enfermedades médicas comórbidas es otro de los problemas, comentado anteriormente, que dificulta el adecuado diagnóstico de los TP. Los diagnósticos “puros” no son frecuentes y la confusión psicopatológica que se produce entre síntomas derivados de trastornos del Eje I y características propias del Eje II, no ayuda a discriminar la etiología del trastorno que se observa.

5.1.4 Dificultades en el método de evaluación

El método de evaluación de los TP puede genera también obstáculos. Los numerosos instrumentos desarrollados hasta la fecha han mejorado la sensibilidad y la especificidad de los métodos diagnósticos, pero aún no existe un consenso sobre cuál es el mejor instrumento y casi todos ello presentan algunas dificultades para distinguir los rasgos que suponen sólo variaciones de la personalidad normal, de los que conforman un trastorno de la personalidad. A continuación valoraremos someramente estos instrumentos.

5.2 Fiabilidad, validez y especificidad de los instrumentos empleados

Como hemos visto anteriormente, algunas de las dificultades diagnósticas se encuentran en las características de los métodos empleados. Existen muchos y distintos procedimientos para diagnosticar un TP que aportan resultados con mayor o menor fiabilidad, que van desde la simple impresión clínica en el contexto de una entrevista psiquiátrica general, hasta el uso de instrumentos diagnósticos específicamente diseñados para este fin.

Basar el diagnóstico de TP en la impresión clínica tras una consulta es un procedimiento muy común en la práctica diaria. Sin embargo, las investigaciones realizadas demuestran que las evaluaciones diagnósticas de los TP, realizadas a través de la impresión clínica en una entrevista no estructurada, subdiagnostican la enfermedad y poseen una fiabilidad muy baja (Zimmerman *et al.*, 2005; Egan *et al.*, 2003).

Diseñar un instrumento de evaluación capaz de medir de manera fiable, sensible y específica los fenómenos estudiados, es una dificultad común a todas las patologías psiquiátricas. Esta dificultad se acentúa en el caso de los TP debido a la naturaleza misma del trastorno, con sus particulares manifestaciones y síntomas, y a la rigidez de los sistemas de clasificación vigentes (Nestadt *et al.*, 2006; Shedler, 2004a).

Aunque el uso de instrumentos diagnósticos implica una clara mejora en la fiabilidad respecto al diagnóstico basado en la impresión clínica, los estudios realizados hasta la fecha han constatado limitaciones psicométricas en los instrumentos que se utilizan de manera habitual y, en algunos casos, se ha observado que los niveles de

concordancia entre las entrevistas, los cuestionarios autoaplicados y los juicios clínicos tras una entrevista general son bajos (Clark *et al.*, 2007; Clark *et al.*, 2001).

Además, estos instrumentos están condicionados por la teoría sobre la que han sido contruidos y en la actualidad, ninguna de estas teorías es útil para agrupar y cohesionar todos los conceptos sobre los TP o unificar en un mismo modelo a las distintas corrientes fenomenológicas.

Estos instrumentos reflejan los dos modos actuales de conceptualizar los TP, de modo dimensional o de modo categorial.

5.2.1 Modelo dimensional

El modelo dimensional propugna la existencia de una gradación entre normalidad y patología a través de un *continuum* y es evaluado principalmente por medio de cuestionarios autoaplicados, que se enumeran en la Tabla 10.

Tabla 10. Principales cuestionarios autoaplicados para el diagnostico de TP

Instrumento	Autor/-es	Año	Items
PDQ-4+ (<i>Personality Diagnostic Questionnaire 4th Edition plus</i>)*	Hyer	1994	85
MMPI (<i>Minnesota Multiphase Personality Inventory</i>)	Hathaway <i>et al.</i>	1967	567
WISPI-IV (<i>Wisconsin Personality Disorders Inventory</i>)	Klein <i>et al.</i>	1993	214
TPQ (<i>Tridimensional Personality Questionnaire</i>)	Cloninger	1987	100
SNAP (<i>Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality</i>)	Clark	1993	375
DAPP-BQ (<i>Dimensional Asses. of Pers. Psychopathoy- Basic Questionnaire</i>)	Livesley y Jackson	1987	290
PAI (<i>Personality Assessment Inventory</i>)	Morey	1992	344
CATI (<i>Coolidge Axis II Inventory</i>)	Coolidge y Merwin	1992	200
MCMI-III (<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>)	Millon <i>et al.</i>	1994	175
IIP-PD (<i>Inventory for Interpersonal Problems – Personality Disorder scales</i>)	Pilkonis <i>et al.</i>	1996	47
CEPER-I Cuestionario Exploratorio de la Personalidad – I	Caballo	1997	150
SWAP-200 (<i>Shedler-Weston Assessment Procedure</i>)	Shedler y Widiger	1999	200
EPQ (<i>Eysenck Personality Questionnaire</i>)	Eysenck	1975	90
NEO FFI (<i>Neuroticism Extraversion Openness Five Factor Inventory</i>)	Costa y McCrae	1992	60
NEO PI-R (<i>Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory</i>)	Costa y McCrae	1992	240
PDQ-R (<i>Personality Diagnostic Questionnaire-Revised</i>)	Hyer <i>et al.</i>	1990	152
TCI (<i>Temperament and Character Inventory</i>)	Cloninger <i>et al.</i>	2000	240
Cuestionario Salamanca	Pérez Urdániz <i>et al.</i>	2003	22
BFQ (<i>Big Five Questionnaire</i>)	Caprara <i>et al</i>	1993	132

* Proporciona un diagnóstico categorial

Los TP se estudian desde la perspectiva de que son variantes no adaptativas de los rasgos de la personalidad presentes en todos los individuos y se integran imperceptiblemente entre estos.

En consecuencia, existiría una variación cuantitativa –desviación excesiva- a lo largo de varios rasgos que determinan un perfil específico y que representan al

individuo sin necesidad de encuadrarlo en una categoría determinada y existiendo un *continuum* con la personalidad normal (Lahortiga *et al.*, 2004; Westen *et al.*, 1999a; Westen *et al.*, 1999b).

5.2.2. Modelo categorial

El modelo categorial por su parte, caracteriza al TP en términos de presencia/ausencia, y es evaluado principalmente a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales se enumeran en la Tabla 11.

Este modelo se acerca más al modo en que trabajan de manera habitual los clínicos, ya que aplica una taxonomía con categorías en las que el sujeto está incluido o excluido. Se trata, por lo tanto, de descripciones simples y claras donde los TP representan síndromes clínicos cualitativamente distintos - entidades nosológicas discretas delimitadas entre sí- que existen en la población de forma discontinua. (Lahortiga *et al.*, 2004; Trull *et al.*, 2001; Loranger *et al.*, 1994).

Tabla 11. Principales entrevistas estructuradas para el diagnóstico de TP

Instrumento	Autor/-es	Año	Ítems
PAS (<i>Personality Assesment Schedule</i>)	Tyrer <i>et al.</i>	1988	24
DIPD-IV (<i>Diagnostic Interview for Personality Disorders</i>)	Zanarini <i>et al.</i>	1996	108
SIDP-IV (<i>Structured Interview for Disorders of Personality</i>)	Phohl <i>et al.</i>	1997	101
PDI-IV (<i>Personality Disorders Interview</i>)	Widiger <i>et al.</i>	1995	93
SCID-II (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR</i>)	First <i>et al.</i>	1997	119
SAP (<i>Standarized Assesment of Personality</i>)	Pilgrim y Mann	1990	--
IPDE (<i>International Personality Disorder Examination</i>)	Loranger <i>et al.</i>	1995	99
PDE (<i>Personality Disorder Examination</i>)	Loranger	1985/1999	67
SIFFM (<i>Strucured Interview for the Five Factor Model</i>)	Trull y Widiger	1994	120
PIQ (<i>Personality Interview Questions</i>)	Widiger	1985	81

Además de las entrevistas y los cuestionarios autoaplicados existen otros métodos (Tabla 12) que también se han mostrado útiles para evaluar la personalidad en general, como:

- las listas de de adjetivos o listas de comprobación, que son instrumentos a medio camino entre los cuestionarios y los criterios diagnósticos, suelen tener una fundamentación más estadística que clínica y su uso en el diagnóstico de los TP ha sido escaso (Moreno-Jiménez *et al.*, 2004);

- los tests proyectivos, con sus dificultades de aprendizaje e interpretación, pueden ser útiles para diagnosticar un TP, pero conllevan muchas limitaciones psicométricas y de utilidad en investigación que no es objeto de este trabajo tratar. No obstante se han empleado para diagnosticar TP y

- los instrumentos de evaluación de TP específicos, que son instrumentos diseñados con el objetivo de poder evaluar los síntomas y criterios específicos de un solo trastorno. No existen instrumentos específicos para todos y cada uno de los trastornos y así como el TP Narcisista cuenta con varios instrumentos, otros no cuentan con ninguno realmente específico.

Tabla 12. Otros métodos de evaluación de la personalidad

1. Listas de adjetivos:
- Lista diagnóstica de la Personalidad de Millon (MPDC)
- Lista de adjetivos de la Personalidad (PACL)
2. Tests proyectivos:
- Test de Apercepción Temática (TAT)
- Test de Rorschach
3. Instrumentos para el diagnóstico de trastornos específicos:
- Lista para la psicopatía revisada (<i>Psychopathic Check List-Revised</i> ; PCL-R, Hare, 1991)
- Inventario de Personalidad Psicopática (<i>Psychopathic Personality Inventory</i> ; PPI, Lilienfeld y Andrews, 1996)
- Entrevista diagnóstica para el Narcisismo (<i>Diagnostic Interview for Narcissism</i> ; DIN, Gunderson <i>et al.</i> , 1990)
- Inventario de la personalidad narcisista (<i>Narcisistic Personality Inventory</i> , NPI, Raskin y Perry, 1998)
- Escalas CAQ para el Narcisismo (<i>CAQ Narcissism Scales</i> , Wink, 1992)
- Escala para Trastorno Narcisista de la Personalidad (<i>Narcisistic Personality Disorder Scale</i> , NPDS, Sabih, 1978)
- Cuestionario N15, Trechera, 1995
- Entrevista diagnóstica de la personalidad depresiva (<i>Diagnostic Interview for Depressive Personality</i> , DIPD, Philips <i>et al.</i> , 1990)
- Entrevista diagnóstica para el Trastorno Límite (<i>Diagnostic Interview for Borderline Patients</i> ; DIB, Gunderson <i>et al.</i> , 1981)
- Índice del Síndrome Límite (<i>Borderline Syndrom Index</i> , BSI, Conte <i>et al.</i> , 1980)
- Esquema para la entrevista de Sujetos Límite (<i>Schedule for Interviewing Borderlines</i> , Baron y Gruen, 1980)
- Escala para el Trastorno Límite de la Personalidad (<i>Borderline Personality Disorder Scale</i> , Perry, 1982)
- Índice de Gravedad del Trastorno Límite de la Personalidad (<i>Borderline Personality Disorder Severity Index</i> , Arntz <i>et al.</i> , 2003)
- Cuestionario para la personalidad Esquizotípica (<i>Schizotypal Personality Questionnaire</i> ; SPQ, Raine, 1991)
- Cuestionario "esquizotípico" (<i>Schizotypy Questionnaire</i> ; STQ, Claridge y Brooks, 1984)

A lo largo del tiempo, otros muchos autores, investigadores y clínicos, han realizado diversas aportaciones para buscar alternativas a la clasificación categorial. Han diseñado modelos e instrumentos dimensionales de los TP, no obstante casi todos estos modelos convergen en cuatro grandes factores (Widiger *et al.*, 2005a):

1. Extroversión – Introversión.
2. Amabilidad – Oposicionismo.
3. Compulsividad – Impulsividad
4. Estabilidad emocional – Desregulación emocional.

En la Tabla 13 se resumen las alternativas de modelos dimensionales más utilizadas. Vimos ya el desarrollo histórico de estas teorías desde el primer análisis de

Eysenck, y más adelante se valorará la concordancia y complementariedad de estos modelos dimensionales con los categoriales.

Tabla 13 Alternativas de modelos dimensionales de TP*

AUTORES	INSTRUMENTOS	ABREVIATURA
Representaciones dimensionales de los constructos diagnósticos existentes		
Oldham y Skodol, 2000	Cualquier instrumento existente para TP	
Tyrer y Johnson, 1996	Listado de evaluación de personalidad	PAS
Westen y Schedler, 2000	Procedimiento de evaluación de Schedler y Westen	SWAP200
Reorganización dimensional de los criterios diagnósticos		
APA, 2000	Cualquier instrumento para los Cluster existentes	
Livesley, 2003	Cuestionario básico de evaluación de patología de la personalidad	DAPP-BQ
Clark	Listado para personalidad adaptativa y no adaptativa	SNAP
Harkness y McNulty, 1994	Personalidad y Psicopatología	PSY-5
Schedler y Wester, 2004,b	Procedimiento de evaluación de Schedler y Westen	SWAP200
Integración de los Ejes I y II a partir del espectro clínico común de disfunción		
Siever y Davis, 1991	Ninguno	
Krüeger, 2002	Ninguno	
Integración de los Ejes I y II respecto a la estructura general de la personalidad		
Wiggins, 2003	Cualquier medición del complejo interpersonal	IPC
Tyrer, 2000	Listado de evaluación sobre personalidad	PAS
Eysenck, 1987	Cuestionario de personalidad de Eysenck	EPQ-EPP
Eysenck, 1987	Perfil de personalidad de Eysenck	EPP
Costa y McCrae, 1992	Inventario de Personalidad revisado	NEO-PI-R
Zuckerman, 2002	Cuestionario de personalidad de Zuckerman	ZKPQ
Cloninger, 2000	Inventario de temperamento y carácter	TCI
Millon, 1996	3er Inventario multiaxial clínico de Millon	MCMII-III
Millon, 1996	Índice de estilos de personalidad de Millon	MIPS
Tellegen y Waller, 1987	Cuestionario multidimensional de personalidad	MPQ

*Tomada de Widiger y Simonsen, 2005

6. Concordancia en la evaluación categorial y dimensional de los Trastornos de Personalidad

Cuando un clínico se plantea si ha de realizar el diagnóstico de un TP con un instrumento dimensional o con uno categorial, no debe perder de vista que el objetivo de la exploración es el análisis del TP. Si bien la personalidad y la existencia de un trastorno de la misma no variarán en función del instrumento que se utilice, sí hay que tener en cuenta que el instrumento utilizado va a determinar el tipo de información que se obtendrá y el modo de proporcionarla.

Tanto los instrumentos categoriales como los dimensionales estudian la misma realidad, pero proporcionan la información de manera distinta. Ambas informaciones son verdaderas y pueden referirse a distintos aspectos del funcionamiento de la personalidad de un individuo. Pero, ¿hasta qué punto concuerdan los instrumentos dimensionales y categoriales de diagnóstico de la personalidad y su patología al evaluar

al sujeto? ¿Coinciden en su manera de aportar la información? Si leyéramos los resultados de ambas exploraciones por separado, en un mismo sujeto, ¿sabríamos que hablan de la misma persona?

6.1 Modelos de evaluación de los Trastornos de la Personalidad

Como ya se explicó en el epígrafe número 3 de este trabajo existen dos modelos básicos para evaluar la personalidad, dimensional y categorial, que se analizarán a continuación.

6.1.1 Modelos dimensionales

Los modelos dimensionales, que propugnan la existencia de una gradación entre normalidad y patología a través de un *continuum*, se están empleando con mayor frecuencia en la práctica clínica, en sustitución o en concordancia con los modelos categoriales. Se trata principalmente, aunque no exclusivamente, de cuestionarios autoaplicados (Tabla 5.2) que estudian los TP desde la perspectiva de que son variantes no adaptativas de los rasgos de la personalidad presentes en todos los individuos y se integran imperceptiblemente entre éstos. En consecuencia, existiría una variación cuantitativa –desviación excesiva– en los rasgos evaluados a lo largo de un *continuum* que iría de la normalidad a la patología de la personalidad (Lahortiga F *et al.*, 2004; Westen *et al.*, 1999a; Westen *et al.*, 1999b).

Diversas investigaciones están a favor de su uso (Tabla 14) porque, al ser aplicados principalmente mediante cuestionarios, requieren menor dedicación por parte del clínico y están libres de la subjetividad de éste. Proporcionan además una mejor información de la adaptación del paciente y de su deterioro funcional. Otras ventajas respecto a su utilización son el hecho de que son menos arbitrarios, más fiables y válidos en la medición de la psicopatología y en su capacidad para captar aspectos clave que diferencian la personalidad normal de la patológica. De esta manera, el enfoque dimensional de evaluación del TP describe la personalidad de los pacientes de un modo más útil para su tratamiento y seguimiento, con mayor amplitud, con rasgos no incluidos en los modelos categoriales y que captan mejor la heterogeneidad clínica y la comorbilidad propia de los TP (Widiger *et al.*, 2005b; Skodol *et al.*, 2005a; Verheul, 2005; Widiger *et al.*, 2005a; Bayón y Cañas de Paz, 2004; Heumann *et al.*, 1990).

Tabla 14. Criterios a favor del uso de de los modelos dimensionales*

-
- Apoyados por la experiencia en la práctica clínica
 - Libres de sesgos del entrevistador
 - Requieren mucho menos tiempo a los clínicos
 - Permite un mayor acceso a la información sobre el nivel de adaptación del paciente
 - Fiabilidad y validez en la medición de la psicopatología y en el acercamiento diagnóstico
 - Mayor capacidad para medir el deterioro funcional
 - Mayor validez para diferenciar la personalidad normal de la patológica
 - Captan la heterogeneidad clínica y la comorbilidad más adecuadamente
 - Menos arbitrarios
 - Describen la personalidad de modo más útil para el tratamiento y seguimiento
 - Describen con mayor amplitud la personalidad de cada individuo
 - Reseñan rasgos de personalidad no incluidos en las categorías existentes
-

* (Widiger *et al.*, 2005b; Skodol *et al.*, 2005a; Verheul, 2005; Widiger *et al.*, 2005a; Bayón y Cañas de Paz, 2004; Heumann *et al.*, 1990)

A pesar de todos estos datos a favor del uso de los modelos dimensionales, también existen críticas a los mismos (Tabla 15); entre las principales está el hecho de que no existe un consenso sobre qué modelo es el más adecuado ni sobre la naturaleza de las dimensiones, y que estos procedimientos suelen presentar un porcentaje elevado de falsos positivos para el diagnóstico (Lahortiga y Cervera, 2004).

Tabla 15. Criterios en contra del uso de los modelos dimensionales*

-
- No existe un consenso sobre el modelo más adecuado
 - No tienen un reflejo en las clasificaciones internacionales
 - Mayor porcentaje de falsos positivos
 - Dificultad para realizar diagnósticos
 - Generados por generalizaciones de muestras poco amplias.
-

* (Kagan, 2007; Lahortiga y Cervera, 2004)

6.1.2 Modelos categoriales

Los modelos categoriales caracterizan al trastorno en términos de presencia/ausencia, evaluado principalmente, aunque no exclusivamente, a través de entrevistas semiestructuradas (Tabla 11).

Estos instrumentos son más similares a la forma en que trabajan de manera habitual los clínicos, de aplicación de una taxonomía con categorías en las que el sujeto está incluido o excluido. En consecuencia, el TP está presente o ausente. Están contruidos como descripciones simples y claras donde los TP representan síndromes clínicos cualitativamente distintos -entidades nosológicas discretas delimitadas entre sí- que existen en la población de forma discontinua (Lahortiga y Cervera, 2004; Trull *et al.*, 2001; Loranger *et al.*, 1994).

Existen abundantes datos a favor del uso de los modelos categoriales en el diagnóstico de un TP (Tabla 16), como por ejemplo el hecho de que poseen una mejor fiabilidad, especificidad y una mayor validez diagnóstica que los dimensionales. Además, su uso ha estado más difundido en la práctica clínica.

Las clasificaciones internacionales CIE y DSM han facilitado el consenso y la familiarización con unos conceptos comunes a estas categorías diagnósticas que ayudan a la investigación, la puesta en común entre los profesionales y el desarrollo de planes terapéuticos (Skodol *et al.*, 2005a; Widiger *et al.*, 2005b; Verheul, 2005; Sprock, 2003; Ball, 2001; Livesley, 2001).

Tabla 16. Criterios a favor del uso de modelos categoriales*

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se utilizan más en la práctica clínica ▪ Presentan una mejor fiabilidad ▪ Mejor especificidad ▪ Constatan la validez del diagnóstico clínico derivado de ellas ▪ Poseen valor heurístico ▪ Han facilitado el consenso y la familiarización con unos conceptos comunes ▪ Ayudan a la investigación y la puesta en común entre los profesionales ▪ Facilitan el desarrollo de planes terapéuticos ▪ Existe abundante literatura científica que respalda su confianza y utilidad clínica

*Skodol *et al.*, 2005a; Widiger *et al.*, 2005b; Verheul, 2005; Ball, 2001; Livesley, 2001; Egan *et al.*, 2003; Sprock, 2003; Loranger *et al.*, 1994.

No obstante, también han recibido múltiples críticas (Tabla 17). Por ejemplo, las entrevistas semiestructuradas empleadas para el diagnóstico pueden estar más sometidas a la subjetividad y habilidades clínicas del entrevistador, y este ha de recibir un entrenamiento previo para llevar a cabo un uso correcto de las mismas y además emplear mucho tiempo en su aplicación, lo que dificulta su uso en la práctica diaria.

También se ha dicho que el empleo de criterios dicotomizados como presentes-ausentes puede ser considerado artificial y no reflejar la riqueza de los rasgos del trastorno de personalidad del sujeto. También puede darse la situación de observar cómo un paciente presenta una clínica significativa o sugerente de TP y que, sin embargo, al ser analizados los rasgos de manera individual, queden por debajo del umbral diagnóstico, y por tanto el sujeto no reciba el diagnóstico de tal TP.

Tabla 17. Críticas a los modelos categoriales*

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Están sometidas al sesgo y habilidades del entrevistador ▪ Uso limitado en los medios clínicos por el tiempo de aplicación que requieren ▪ No abarcan toda la patología de la personalidad ▪ Falta de profundidad y exactitud ▪ Escasa fiabilidad ▪ Poca utilidad para la toma de decisiones clínicas ▪ Pérdida de información clínica debida a la superposición y heterogeneidad de los criterios diagnósticos ▪ Fronteras difusas e imprecisas con la personalidad normal ▪ Imposibilidad de emplear pruebas estadísticas potentes ▪ Criterios diagnósticos artificiales y dicotomizados ▪ Pacientes con clínica significativa se encuentran por debajo del umbral diagnóstico

*Verheul, 2005; Skodol, 2005a; Bayón y Cañas de Paz, 2004; Pérez *et al.*, 2004; Jablensky, 2002

Por otra parte, el empleo estricto de los criterios diagnósticos que actualmente se recogen en las clasificaciones internacionales, provoca a menudo la superposición y heterogeneidad entre los diferentes TP. Esta circunstancia provoca que a veces se pierda

información clínica, pues el enunciado de un criterio no es unívoco y puede tener un significado distinto en cada paciente, y que se establezcan fronteras difusas e imprecisas entre la patología de la personalidad y la personalidad normal, pues no se puede especificar la intensidad de la presencia/ausencia de un criterio.

Además, algunos autores (Skodol, 2005a; Verheul, 2005) consideran que estos procedimientos no abarcan toda la sintomatología que puede estar presente y que describen la personalidad de manera superficial, incompleta y con poca exactitud. Las limitaciones que genera un diagnóstico dicotómico disminuye su utilidad para tomar decisiones clínicas tales como la necesidad de hospitalización o la farmacoterapia (Skodol, 2005a; Verheul, 2005; Bayón y Cañas de Paz, 2004; Jablensky, 2002).

6.2 Alternativas a la disyuntiva categorial/dimensional en la evaluación de los Trastornos de la Personalidad

Investigaciones recientes proponen alternativas dimensionales al actual sistema categorial de conceptualizar los Trastornos de la Personalidad (Trull *et al.*, 2007; Cañas de Paz, 2004). Resumimos a continuación algunas de ellas:

1. Se ha considerado que se podría cuantificar cada TP con una gradación individual de cada uno de los síntomas que se evalúan en los criterios DSM. Por ejemplo, valorando el número de criterios que se cumplen o con una medición del grado (ausente, subclínico, etc) en que se presenta cada criterio. En un estudio de Skodol *et al.* (2005b), se realizó el diagnóstico de los TP según la gradación de los síntomas recogidos en los criterios y se comparó su utilidad con el diagnóstico realizado de manera categorial. Concluyeron que cuantificando la gradación de cada síntoma dimensionalmente se informaba con más acierto de la mejoría de los pacientes que cuando se hacía con el diagnóstico categorial. De esta manera, al diseñar medidas cuantitativas de gravedad para cada diagnóstico o para las dimensiones de la personalidad, se podrían resolver algunos de los problemas que implica la evaluación categorial de los TP como la poca utilidad para la toma de decisiones clínicas. Además se conseguiría una mejor evaluación de la evolución de la sintomatología (Brown, 2005; Tyrer, 2005).

De esta manera se haría una gradación dimensional de la sintomatología que presenta cada individuo de acuerdo con un caso prototípico de ese TP, según el DSM-IV-TR, o del Síndrome de ese TP. Oldham JM y Skodol, en el año 2000, propusieron

una manera de realizar esta gradación que proporcionaría una mayor amplitud diagnóstica con seis maneras de presentar los síntomas de un TP, desde la ausencia de síntomas hasta el caso prototípico que cumpliría todos los criterios:

Caso Prototípico: cuando cumple todos los criterios.
Moderado: si está dos o tres criterios por encima del umbral diagnóstico.
Umbral: si cumple exactamente los criterios diagnósticos previstos.
Subumbral: cuando está justo por debajo del umbral
Rasgos: si presenta únicamente dos o tres síntomas.
Ausente: cuando no presenta síntomas.

Este modelo no se cuestionaría la existencia de las categorías como conjuntos significativos de rasgos, sino su utilización dicotómica. Al ampliar las posibilidades de evaluación de cada categoría, se evitaría la inconsistencia de emplear un único punto de corte y se ampliaría la cantidad de información que se recoge.

2. Una segunda alternativa sería continuar identificando los rasgos de personalidad que subyacen en los constructos diagnósticos de cada TP y generar así una descripción de la patología de la personalidad desde una “perspectiva del rasgo”, mediante un análisis factorial de las diferentes medidas en cada constructo (Durrett *et al.* 2005) o con un análisis de los Clusters, que identifiquen grupos de pacientes que muestren rasgos de TP (Nestadt *et al.*, 2006). Sería algo similar a lo realizado por Eysenck, pero partiendo de las actuales categorías.

El procedimiento consistiría en describir conjuntos de síntomas y rasgos -o listados de conductas que se piensa que pueden ser relevantes para los diferentes TP o para la patología de la personalidad en general- y llevar a cabo un análisis factorial, con estos datos y puntuaciones de estos rasgos. Con este método se han identificado “dimensiones mayores” o “dimensiones de orden superior” (Cañas de Paz, 2004) que subyacen a en los síntomas y rasgos de la personalidad.

Por ejemplo, algunas investigaciones (Livesley *et al.*, 1998; Clark *et al.*, 1996) han identificado cuatro factores que agruparían la expresión de los diferentes rasgos de los Trastornos de la Personalidad, y que parecen subyacer a una amplia variedad de rasgos y síntomas asociados con los TP. Estos cuatro factores podrían conformar la base para un modelo dimensional integrador en el DSM-V y son los siguientes:

1. Desregulación emocional.
2. Inhibición.
3. Conducta disocial
4. Compulsividad

3. Una tercera propuesta como alternativa al actual sistema es aquella que propone partir de cero de nuevo y redefinir la patología de la personalidad y sus trastornos, empleando modelos de rasgos de la personalidad independientes de los esquemas de las principales clasificaciones de enfermedades mentales. Se construiría una nueva forma de describir la personalidad que no estaría regida por los actuales criterios diagnósticos. De esta forma se podría mejorar la comprensión de los principales constructos de los TP, desde una perspectiva del rasgo e integrar en las teorías de la etiología de los TP los factores ya conocidos que influyen en el desarrollo de los rasgos de la personalidad. También facilitaría realizar una medición psicométrica adecuada, identificar y definir variaciones de la patología de la personalidad que no están representadas en los sistemas diagnósticos oficiales e integrar el temperamento del niño con el desarrollo de la personalidad del adulto, que actualmente no se realiza (Farabaugh *et al.*, 2005; Mervielde *et al.*, 2005; Cloninger *et al.*, 1993; Costa y McRae, 1992).

4. Otra alternativa a la disyuntiva categorial/dimensional en la evaluación de los TP sería considerar que el diagnóstico de un TP no es una situación cualitativamente diferente de la normalidad, sino una situación “demasiado intensa”, es decir, cuantitativamente mayor con respecto a la normalidad, o el extremo patológico de la normalidad, debido a su naturaleza inflexible y desadaptativa. Esta concepción está más ligada a conceptos teóricos y no ha sido refrendada de un modo empírico ni reflejada con investigaciones prácticas (Cañas de Paz, 2004).

6.3 Integración de los modelos dimensionales

Algunos autores (Widiger *et al.*, 2005b) afirman que los modelos dimensionales existentes tienen entre sí más similitudes que diferencias y que es frecuente que a dimensiones similares se les de diferentes nombres en cada modelo y que distintas teorías representen la misma dimensión de otro modelo. Cuando estos modelos se comparan entre sí muestran dimensiones comunes de primer orden (Trull *et al.*, 2005a; Widiger *et al.*, 2005b) como, por ejemplo, ocurre si se comparan los modelos de Eysenck, Costa y Mc Crae y Zuckerman. En los tres modelos la Extroversión y el Neuroticismo son factores similares y la Responsabilidad de Costa y Mc Crae y la Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman están incluidas en el Psicoticismo de Eysenck (Catarineu *et al.*, 1998).

Sería de utilidad buscar la manera de engranar unos modelos con otros, de forma que se encuentren los elementos comunes en los factores principales. De igual manera sería de gran interés integrar los hallazgos empíricos que implican específicos factores genéticos y neurobiológicos en la etiología de los TP (Widiger *et al.*, 2005b).

El problema de dilucidar cuál de los modelos dimensionales propuestos es el más idóneo, no sólo viene dado por la gran variedad de modelos y medios clínicos de evaluar los TP que se han propuesto hasta el momento actual, sino también por el método para estudiarlos. Porque si el patrón para analizarlos y determinar si son adecuados o no, es compararlos y contrastarlos con los modelos categoriales, habrá que seleccionar un modelo categorial. Este modelo categorial, que no deja de ser un reflejo de la realidad desde una muy concreta concepción teórica de los TP y otorgará o no una validez al modelo dimensional, de acuerdo con el modelo categorial seleccionado como patrón oro (Trull *et al.*, 2005b; Widiger *et al.*, 2005b).

6.4 Estudios longitudinales de investigación que comparan modelos dimensionales con modelos categoriales

Según algunos expertos (Trull *et al.*, 2001), la solución a la disyuntiva entre los modelos categoriales y dimensionales se podría encontrar al realizar una combinación entre los dos sistemas.

Como veremos más adelante existen estudios que consideran diversas maneras de comparar y combinar los modelos dimensionales y categoriales. Las bases teóricas que emplean para estos estudios son diversas. Se podría partir de una concepción teórica que indicara los criterios, síntomas o rasgos desde la perspectiva dimensional y posteriormente buscar con investigaciones y datos empíricos las categorías adecuadas que aúnen con mayor frecuencia a dichas dimensiones y las combinaciones de éstas (Cañas de Paz, 2004). Otra manera de hacerlo, sería identificar las dimensiones que subyacen en cada categoría o definir qué criterios son marcadores específicos de cada dimensión de acuerdo con los criterios categoriales existentes y los modelos dimensionales actualmente en uso y valorar si alguno de los modelos existentes es válido o si es precisa una nueva versión integradora de los mismos (Widiger *et al.*, 2005b).

Para que estos estudios se realizaran con resultados óptimos y conclusiones válidas, sería necesario hacer un análisis con muestras de sujetos amplias que permitan

comparar los resultados debido a la ingente cantidad de variables que se emplean. Con este objetivo están en marcha diferentes estudios longitudinales (*The Children in the Community Study* (CIC); *The Mc Lean Study of Adult Development* (MSAD); *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (CLPS); *Longitudinal Study of Personality Disorders* (LSPD)) que aportan resultados válidos e ideas para futuras investigaciones. Entre las conclusiones que han aportado los estudios publicados destaca que:

1. los modelos dimensionales realizan una mejor representación de la personalidad y sus trastornos que los categoriales (Skodol et al, 2005b; Morey *et al.*, 2006);

2. las representaciones de la personalidad –tanto desde un modelo dimensional como desde uno categorial- que se apoyan en los criterios de patología y conceptos de la DSM muestran un mejor valor predictivo positivo que las representaciones basadas en los modelos dimensionales que representan la personalidad normal (modelos de los tres y cinco factores). No obstante, los perfiles de las dimensiones básicas de la personalidad que se mostraban con los modelos de tres y cinco factores, eran capaces de distinguir qué sujetos presentaban un TP y cuales tenían una personalidad no patológica;

3. el diagnóstico dimensional refleja mejor tanto los aspectos estables de la personalidad como los que eran más cambiantes, mientras que el categorial no es capaz de diferenciar si los rasgos de personalidad son o no estables;

4. el modelo dimensional es más útil para realizar tanto la representación de la estructura normal de la personalidad, como la de los rasgos maldaptativos de los TP.

Empleando la muestra del CLPS Morey *et al.* analizaron las variables categoriales y dimensionales del DSM, los constructos del *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP) y los factores y niveles del *Five Factors Model* (FFM). Se comparó así un modelo categorial con otros dimensionales en lo referente a la predicción y marcadores, estabilidad temporal de los modelos, acuerdos de contenidos y superposiciones e incremento de la validez predictiva (Morey et al, 2006).

Los autores encontraron que los cinco modelos empleados presentaban una adecuada validez predictiva y demostraban una estabilidad significativa, aunque presentaron diferencias entre ellos en la calidad de dicha validez y estabilidad.

Todos fueron capaces de predecir una gran variedad de variables teóricas relevantes y el SNAP y el FFM mantuvieron mejor validez predictiva a lo largo del tiempo. Además observaron que la mayor validez predictiva se conseguía cuando se

realizaba un híbrido entre las diez categorías diagnósticas del DSM y los cinco factores del FFM.

Los cinco modelos empleados fueron adecuados para predecir los otros modelos, pero los modelos dimensionales considerados, incluyendo la conceptualización dimensional del DSM-IV, superaron, en este aspecto, al conocido y usado diagnóstico categorial, que pareció ser menos válido. Por lo tanto parecía mostrarse en este aspecto una supremacía de lo dimensional sobre lo categorial.

Estos hallazgos sugieren que los TP podrían caracterizarse con la conjunción de dos elementos:

1. rasgos de personalidad estables que podrían tener variaciones en un entorno de normalidad, pero que en los TP estarían exagerados patológicamente;
2. características disfuncionales y/o maladaptativas, menos estables, que reflejarían intentos para adaptarse o compensar las manifestaciones de los rasgos.

Así, las representaciones dimensionales podrían ser más válidas que las categoriales en cuanto a que predecirían con mayor acierto la estabilidad en el tiempo de los rasgos evaluados, pero es crucial que las dimensiones seleccionadas capten bien la naturaleza maladaptativa de los TP. La caracterización dimensional de los TP proporcionaría una información más completa que la que proporcionan los modelos categoriales porque no sólo nos informarían de la presencia de esos rasgos, sino también de si son estables en el tiempo y si su presencia puede predecir que se va a generar una adaptación inadecuada. Además, los modelos que representan rasgos y disposiciones estables, así como las manifestaciones dinámicas y de comportamientos desadaptativos, son más útiles en la práctica clínica para el diseño de adecuados planes terapéuticos y de atención de las necesidades del paciente (Morey *et al.*, 2006; Pukrop *et al.*, 2005). Así lo reflejó también un estudio de seguimiento durante 7 años que observó que las puntuaciones dimensionales de MCMI-II presentaban mayor validez y estabilidad que las categoriales. Además las dimensionales eran más útiles para evaluar a pacientes con abuso de sustancias (Ravndal, 2010).

De lo anteriormente referido, se podría deducir que, si se propone un cambio en el modo de clasificar los TP, se debería “dimensionalizar” las categorías vigentes añadiéndoles una medición adecuada de los rasgos normales de la personalidad. También una representación integrativa de los TP debería clarificar el espectro completo de los rasgos jerárquicos de la personalidad tanto de primer como de segundo orden e incluir también los fenómenos clínicamente relevantes que no están

considerados dentro de ese espectro. Por ejemplo, se podrían incluir factores del proceso de la enfermedad o factores ambientales, del desarrollo o situacionales (Morey *et al.*, 2006; Pukrop *et al.*, 2005).

De modo similar a lo realizado por Morey *et al.* en 2006, Skodol y colaboradores, utilizaron la muestra del CLPS para estudiar a 583 sujetos a los que se aplicó la DIPD-IV (diagnóstico categorial) y el NEO PI-R (descripción dimensional). Los autores concluyeron que el instrumento dimensional proporcionaba más información clínica y una relación más fuerte con el deterioro funcional que la representación categorial y tenía más validez en su capacidad de captar aspectos clave para diferenciar los TP de la personalidad no patológica. En esa muestra, los TP se caracterizaban por presentar puntuaciones muy elevadas en las variables Neuroticismo, Vulnerabilidad al Estrés, Descontrol de Impulsos y Emociones Negativas (Skodol *et al.*, 2005b).

En concordancia con lo afirmado por otros autores (Morey *et al.*, 2006), Skodol *et al.*, concluyeron que los modelos dimensionales de personalidad tenían una validez clínica que no poseían los categoriales, especialmente en lo referente a la estabilidad temporal de las medidas obtenidas. Igualmente, explicaron por qué los rasgos dimensionales de la personalidad parecían ser el fundamento de muchos de los comportamientos descritos por los criterios categoriales. Estos autores sugirieron también que los TP podrían reconceptualizarse como un híbrido de rasgos estables de personalidad y comportamientos maladaptativos intermitentes que expresan sintomatología (Skodol *et al.*, 2005b).

Con la muestra reclutada en el LSPD, Lenzenweger *et al.* llevaron a cabo dos estudios en los que se analizó una muestra de 250 pacientes con Trastorno de la Personalidad Límite (TPL) a través de la aplicación de la entrevista semiestructurada PDE y del cuestionario MCMI-II (Lenzenweger, 1999; Lenzenweger *et al.*, 2005). Los autores buscaron posibles predictores de cambio en el tiempo de conductas maladaptativas analizando rasgos propios de este TP a través de en la entrevista PDE (que aporta criterios categoriales) y la puntuación dimensional obtenida en la escala Límite del MCMI-II en tres momentos distintos de la evolución a lo largo de 4 años. Observaron que el comportamiento de ambos instrumentos fue similar en lo referente a la variabilidad de la expresión de los rasgos del TPL en el tiempo y el análisis reveló que, tanto para la entrevista PDE como para el MCMI-II, hay cambios considerables a lo largo del tiempo. Encontraron también que existía una concordancia entre la

dimensión de TPL en la entrevista PDE y en el MCMI-II en relación con los predictores, específicamente diseñados para este estudio, de los rasgos del TPL.

En otro estudio de seguimiento realizado durante 10 años, se evaluaron las características de personalidad de 142 sujetos en varios momentos empleando distintos instrumentos categoriales y dimensionales (SCID, PDE, EPQ-R). Se encontró que la estabilidad relativa de las puntuaciones dimensionales de los TP era mayor que la del diagnóstico categorial y que esta estabilidad relativa era similar, aunque menor, a la de los rasgos no patológicos de la personalidad (Durbin *et al.*, 2006).

Se han realizado muchos estudios que contrastan los resultados obtenidos en la evaluación de un TP según modelos categoriales y dimensionales. Sin embargo, estos estudios presentan la dificultad de emplear distintos instrumentos, diseños y tamaños muestrales, lo que hace que las conclusiones obtenidas en ellos sean a menudo diferentes y contradictorias.

Sirva como ejemplo un reciente estudio realizado en 47 pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que fueron evaluados con la SCID-II, el WISPI-IV y una evaluación general que tenía en cuenta la observación clínica y lo que aportaban los informadores. Encontraron que según el tercer método diagnóstico referido, el 45% de los pacientes presentaban un TP, frente al 62% de la SCID y el 33% de la WISPI-IV. Aunque observaron que el instrumento categorial sobrevaloraba y el dimensional infravaloraba la presencia de TP, consideraron que los instrumentos estructurados eran más existosos a la hora de detectar el número de TP presentes (Williams, 2010)

Algunas investigaciones encontraron que la concordancia obtenida entre ambos procedimientos de evaluación era buena (Cohen *et al.*, 2000; Riesco *et al.*, 1998) sin que se demostrara la supuesta superioridad del modelo categorial sobre el dimensional (Blackburn *et al.*, 2004). También se halló que tanto las puntuaciones dimensionales como las categoriales se comportaban de la misma manera al indicar la presencia de rasgos patológicos de la personalidad (Dreesen *et al.*, 1997), que discriminaban adecuadamente los sujetos con y sin TP (Schotte *et al.*, 2004) y que la estabilidad del diagnóstico de ambos modelos era alta (Chanen *et al.*, 2004). Esto era especialmente notable cuando se medían algunos rasgos específicos de cada TP (Lenzenweger *et al.*, 2005; Blackburn *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2003; Lenzenweger, 1999; Riesco *et al.*, 1998) o en las correlaciones que se hallaban al comparar los TP agrupados según los Cluster de la clasificación DSM (Soldz *et al.*, 1993).

En otras, al contrario, la concordancia observada fue pobre (Fernández-Montalvo *et al.*, 2006; Lenzenweger *et al.*, 2005; Yang *et al.*, 2000; Lenzenweger, 1999; Fossati *et al.*, 1998; Marlowe *et al.*, 1997; Kennedy *et al.*, 1995; Hills, 1995). Los sujetos con diagnóstico categorial de TP mostraban perfiles claramente distintos en las puntuaciones de los modelos dimensionales (Fassino *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2003; Gutierrez *et al.*, 2002) y se observaron importantes discrepancias entre los dos modelos, tanto en los resultados globales como en el diagnóstico de TP específicos (Fernández-Montalvo *et al.*, 2006; Marlowe *et al.*, 1997; Kennedy *et al.*, 1995) o al medir las puntuaciones de los TP específicos agrupadas según los Clusters de las DSM (Farabaugh *et al.*, 2005).

Otras investigaciones también concluyeron que el diagnóstico realizado por el modelo dimensional y el realizado con el categorial no era intercambiables (Hills, 1995) pues el diagnóstico aportado por el instrumento categorial empleado fue diferente del aportado por el instrumento dimensional (Timmerman *et al.*, 2006; Fernández-Montalvo *et al.*, 2006; Nestadt *et al.*, 2006; Soldz *et al.*, 1993) o fue menos estable (Durbin *et al.*, 2006) o más significativo que el dimensional (Egan *et al.*, 2003).

Se observaron diferencias a favor del modelo dimensional que fue válido para el *screening* y diagnóstico de los TP y para diferenciar las características de cada rasgo (Ha *et al.*, 2007; Gutierrez *et al.*, 2002). El modelo dimensional presentaba un alto valor predictivo negativo (Marlowe *et al.*, 1997; Hills, 1995; Soldz *et al.*, 1993) y su validez y fiabilidad fueron mayores que las de los modelos categoriales (Smith *et al.*, 2003; Ottoson *et al.*, 2002). También se observó que la fiabilidad interevaluadores fue de buena a excelente en las puntuaciones dimensionales para todos los TP y mejor que para las puntuaciones categoriales (Schneider *et al.*, 2004). Además, ésta aumentaba cuando los TP se analizaban empleando la puntuación dimensional (Jane *et al.*, 2006). Sin embargo el valor predictivo positivo del modelo dimensional fue pobre (Bagby *et al.*, 2005; Marlowe *et al.*, 1997) y realizó más diagnósticos múltiples (Turley *et al.*, 1992).

Como hemos repasado en este epígrafe, es importante llegar a un acuerdo en la manera de estudiar y analizar los TP. Sin embargo el interés por los instrumentos y los modelos empleados no ha de hacernos perder de vista que en cada individuo confluyen muchos factores -algunos de los cuales reseñaremos brevemente a continuación- tales como la patología en el Eje I y diversas variables que pueden influir a la hora de diagnosticar un TP.

7. Comorbilidad de los TP con patología psiquiátrica del Eje I.

Son numeroso los estudios que subrayan la existencia frecuente de comorbilidad entre el Eje I y el II (Green *et al.*, 2006; Ro *et al.*, 2005; First *et al.*, 2002). No obstante, en la práctica clínica diaria, la distinción entre la sintomatología causada por patología del Eje I o del Eje II resulta complicada en ocasiones (Hopwood *et al.*, 2007). Se podría pensar que los rasgos de personalidad normal son independientes de las enfermedades mentales propias del Eje I y que solamente se encuentran relacionados con los rasgos patológicos de la personalidad en los TP del Eje II. Pero esto no es así, la personalidad y las enfermedades del Eje I no son independientes sino que también existe una asociación y una continuidad entre determinados rasgos de la personalidad normal y determinados síntomas propios de las enfermedades mentales del Eje I (Hopwood *et al.*, 2007).

Así quedó reflejado, por ejemplo, en un estudio que se realizó con 525 pacientes agrupados de acuerdo con la presencia de TP o de un Episodio Depresivo Mayor. Se comparó el valor predictivo de los rasgos normales de la personalidad recogidos por el NEO-PI-R respecto a la evolución de ambas enfermedades. Los autores concluyeron que los rasgos normales de la personalidad fueron igual de relevantes para captar la heterogeneidad tanto en el grupo de pacientes con TP como en el grupo que padecía un Episodio Depresivo Mayor y no sólo en el grupo de TP como podría pensarse si se considerara que la personalidad normal es independiente de la patología del Eje I (Hopwood *et al.*, 2007).

La controversia acerca de la difícil diferenciación de la etiología de los fenómenos psicopatológicos en los sujetos con enfermedades comórbidas del Eje I y del Eje II no es reciente. Ya en 1995, Oldham *et al.* realizaron un estudio dirigido a estudiar la relación existente entre patologías del Eje I y subtipos de TP. Para ello aplicaron entrevistas semiestructuradas con el fin de evaluar la existencia de alteraciones en ambos ejes en una muestra de 200 pacientes. Los autores encontraron una elevada correlación entre los TP y las enfermedades del Eje I, pero no como en anteriores estudios que correlacionaban los Trastornos Psicóticos con los TP del Cluster A, los Trastornos del Estado de Ánimo con el Cluster B y los de Ansiedad con el Cluster C, sino que hallaron asociaciones significativas entre la mayoría de los Trastornos del Eje I y los TP. En concreto, estos investigadores hallaron las siguientes correlaciones:

- entre los Trastornos del Estado de Ánimo y la presencia de TP Evitativo y TP Dependiente;
- entre los Trastornos de Ansiedad y TP Límite, TP Evitativo y TP Dependiente;
- entre los Trastornos Psicóticos y TP Esquizotípico, TP Límite y TP Dependiente;
- entre los Trastornos por abuso de sustancias y TP Límite y TP Histriónico y
- entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los TP Esquizotípico, Límite y Evitativo (Oldham *et al.*, 1995).

Cuando se ha intentado diferenciar adecuadamente los Ejes I y II de acuerdo con su estabilidad, edad de comienzo, respuesta a tratamiento, capacidad de insight, comorbilidad-especificidad de síntomas o etiología, se ha visto que ninguno de estos factores era útil para diferenciar si la sintomatología que presentaba el paciente era atribuible a uno u otro Eje (Krueger, 2005).

Tabla 18. Comorbilidad Eje I / Eje II

AUTOR	AÑO	n	PATOLOGÍA	INSTRUMENTO	COMORBILIDAD
Fassino <i>et al.</i>	2004	180	Abuso de Heroína	SCID-II	67,6 %
Farabaugh <i>et al.</i>	2005	263	Episodio Depresivo	SCID-II	65 %
Garyfallos <i>et al.</i>	1999	175	T. Somatomorfo	SCID-II	63 %
García-Campayo <i>et al.</i>	2007	70	T. Somatización	IPDE	62,9 %
Skodol <i>et al.</i>	1999	200	Abuso de sustancias	SCID-II	60 %
Marañón <i>et al.</i>	2007	84	T. Conducta Alimentaria	IPDE	54,8 %
Wu <i>et al.</i>	2006	87	Varias	SNAP-2	53 %
Garyfallos <i>et al.</i>	1999	1272	Varias	SCID-II	52 %
Binzer <i>et al.</i>	1997	30	T. Conversivo	SCID-II	50 %
Farabaugh <i>et al.</i>	2006	64	Episodio Depresivo	SCID-II	50 %
Ilkjaer <i>et al.</i>	2004	63	T. Conducta Alimentaria	SCID-II	49 %
Ucok <i>et al.</i>	1998	90	Trastorno Bipolar		47,7 %
Wu <i>et al.</i>	2006	52	TOC	SNAP-2	46 %
Kantojarvi <i>et al.</i>	2006	321	Varios	SCID-II	41 %
Hasin <i>et al.</i>	2005	1411	Episodio Depresivo	AUDADIS-IV	37,9 %
Echeburúa	2008	50	Jugadores patológicos	IPDE	32%
García-Campayo <i>et al.</i>	2007	70	Varias	IPDE	28,2 %
Grilo <i>et al.</i>	2007	92	TCA	DIPD-IV	27,6 %
Fernández-Montalvo <i>et al.</i>	2006	105	Alcohólicos	IPDE	22 %
Echeburúa	2008	50	Varias	IPDE	16%
Kelly <i>et al.</i>	2007	236	Episodio Depresivo	PAS	13,6 %
Durbin <i>et al.</i>	2006	142	Episodio Depresivo	PDE	27,5-50,5 %

Como se puede apreciar en diversas investigaciones (Tabla 18), es frecuente que los trastornos propios del Eje I vayan acompañados de trastornos del Eje II. Como se comentará a continuación, es común una alta presencia de TP en pacientes

diagnosticados de diversas enfermedades del Eje I. Estos porcentajes tan elevados no han de hacernos perder de vista que comorbilidad, no es lo mismo que co-ocurrencia o coexistencia en el tiempo.

También se podría estudiar esta comorbilidad analizando la prevalencia de enfermedades del Eje I en pacientes cuyo diagnóstico principal es del Eje II. Así lo hicieron Zanarini *et al.*, que estudiaron una muestra de 290 pacientes con TP Límite. De éstos, el 75 % cumplía criterios para un Trastorno del Estado del Ánimo, el 60 % para un Trastorno de Ansiedad, el 34 % para Trastornos de la Conducta Alimentaria y el 19 % para Trastornos por Abuso de Sustancias. Además siguieron durante seis años a este grupo de pacientes y observaron que la presencia de las patologías del Eje I disminuía conforme lo hacía la presencia del TP. Observaron que el mejor predictor para la remisión del TP era la ausencia de un Trastorno por abuso de Sustancias comórbido (Zanarini *et al.*, 2004).

7.1 Presencia de Trastorno de la Personalidad en conjunción con trastornos específicos del Eje I

7.1.1 Episodio depresivo

La presencia conjunta de un TP y un episodio depresivo es variable en los diferentes estudios, oscilando desde un 13,6% (Kelly *et al.*, 2007) hasta un 67,6% (Fassino *et al.*, 2004). En un punto medio se sitúan los resultados obtenidos en un estudio epidemiológico realizado en una muestra con 43000 sujetos norteamericanos pertenecientes al “*National Epidemiologic Survey on Alcoholism and related Conditions*”. En este estudio se encontró que en los 1411 sujetos que presentaban un episodio depresivo, el 37,9 % presentaba también un TP. Se trataba del mayor porcentaje de comorbilidad seguido de los Trastornos de Ansiedad (36,1 %) y el Tabaquismo (26 %) (Hasin *et al.*, 2005).

Sin embargo, algunos estudios sugieren que no se debe diagnosticar un TP hasta que el episodio depresivo haya remitido, debido a la influencia que puede ejercer la sintomatología del Eje I en la evaluación de características de la personalidad. Stuart y colaboradores, analizaron a 53 sujetos con un episodio depresivo del que se recuperaron tras recibir psicoterapia cognitivo-conductual y observaron que los pacientes que presentaban un TP antes del tratamiento, no cumplían los criterios de TP después del mismo (Stuart *et al.*, 1992).

En otro estudio realizado en un grupo de 64 pacientes que padecían un Episodio Depresivo Grave y que respondieron adecuadamente al tratamiento, se estudió la personalidad a través de la aplicación de la SCID-II y las actitudes disfuncionales al inicio y al final del tratamiento. Al inicio, el 50 % de los pacientes cumplía criterios de TP y en la segunda evaluación, cuando el episodio había remitido, sólo el 29 % de ellos los cumplía. Se observó también que aquellos que mantenían el diagnóstico de TP tras haber remitido la depresión, presentaban mayor severidad en las actitudes disfuncionales. Además se encontró asociación entre las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (1978) y la estabilidad del diagnóstico en los TP del Cluster C; de modo que, cuanto más estable era el diagnóstico en el Cluster C, más alta era la puntuación (Farabaugh *et al.*, 2006). Estos resultados son similares a los encontrados por Russell *et al.*, que observaron que los TP del grupo C eran los más prevalentes (39%) entre los individuos con depresión crónica (Russell *et al.*, 2003).

Recientemente, dos estudios han encontrado que los pacientes con un episodio depresivo y un TP comorbidos tienen una mayor tendencia a que el episodio no remita y se haga resistente (Morey *et al.*, 2010; Bock *et al.*, 2010)

7.1.2 Trastorno Bipolar

En una revisión sobre la comorbilidad del Trastorno Bipolar y los TP (Bieling *et al.*, 2007), se recogen abundantes investigaciones realizadas en pacientes con Trastorno Bipolar. Los autores observaron que los porcentajes de comorbilidad entre el Trastorno Bipolar –definido de forma amplia, para incluir los Trastornos Bipolar I, Bipolar II, y Esquizoafectivo (tipo bipolar)- y TP, están alrededor del 30-50%. Los diagnósticos de TP que con más frecuencia se asociaron con esta patología fueron el TP Obsesivo Compulsivo, TP Histriónico y TP Límite.

En ocasiones se ha postulado que el TP Límite, por sus características de inestabilidad emocional, y el Trastorno Bipolar podrían formar parte de un mismo espectro. No obstante al analizar la presencia de Trastornos Bipolares en distintas muestras de pacientes con un TP Límite se observan datos que hablan a favor de que el TP Límite y el Trastorno Bipolar son enfermedades independientes en su etiología, manifestación y evolución (Paris *et al.*, 2007).

7.1.3 Trastornos de ansiedad

Como ya se comentó anteriormente, en el “*National Epidemiologic Survey on Alcoholism and related Conditions*”, los Trastornos de Ansiedad fueron la segunda patología con mayor comorbilidad con TP, con un 36,1%, recordemos que los episodios depresivos lo presentaban en un 37,9% (Hasin *et al.*, 2005).

También se ha visto que existe una alta incidencia de Trastornos de Ansiedad (hasta un 76%) comórbidos con los TP del grupo C (Russell *et al.*, 2003), otras más moderadas del 28,2% (García-Campayo *et al.*, 2007a) y que la comorbilidad de la fobia social con el TP Evitativo puede ser hasta un 90% (Widiger, 1992).

7.1.4 Trastornos por Somatización

García-Campayo *et al.*, 2007a, encontraron que los pacientes con Trastorno por Somatización presentaban una comorbilidad del 62,9 % con los TP, frente al 28,2 % que presentaban los sujetos del grupo con Trastornos de Ansiedad o del Estado del Ánimo. Los pacientes con Trastorno de Somatización presentaban mayor comorbilidad con los TP Paranoide, Obsesivo-Compulsivo e Histriónico (García-Campayo *et al.*, 2007a).

También en un estudio previo realizado por Garyfallos *et al.*, se encontró que el 63% de los pacientes con Trastorno Somatomorfo presentaban un TP, frente al 53% del grupo control con otras patologías del Eje I. Los TP con mayor frecuencia de comorbilidad fueron el Histriónico, Dependiente y los del Cluster C en general (Garyfallos *et al.*, 1999).

7.1.5 Trastornos de la Conducta Alimentaria

Marañón y colaboradores, observaron una prevalencia del 54,8% de TP al diagnosticar empleando la entrevista semiestructurada IPDE en una muestra de sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (Marañón *et al.*, 2007). Resultados que ese encuentran en concordancia con lo hallado por Ilkjaer *et al.*, que realizaron un estudio prospectivo en una muestra de 5726 gemelos, de los que 63 presentaban un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). En éstos, encontraron algún TP en el 49 %, frente al 26 % de casos entre los sujetos sin TCA, los TP del Cluster C fueron los que más frecuentemente presentaban los sujetos con TCA. Compararon estos resultados con los de investigaciones previas, cuyos porcentajes de presencia de TP en los pacientes con TCA variaban entre el 15 y el 93 % y concluyeron que los factores genéticos parecen

contribuir significativamente a la presencia de un TP, especialmente del Cluster C, en los sujetos con TCA (Ilkjaer *et al.*, 2004).

Por el contrario, hay autores que sugieren que en patologías como los TCA, los TP son diagnosticados, al menos parcialmente, como consecuencia de la sintomatología general y de los síntomas del TCA que presentan los pacientes (Ro *et al.*, 2005). Esto es coherente con los resultados de un reciente estudio que encuentra una prevalencia del 78% de TP en un grupo de pacientes con TCA, que se reduce al 43% tras 5 años de tratamiento, pero a la vez no encuentra diferencias significativas en la disminución de las puntuación dimensionales, mostrando que sí que queda un conjunto de síntomas de TP que no es atribuible a la sintomatología propia del TCA (Vrabel *et al.*, 2010)

7.1.6 Abuso de sustancias

Skodol y colaboradores, estudiaron una muestra de pacientes con Abuso de sustancias en la que encontraron que el 60 % presentaba un TP. No se demostró que la presencia de un TP incrementara la cronicidad del Trastorno por Abuso de sustancias, como sí ocurre en los TCA y en los Trastornos de Ansiedad, pero sí que la presencia de TP estaba asociada con una peor evolución del trastorno del Eje I (Skodol *et al.*, 1999).

7.1.7 Trastornos Psicóticos

También se han encontrado relaciones entre los Trastorno Psicóticos y la patología del Eje II, como se puede observar en un estudio compuesto por 63 pacientes con un primer episodio de características esquizofreniformes, 34 pacientes con un episodio psicótico no esquizofreniforme y 77 sujetos sanos. Los autores utilizaron la PDE para diagnosticar la presencia de TP y encontraron que en el grupo de pacientes psicóticos de características esquizofreniformes el número de TP diagnosticados fue mayor. También se encontró que el TP Evitativo se asociaba al grupo de pacientes con un episodio psicótico esquizofreniforme y que el Cluster B se asociaba con el grupo con episodio psicótico no esquizofreniforme (Keshavan *et al.*, 2005).

Fogelson *et al.*, por su parte, utilizando la SCID-II, estudiaron la presencia de algunos TP en un grupo de 362 pacientes con esquizofrenia y los compararon con un grupo de 201 pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y un grupo control de 245 sujetos sin patología del Eje I. Observaron que, de manera significativa, el TP Evitativo era más frecuente en el grupo de pacientes esquizofrénicos que en el grupo control, tanto en general como al ajustar estadísticamente por la

presencia de TP Paranoide y TP Esquizotípico. Concluyeron que el TP Evitativo es un TP propio del espectro de la esquizofrenia (Fogelson *et al.*, 2007).

También podemos encontrar que en patologías como el TP Límite es frecuente y persistente la presencia de síntomas psicóticos, aunque estos no predicen el desarrollo de trastornos psicóticos (Barnow S *et al.*, 2010)

Estos estudios aquí recogidos provocan que muchos investigadores se pregunten cuál es la relación entre ambos ejes, si no será artificial la distinción entre el Eje I y el Eje II o si realmente existe una continuidad entre ambos grupos de patologías de manera que la personalidad normal, los rasgos de carácter, los TP y los trastornos del Eje I son la misma entidad que se expresa de manera diversa según la intensidad de la psicopatología.

7.2 Posibles relaciones entre el Eje I y el Eje II

Hay diversos modelos que asumen o proponen la influencia, potenciación, interacción o exacerbación de las patologías del Eje I y del Eje II recíprocamente (First *et al.*, 2002). Así, existen estudios que afirman que es la psicopatología propia de un trastorno del Eje I la que repercute en el establecimiento de un diagnóstico de TP (Franco *et al.*, 2004; First *et al.*, 2002; Ferro *et al.*, 1998; Johnson *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 1997; Stuart *et al.*, 1992; Svrakic, 1991); otras investigaciones concluyen que es la existencia de un TP lo que produce un aumento de la psicopatología general propia del Eje I (Coid, 2006; Newton-Jowes *et al.*, 2006; Bernstein *et al.*, 1993) y estudios que determinan que ambas categorías diagnósticas son independientes (Lenzenweger *et al.*, 2004; Ferro *et al.*, 1998; Loranger *et al.*, 1991).

Respecto a la relación existente entre la psicopatología general y el padecimiento personal con el diagnóstico de un TP, podemos agrupar las diferentes hipótesis de trabajo en tres direcciones:

1. Independencia de los Ejes
2. Influencia del Eje I sobre el Eje II
3. Influencia del Eje II sobre el Eje I

7.2.1 Independencia de los Ejes.

Esta primera hipótesis postula que el Eje I y el Eje II son independientes. Diversos estudios han mostrado que no existe una influencia relevante entre ellos. La presencia de enfermedades del Eje I o el tratamiento que se emplea para atenuar la sintomatología que provocan, tendrían una influencia muy ligera y no significativa en el cambio de los rasgos de los TP (Ferro *et al.*, 1998). Según estos estudios, parece también que no hay evidencia de que patologías como la ansiedad o la depresión afecten al diagnóstico de un TP en general -ni a los criterios diagnósticos específicos de cada TP en particular- y que el diagnóstico de un TP no varía cuando se realiza durante un episodio depresivo o tras la recuperación del mismo (Lenzenweger *et al.*, 2004; Loranger *et al.*, 1991).

De acuerdo con otras investigaciones, no parece que los TP tengan efectos consistentes en la evolución de la patología depresiva, siempre que el episodio depresivo esté bien tratado (Mulder, 2002). Este autor refiere que el diagnóstico de un TP podría influir en la evolución de la depresión en la medida en que se atribuyeran al TP síntomas del trastorno del Eje I y se dejaran sin tratar por creerlos inflexibles e inalterables tal y como ocurre con los síntomas del TP. Así, la depresión bien diagnosticada y bien tratada en un paciente con un TP, no debería evolucionar necesariamente peor que en aquel que no presenta tal diagnóstico (Mulder, 2002).

En un estudio realizado por Grilo y colaboradores (1997) se analizó la evolución de 92 mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados o Bulimia Nerviosa, a lo largo de 9 años. Estudiaron la personalidad a través de la entrevista DIPD-IV y se observó que el curso natural de la Bulimia Nerviosa y de los TCA no especificados no parecía estar influenciado de manera significativa por la presencia, gravedad o variaciones de la psicopatología de los TP (Grilo *et al.*, 1997).

En otra investigación dirigida a analizar las relaciones entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el TP Obsesivo Compulsivo, se estudiaron tres grupos de sujetos: 418 estudiantes, 87 pacientes psiquiátricos sin TOC y 52 pacientes diagnosticados de TOC. Por medio del *Big Five Inventory* y el *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality-2*, los autores encontraron una prevalencia de cualquier TP del 30 %, 53 % y 46 % respectivamente en cada grupo. Para el TP Obsesivo Compulsivo la prevalencia fue del 5%, 14 % y 15 % respectivamente. Al analizar estos resultados, tanto desde un punto de vista dimensional como categorial,

observaron que el porcentaje de pacientes con TOC que presentaban un TP Obsesivo-Compulsivo era muy bajo, casi idéntico al del grupo de pacientes sin TOC y que no era precisamente este TP el que más frecuentemente era diagnosticado. Así, consideraron que el TOC y el TP Obsesivo Compulsivo eran patologías independientes (Wu *et al.*, 2006).

7.2.2 Influencia del Eje I sobre el Eje II

La segunda hipótesis que se plantea respecto a las relaciones existentes entre ambos ejes, defiende que es la psicopatología propia del Eje I la que hace que el diagnóstico de TP sea más frecuente (Johnson *et al.*, 1997) y, en este sentido, que las valoraciones e interpretaciones sobre rasgos de la personalidad podrían estar influenciadas, y hasta ser fenómenos dependientes, del estado psicopatológico o de alguna otra enfermedad que presente el sujeto (del Eje I o del Eje III).

Se ha observado que en los pacientes en los que en una primera aproximación se confunde la sintomatología del Eje I con la del Eje II, podría ocurrir que, tras tratar y remitir los síntomas del Eje I, pareciera que también el TP remite. Este tipo de pacientes serían aquellos que presentaban un TP con una buena adaptación, pero sería la presencia de una patología del Eje I lo que los descompensaría y pondría de manifiesto ambas sintomatologías (Franco *et al.*, 2004).

Así se observó, por ejemplo, en un estudio en el que se diagnosticó de TP a pacientes con depresión antes de que se iniciara un tratamiento con terapia cognitivo conductual de la depresión. Después del tratamiento ya no se cumplieron los criterios para confirmar el diagnóstico de TP (Stuart *et al.*, 1992). También se puede ver cómo la prevalencia de TP disminuye del 78 al 43% en un grupo de pacientes con TCA cuando reciben tratamiento en una unidad especializada de TCA (Vrabel *et al.*, 2010)

En estos casos la inestabilidad del diagnóstico de TP no sólo sería debida a lo arbitrario o la poca fiabilidad de las categorías diagnósticas, sino que también podría ser resultado de otros factores, tales como el efecto de la variación del estado de ánimo a la hora de realizar la evaluación de los rasgos de la personalidad, el abuso y dependencia de sustancias o el sexo. Respecto a este último se encontró que las mujeres tendrían una mayor tendencia a sobreestimar su maladaptación de la personalidad cuando el estrés que presentan es muy alto, y los hombres podrían subestimar sus rasgos patológicos de la personalidad, por la falta de motivación hacia la prueba diagnóstica o por presentar un alto malestar en el momento de la exploración (First *et al.*, 2002; Ferro *et al.*, 1998).

Por tanto, según esta perspectiva, se podría considerar que el diagnóstico de TP es muy poco estable y los cambios en la sintomatología de un TP estarían asociados con los cambios en el nivel de psicopatología o con otras características de los pacientes, como por ejemplo, la presencia de múltiples síntomas egodistónicos en los pacientes con rasgos neuróticos (Johnson *et al.*, 1997; Svrakic, 1991).

7.2.3 Influencia del Eje II sobre el Eje I.

La tercera hipótesis apoya que es la presencia de un TP lo que origina un incremento de la sintomatología general y del sufrimiento personal. En consecuencia, padecer un TP haría más vulnerable al sujeto para sufrir patologías del Eje I. Los autores que defienden esta postura afirman que es el TP en sí mismo el que produce un aumento de la psicopatología y asocian la presencia de un TP con un aumento del riesgo de presentar más psicopatología, mayor deterioro funcional y mayor persistencia de la sintomatología del Eje I (Michels, 2010; Sansone, 2010; Coid, 2006; Bernstein *et al.*, 1993).

Un meta-análisis de 34 investigaciones publicado en 2006 estudió la evolución de pacientes con un episodio depresivo según presentaran o no un TP. Las conclusiones fueron que en los sujetos en los que se combinaba depresión y TP se producía una peor evolución que en aquellos que únicamente padecían una depresión (Newton-Jowes *et al.*, 2006).

En cualquiera de las tres hipótesis el diagnóstico de un TP no es sencillo y no sólo está influenciado por la patología del Eje I. Existen otras muchas variables que pueden influir en la etiología, inicio, expresión, diagnóstico, tratamiento y evolución de los TP. En los siguientes apartados revisaremos someramente algunas de ellas, resaltando las de mayor importancia.

8. Variables que influyen en el diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad.

Son muchas las variables que influyen en el diagnóstico de un TP: la edad, el sexo, las influencias del ambiente y el entorno, la incidencia de factores biológicos y enfermedades médicas, alteraciones estructurales cerebrales, etc. A continuación se hará una revisión de las mismas y de los estudios más relevantes que han buscado asociaciones entre el diagnóstico de TP y dichas variables.

8.1 Variables biológicas

Se han encontrado variaciones en distintos parámetros biológicos asociados con los TP en general y con algunos TP específicos.

8.1.1 Variables biológicas y Trastornos de la Personalidad en general

En estudios realizados en sujetos diagnosticados de TP, sin diferenciar por TP específicos, se han encontrado resultados que parecen indicar la existencia de una relación entre características o rasgos del TP –como impulsividad y agresividad- y diferentes variables relacionadas el sistema serotoninérgico y noradrenérgico. Estas variables se resumen en la Tabla 19. También se ha encontrado relación entre la extroversión y una alta actividad de la MAO plaquetaria y una disminución de la amplitud de los potenciales evocados en relación con algunos rasgos de personalidad (Kagan *et al.*, 2007; Diaz-Marsá *et al.*, 1992; Svrakic, 1991).

Tabla 19. Variables biológicas asociadas al TP

- Correlación inversa entre el 5 Hidroxitriptófano (5-HT) y la impulsividad/agresividad.
- Reducción de la actividad central del 5-HT en humanos con agresividad impulsiva, con bajas concentraciones de 5 hidroxindolacético en el líquido cefalorraquídeo (LCR), con independencia de si era auto o heteroagresividad,
- Respuesta atenuada de la prolactina a la dl-fenfluramina (liberador/inhibidor de la recaptación de serotonina) con una relación inversa con la agresividad.
- Aumento de la respuesta del cortisol y de la respuesta térmica un agonista del receptor del 5-HT1A (ipsapirona).
- Correlación inversa entre el número de receptores 3H-imipramina (transportador de la serotonina) y la automutilación y los comportamientos impulsivos.
- Respuesta de la hormona del crecimiento a la clonidina –un índice de sensibilidad central a los receptores noradrenérgicosalfa-2- y de Prolactina a las pruebas de provocación con fenfluramina, relacionadas con la irritabilidad en los sujetos con un TP.
- Relación de la impulsividad con niveles elevados de testosterona, 17-estradiol y estrona.

En un estudio realizado por Ruocco *et al.*, se analizó la relación existente entre el perfil de personalidad del MCMI-III y una batería de test neuropsicológicos en 161 sujetos con alguna lesión cerebral. Se midió la atención, la capacidad ejecutiva, el lenguaje, la función motora, la velocidad de procesamiento, la memoria verbal, la memoria visual y la capacidad visoespacial. Se observó que la mayoría de los TP presentaban relaciones con las funciones neurocognitivas, en particular con aquellas que subyacen en las regiones frontal y temporal. Todos los TP, excepto el Obsesivo-Compulsivo, se relacionaron con el lenguaje. Las funciones que más se relacionaron de manera negativa con alguno de los TP, además del lenguaje, fueron la velocidad de procesamiento y la capacidad ejecutiva. En cambio, los TP Histriónico y Narcisista

presentaron unos mejores resultados en lenguaje y velocidad de procesamiento (Ruocco *et al.*, 2007).

En otro estudio se encontró que los valores de ácido homovalínico (un metabolito de la dopamina) en LCR y plasma estaban más elevados en pacientes esquizotípicos que en los sujetos con otro TP y que en los sanos (Kagan, 2007).

Sin que estos estudios sean concluyentes y definitivos o aporten datos imprescindibles para el estudio de los TP, sí que nos informan acerca de los posibles sustratos biológicos de los síntomas de los TP, que en algunos TP específicos como el TP Límite y el TP Antisocial son más relevantes y ayudan a orientar la elección de un posible tratamiento farmacológico.

8.1.2 Variables biológicas y Trastorno de la Personalidad Límite

El TP Límite ha sido uno de los más estudiados en este sentido y las variables biológicas subyacentes han recibido un especial interés, lo que ha dado lugar a numerosas investigaciones que proporcionan datos (ver Tabla 20) que no siempre tienen una utilidad cierta pero que pueden ser origen de nuevas líneas de investigación que ayuden a desentrañar la etiología de este TP (Kagan, 2007; Diaz-Marsá *et al.*, 1992; Svrakic, 1991).

Tabla 20 Algunas variables biológicas asociadas al TP Límite

-
- Eficiente respuesta de TSH a la estimulación con TRH.
 - Falta de supresión en respuesta a Dexametasona.
 - Anormalidades en el EEG (lentitud de onda y puntas).
 - Disminución de la latencia REM.
 - Aparición de signos neurológicos menores.
 - Aumento de la respuesta depresiva en respuesta a fisostigmina.
 - Disforia y síntomas disociativos en respuesta a Procaina.
 - Mejoría de la actividad global en respuesta a anfetaminas.
-

De Brujin *et al.*, observaron que los sujetos con TP Límite presentaban una menor capacidad de corregir sus errores y una disminución del control de la acción, medida a través de las amplitudes de las ondas del EEG. Esto explicaría que no aprendieran de sus errores tan bien como los controles sanos y que no ajustaran su comportamiento cuando es necesario y mantuvieran su estilo de respuesta impulsiva sin corregirla (De Brujin *et al.*, 2006).

Cuando se comparó la personalidad, la impulsividad, la percepción del tiempo, la sensibilidad a los refuerzos y la memoria de trabajo espacial en cuatro grupos de sujetos: con TP Límite (n=19), con lesión en corteza orbitofrontal (n=23), con lesión en corteza prefrontal, pero no en la orbitofrontal (n=20) y un grupo de sujetos sanos (n=39)

se observó que los pacientes con TP Límite y con lesión en la corteza orbitofrontal coincidían en el aumento de la impulsividad, los comportamientos inadecuados, la ira y la tristeza frente a los otros dos grupos. También ambos mostraron menor apertura hacia la experiencia y tenían una percepción más rápida del tiempo que los sujetos sanos. No obstante, se diferenciaban entre sí en las irregularidades de la personalidad y los altos niveles de emoción (Berlín *et al.*, 2005).

8.1.3 Variables biológicas y Trastorno de la Personalidad Antisocial

Debido a los grandes problemas que genera y las frecuentes connotaciones sociales de las que participa el TP Antisocial, la relación entre éste y las variables biológicas ha sido de las más estudiadas (Glenn y Raine, 2008), ya que es difícil saber si actúan de esa manera por determinación biológica o de manera libremente elegida.

El sistema serotoninérgico ha sido uno de los objetos de estudio en estas relaciones y los resultados encontrados han sido diversos. En algunos grupos de pacientes con TP Antisocial se ha observado una disminución de la respuesta a la prolactina al administrar un agonista postsináptico del 5-HT (prolactina m-clorofenilpiperacina). Esta respuesta era menor cuanto mayores en número eran las agresiones (Moss *et al.*, 1990). También se encontró una disminución de los niveles de concentración de 5 Hidroxiindolacético en el LCR de criminales violentos impulsivos frente a los criminales violentos que no eran impulsivos, al igual que en los pirómanos impulsivos frente a los pirómanos no impulsivos o los voluntarios sanos.

Otros estudios han encontrado resultados que hacen postular una base biológica en los comportamientos antisociales. Entre ellos destacan que se ha observado una respuesta atenuada de la prolactina a la dl-fenfluramina (liberador/inhibidor de la recaptación de serotonina) en relación inversa con la agresividad, también una asociación funcional significativa entre la zona prefrontal y los comportamientos antisociales y agresivos o que el número de receptores de plaquetas para la 3H-paroxetina estaba inversamente correlacionado con antecedentes personales de agresividad en pacientes con TP (Kagan, 2007)

Una investigación se planteó que los pacientes con características psicopáticas presentaban una disfunción cognitiva en el procesamiento de tareas lingüísticas y no-lingüísticas cuando las condiciones exigían la participación del hemisferio izquierdo motor y de los sistemas de atención. Los autores encontraron que aquellos con una puntuación más elevada en la *Hare Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) mostraban

algunos déficits en el procesamiento pero, aunque respondían más lentamente a algunos estímulos, no se confirmó la presencia de una disfunción general en el hemisferio izquierdo (Kosson *et al.*, 2007).

Loney y colaboradores, en otra investigación llevada a cabo sobre una muestra de 84 sujetos con puntuaciones elevadas en una escala de psicopatía (*Levenson Psychopathy Scale*), se observó que, tras ser sometidos a una prueba de estrés, la respuesta del cortisol era menor que la esperada en el grupo de varones, pero no en el de las mujeres (Loney *et al.*, 2006). De este modo replicaron a estudios previos que proponían al cortisol como un marcador de los rasgos de psicopatía en varones (O'Leary *et al.*, 2007). En ese estudio previo también se descartaba a la testosterona como marcador de estos rasgos, pues no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en los niveles de esta hormona en saliva (Loney *et al.*, 2006).

Los hallazgos de estas asociaciones de variables biológicas con los TP en general y con algunos TP específicos pueden ayudarnos a considerar que desde el punto de vista de la práctica clínica se deberían desarrollar procedimientos de evaluación que permitan determinar las variables causantes y de mantenimiento de los TP (New *et al.*, 2008; Orozco *et al.*, 2004).

8.2 Enfermedades del Eje III y su relación con los Trastornos de la Personalidad

En la agenda de investigación para la formulación del DSM-V se ha propuesto, como elemento de interés relevante, el estudio de la posible relación entre la personalidad y la salud física, como por ejemplo la existente entre la hostilidad y el aumento de enfermedades cardiovasculares (First *et al.*, 2002).

No obstante, no hay que olvidar la influencia que ejercen los síntomas somáticos y el sufrimiento personal que provocan las diversas enfermedades físicas en el diagnóstico de los TP y la necesidad de atender, por tanto, a la posible aparición de falsos positivos causados por la sobreestimación de la psicopatología del paciente en estas condiciones (Green *et al.*, 2006; Ro *et al.*, 2005; First *et al.*, 2002).

También se ha de considerar que alteraciones estructurales o metabólicas pueden ser desencadenantes de graves alteraciones en la conducta, modo de pensar y sentir de un sujeto, por lo que un cambio brusco de la personalidad en un paciente ha de hacernos sospechar la presencia de una enfermedad médica o de consumo de tóxicos.

Debemos considerar por tanto que la presencia de sintomatología general no psiquiátrica y de psicopatología no característica del TP, puede influir en el diagnóstico, si ésta se asemeja a los rasgos patológicos de la personalidad o si facilita que aumente la intensidad de la sintomatología derivada de un TP.

Con frecuencia, la patología del Eje II se relaciona con la patología del Eje III de manera global, como por ejemplo se muestra en un estudio que midió la calidad de vida empleando el *Health-Related Quality of Life* (HRQOL) en 75 mujeres con TP Límite. En este estudio se encontró que las pacientes presentaban un mayor deterioro en todas las dimensiones de este instrumento en comparación con la población normal. Pero no sólo se halló esta diferencia en las dimensiones que medían el componente de salud mental y relaciones sociales, sino también en el de salud física general (Perseius *et al.*, 2006).

También existen estudios que muestran cómo los TP influyen en el desarrollo de algunas patologías del Eje III, en particular la epilepsia, la cefalea o las enfermedades cardíacas (De Araujo GM *et al.*, 2007; Moran *et al.*, 2007; Swinkels *et al.*, 2005; Lake III *et al.*, 2005) o los que muestran que presentar un TP antisocial es un factor que influye de forma negativa para conseguir dejar de fumar (Rohde *et al.*, 2003).

No son muchos los estudios que se detienen a estudiar la posible relación entre las diferentes patologías del eje III y la presencia de TP, no obstante sí que se han encontrado algunas asociaciones con la epilepsia, la cefalea y algunas enfermedades del sistema nervioso, los problemas cardiovasculares, etc., como veremos a continuación.

En Gran Bretaña se analizó una muestra de 8580 sujetos entre 16 y 74 años en los que se investigó la presencia de TP con el cuestionario de *screening* SCID-II y se recogieron datos sobre afecciones cardíacas y diferentes variables tales como edad, sexo, clase social y antecedentes de hipertensión, diabetes, hábito tabáquico o alcoholismo. Encontraron que los pacientes que presentaban resultados positivos para cualquier TP en el instrumento de cribado, presentaban también mayor número de infartos y enfermedades isquémicas cardíacas. Después de ajustar los resultados por posibles factores de confusión, hallaron relación entre la presencia de TP y la presencia de infarto y de enfermedad isquémica cardíaca. Los TP Evitativo, Obsesivo-Compulsivo y Límite se asociaron de manera significativa con el infarto; los TP Evitativo, Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico y Límite lo hicieron con las enfermedades isquémicas cardíacas (Moran *et al.*, 2007). Los autores concluyeron que los rasgos disfuncionales de la personalidad tenían un papel importante en la etiología

de las enfermedades cardiovasculares y que las personas con riesgo de padecer un TP, presentaban también un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Este riesgo no era explicado por posibles factores de confusión como podían ser las diferencias socioeconómicas o el estilo de vida (Moran *et al.*, 2007).

Se ha encontrado una prevalencia de TP y rasgos de TP en pacientes con epilepsia entre el 4% y el 38%, cifras mayores que las observadas en la población general y que en pacientes con asma (Swinkles *et al.*, 2005). Otro estudio realizado sobre una muestra de 100 pacientes con Epilepsia Juvenil Mioclónica (EMJ) y 100 sujetos sanos a los que se les realizó la entrevista SCID-II, encontró una prevalencia de TP del 20% en los pacientes epilépticos frente a un 4% en los sujetos sanos. El 85% de los TP eran del Cluster B. Algunos rasgos tales como impulsividad muy marcada, reactividad del humor, inestabilidad emocional y dificultad para aceptar las normas sociales se asociaron con la presencia de la epilepsia (De Araujo *et al.*, 2007)

Otro estudio de interés muestra que la cefalea que presentan los pacientes con TP resulta de difícil manejo debido a las características propias de la psicopatología de estos pacientes y a las complicaciones en el tratamiento por sus dificultades en las relaciones interpersonales (Lake III *et al.*, 2005). Aunque en tres estudios que emplearon el MMPI la mayoría de los pacientes (62-72%) con cefalea presentaron un perfil normal, en el MMPI y en el EPQ, se pone de manifiesto que el nivel de estrés diario de estos pacientes está correlacionado con el nivel de intensidad del dolor de cabeza, y que los sujetos con cefalea suelen adoptar estrategias inadecuadas de afrontamiento del estrés o de la cefalea (Lake III *et al.*, 2005). También hay estudios que reflejan que existe una mayor prevalencia de cefalea en los pacientes con TP Límite y que éstos sabotean los intentos de tratamiento que realiza el profesional (Saper *et al.*, 2002). En otra investigación realizada con 58 pacientes con cefalea que recibieron tratamiento y completaron el cuestionario de personalidad MCMI-III, se observó que el 72% presentaba puntuaciones mayores de 74 (punto de corte a partir del cual se puede considerar significativa la puntuación) para al menos un patrón de personalidad. Los pacientes que respondieron mejor al tratamiento presentaban menores puntuaciones en las escalas Somatoforme, Depresión Mayor y Personalidad Evitativa y mayores puntuaciones en Dependencia de Alcohol y drogas, Depresión, Agresividad, Autodepreciación y Manía (Hansen *et al.*, 2007).

Fusar-Poli *et al.* llevaron a cabo una revisión sobre las causas y tratamiento de la depresión que aparece después de un trasplante de hígado en relación a la posible

asociación existente entre las características de la personalidad previas al trasplante y la posterior aparición de complicaciones y fallecimientos (Fusar-Poli *et al.*, 2007). Los autores citan tres estudios que descartan que los TP estén relacionados con el número de complicaciones o con el *exitus*, frente a uno que sí halló esta relación. No obstante se ha concluido que los trastornos de la personalidad juegan un papel importante en la etiología de la depresión en pacientes que reciben un trasplante de hígado.

Un estudio realizado en 19 enfermos con Miopatía Miotónica Proximal y 21 con Distrofia Miotónica tipo 1 a través de SPECT y la entrevista SCID-II, encontró que estos enfermos presentaban un perfil de personalidad en el que predominaban los rasgos evitativos asociado con hipoperfusión en regiones frontales y parietooccipitales (Meola *et al.*, 2003).

Mercan y colaboradores utilizaron el MMPI-2 y el SCID-2 para comparar los rasgos de personalidad de 14 sujetos con “fractura del boxeador” (recibe este nombre por ser su etiología más frecuente el golpear a algo con el puño cerrado), 13 sujetos con otras fracturas y 11 sujetos sanos. Encontraron que los sujetos con la fractura del boxeador presentaban puntuaciones más elevadas que el resto de sujetos en las escalas Antisocial, Límite y Autodepreciación (*self-defeating*) de la SCID-2 y en las subescalas del MMPI-2 Cinismo y Enfado. Cuando se comparaban con el grupo con otras fracturas la puntuación más elevada era para la personalidad pasivo-agresiva y cuando se comparaban con el grupo control, la esquizotípica (Mercan *et al.*, 2005).

En un estudio realizado por Kalarchian *et al.* (2007), sobre una muestra de 288 pacientes que acudieron solicitando cirugía bariátrica, se encontró que el 29% reunía criterios para al menos un TP. No obstante, la psicopatología del Eje II, no estaba relacionada con el Índice de Masa Corporal, que sí lo estaba con la psicopatología del Eje I.

Un estudio realizado en una unidad de hospitalización psiquiátrica comparó las variables de personalidad de 55 pacientes con enuresis, 55 pacientes sin enuresis y 55 sujetos de la población general. Se encontró que ambos grupos de pacientes hospitalizados presentaban una mayor prevalencia de TP (diagnosticados con la IPDE) que el grupo de sujetos de la población general y que los pacientes sin enuresis presentaban la mayor prevalencia de los tres grupos. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en los resultados obtenidos en el cuestionario NEO-FFI, por lo que los autores concluyeron que no había dimensiones específicas de la personalidad asociadas a los pacientes enuréticos (Brieger *et al.*, 2001).

Como se ha podido ver, estos estudios son quizá anecdóticos, pero no por eso dejan de indicarnos que la presencia de TP en un sujeto no es indiferente para su salud general, la evolución de sus enfermedades médicas y el tratamiento de sus síntomas.

8.3 Edad

De acuerdo con la definición actual de TP, éste ha de aparecer en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y ha de ser de curso estable. De hecho los TP no aparecen de manera brusca. Se ha afirmado que el diagnóstico de los TP Antisocial, Límite, Histriónico, Narcisista y Pasivo agresivo es más frecuente en poblaciones jóvenes y luego va disminuyendo con el paso del tiempo. En cambio hay otros TP que tienden a perdurar en la edad adulta, como el Obsesivo-compulsivo, Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico (Pérez Urdániz, 2004). El diagnóstico en ancianos es más complejo ya que pueden expresarse de forma distinta y los criterios de la clasificación DSM parecen no ser suficientes (Tummers, 2010).

Se ha observado que a medida que aumenta la edad, disminuye la prevalencia de los TP. Así queda recogido en dos estudios: en el primero de ellos se realizaron cuatro entrevistas diagnósticas de TP a los 10, 16, 22 y 33 años, observándose como la prevalencia de TP iba disminuyendo desde el 32,7% de la segunda (a los 16 años) al 15,5 % de la cuarta (a los 33 años) (Skodol *et al.*, 2007); en el segundo se analizó la asociación entre la edad y el porcentaje máximo de los rasgos de TP presentes, encontrando que según avanzaba la edad de los entrevistados, el porcentaje de rasgos de TP que presentaban los sujetos disminuía en un 48% para todos los rasgos de TP y hasta un 73% para los rasgos de TP Narcisista; la disminución que se produjo entre la adolescencia y la edad adulta de la presencia de rasgos de TP fue del 28% (Johnson *et al.*, 2000)

8.4 Sexo

Los datos existentes en relación a la mayor o menor prevalencia de los TP en el sexo femenino o masculino no son concluyentes (Lenzenweger, 2008; Torgersen *et al.*, 2001; Maier *et al.*, 1992; Reich *et al.*, 1989; Dahl, 1986). En algunos estudios se indica que el diagnóstico de TP de manera global, sin analizar por subtipos, se asocia más al sexo masculino (Samuels *et al.*, 2002; Samuels *et al.*, 1994; Bodlund *et al.*, 1993;

Jackson *et al.*, 1991). En otros se indica una mayor prevalencia de los TP en las mujeres aunque parece que la intensidad de la psicopatología es menor en ellas comparada con la de los hombres (Golomb *et al.*, 1995). Sin embargo otras investigaciones recogen datos que muestran que los varones presentan con mayor frecuencia los TP Esquizoide, Antisocial, Narcisista y Obsesivo-compulsivo y las mujeres TP Límite, Dependiente e Histriónico (Pérez Urdániz, 2004; Morán *et al.*, 2000; Golomb *et al.*, 1995).

En un estudio realizado por Grilo *et al.* (1996a), se observó que existían importantes cambios en la prevalencia de TP específicos según el sexo de los pacientes. Así, tras estudiar a 138 adolescentes hospitalizados, los autores encontraron que con una mayor frecuencia y de forma estadísticamente significativa, las mujeres eran diagnosticadas más de TP Límite y los varones de TP Narcisista (Grilo *et al.*, 1996a). Sin embargo, en 118 adultos hospitalizados, observaron que las mujeres no presentaban ningún trastorno específico con más frecuencia que los varones que sí que presentaron más diagnósticos de TP Esquizotípico y Antisocial (Grilo *et al.*, 1996b). En otro estudio de seguimiento de dos años de duración en 101 adolescentes, se observó que más mujeres (83%) que hombres (54%) mantenían el diagnóstico de TP (Chanen *et al.*, 2004).

8.5 Imagen anatómica cerebral

Fue en 1989 cuando se publicó el primer estudio realizado con imágenes neuroanatómicas en sujetos diagnosticados de TP, Lucas y colaboradores, encontraron que los sujetos con Trastorno de la Personalidad Límite (TLP), frente a los sujetos control, presentaban una disminución del tamaño del tercer ventrículo en la Tomografía Axial Computerizada (TAC) cuando se comparaba con los sujetos control. No obstante, este hallazgo se atribuyó a que había más mujeres en el grupo de enfermos y las mujeres, en general, tienen un tercer ventrículo de menor tamaño (De la Fuente, 2003).

Posteriormente se han ido publicando diversas investigaciones y se observa un aumento de las mismas en los últimos años, replicando estudios previos, aportando nuevos hallazgos y, en ocasiones, contradiciendo anteriores conclusiones.

Así, en una revisión del tema, realizada por De la Fuente en 2003, y que recoge los estudios publicados hasta el año 2000, se analizan los estudios que se llevaron a cabo con imagen neuroanatómica morfológica (TAC) y Resonancia Magnética (RM). De los resultados de estos estudios se desprende que en el cerebro de los sujetos con

personalidad esquizotípica se encuentra una reducción del volumen de algunas áreas frontales así como un aumento del volumen ventricular. También en esta revisión se reseñan otras publicaciones que informan de la presencia de una reducción del volumen del lóbulo frontal en TLP, y de diversas alteraciones en la personalidad esquizotípica como: reducción de los volúmenes de los lóbulos frontal y temporal izquierdo, alteraciones de las estructuras situadas en la línea media encefálica, disminución de la sustancia gris a nivel temporal, diferencias en la distribución del volumen talámico y aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo (De la Fuente *et al.*, 2003).

Cuando estos mismos autores revisan los resultados de las pruebas de imagen neuronatómica funcional, *Single Photon Emisión Computered Tomography* (SPECT) y *Positron Emisión Tomography* (PET), observan que los pacientes con TLP mostraban trastornos del metabolismo cerebral de la glucosa en las regiones corticales premotoras y prefrontales, en la circunvolución cingular, el tálamo y los núcleos basales. Por otra parte, los sujetos con personalidad esquizotípica no presentaban alteraciones metabólicas significativas y los sujetos con personalidad antisocial presentaban hipofunción del metabolismo frontal (De la Fuente *et al.*, 2003).

Tabla 21 Hallazgos cerebrales en pacientes con TP Límite*

Hipocampo: volumen reducido; disminución del metabolismo basal en el lado izquierdo.
Amígdala: volumen reducido; pérdida de volumen de la sustancia gris en el lado izquierdo; aumento de la actividad en respuesta a estímulos.
Corteza cingulada anterior: volumen reducido; disminución y aumento del metabolismo basal; respuesta atenuada a fenfluramina; desactivación en respuesta a m-clorofenilpiperacina; desactivación en respuesta a caras de miedo y relatos de abandono; fallo en la activación en respuesta a relatos de traumas; disminución de la actividad en respuesta a estímulos dolorosos; menor recaptación.
Corteza prefrontal y orbital: disminución del metabolismo; respuesta atenuada a fenfluramina; fallo en la activación en respuesta a relatos de traumas y volumen reducido en la corteza orbital izquierda; disminución del flujo sanguíneo en áreas de corteza prefrontal derecha.
Corteza prefrontal dorsolateral: reducción de la concentración de N-acetilaspártato; disminución del metabolismo basal; respuesta atenuada a fenfluramina, fallo en la activación en respuesta a relatos de traumas; aumento del flujo sanguíneo en respuesta a relatos de abandono y aumento de la actividad en respuesta a estímulos dolorosos.
Corteza parieto-temporal: mayor actividad relativa antes y después de la administración de Fenfluramina; varones que presentaban un aumento del metabolismo en la corteza parietal y occipital bilateral en respuesta a placebo; disminución volumen corteza parietal derecha y asimetría de la corteza parietal; disminución del flujo sanguíneo en diversas áreas de la corteza temporal.
Otros: menor recaptación en lóbulo temporal izquierdo; disminución de la reabsorción en el giro fusiforme temporal derecho, precúneo izquierdo y cortex cingulado posterior ; reducción del volumen cerebral izquierdo; activación bilateral significativa en las áreas frontotemporales incluyendo la ínsula, la amígdala y la corteza del cíngulo anterior, corteza cingulada posterior izquierda, corteza occipital derecha, cerebelo bilateralmente y la línea media; mayor activación en las regiones insular y orbitofrontal bilateral, en el cíngulo anterior izquierdo, en la corteza prefrontal medial, en las áreas parietal y parahipocámpica en respuesta a las láminas del TAT.

* Tebartz *et al.*, 2007; Schnell *et al.*, 2007; Schmahl, 2006; Beblo *et al.*, 2006; Oquendo *et al.*, 2005; Hazlett *et al.*, 2005; Soloff *et al.*, 2005; Irle *et al.*, 2005; Lange C *et al.*, 2005; Goethals *et al.*, 2005

Koponen *et al.* (2006) estudiaron una muestra de 58 pacientes treinta años después de que hubieran sufrido una lesión cerebral traumática, y observaron que los TP estaban distribuidos de manera uniforme entre los sujetos con o sin lesión cerebral traumática, a excepción del TP orgánico, subtipo desinhibido, que era más frecuente en los sujetos con contusiones; en estos sujetos las lesiones se distribuían principalmente en el lóbulo frontal. Los autores destacan que el desarrollo de un TP orgánico estaría más en relación con lesiones más intensas, aunque hay un grupo de sujetos que desarrolla este síndrome sin que se hallen lesiones en sus cerebros, mientras que los TP “funcionales” aparecerían en sujetos con lesiones menores (Koponen *et al.*, 2006).

En los últimos años asistimos a un aumento en el conocimiento de posibles bases estructurales y morfológicas en los TP, si bien, la mayoría de los estudios se han realizado con TP Esquizotípico, Antisocial y Límite. De este último, quedan reflejados los hallazgos más significativos en la Tabla 21, que sin ser concluyentes, definitivos ni determinantes nos indican que en este TP se encuentran presentes algunas alteraciones estructurales que pueden orientarnos en el estudio y conocimiento de los TP.

Otros estudios, por el contrario, no han replicado estos hallazgos, como el de Zetsche y colaboradores que no observaron diferencias significativas en los volúmenes de la amígdala al comparar 25 pacientes con TLP con otros tantos sujetos sanos (Zetsche *et al.*, 2006).

Con relación al **TP Esquizotípico**, diferentes estudios encontraron anomalías cerebrales similares a las observadas en pacientes esquizofrénicos en la circunvolución temporal superior, parahipocampo, cuerno temporal de los ventrículos laterales, cuerpo calloso, tálamo, septum pellucidum y líquido cefalorraquídeo (Dickey *et al.*, 2002), así como una reducción bilateral en la conectividad fronto-temporal a través del fascículo uncinado (Nakamura *et al.*, 2005).

Sin embargo, y a diferencia de lo observado en pacientes esquizofrénicos, diversas investigaciones han encontrado que los pacientes con TP esquizotípico no presentaban anomalías en los lóbulos temporales mediales ni en los ventrículos laterales (Dickey *et al.*, 2002). También se diferenciaban de los pacientes con esquizofrenia por presentar tasas metabólicas en las regiones temporales laterales más altas, pero que a su vez, eran más bajas que las de los controles (Buchsbaum *et al.*, 2002).

Otros hallazgos obtenidos al medir diferentes volúmenes cerebrales a través de una RM han mostrado una disminución de la sustancia gris en el giro postcentral (Zhou,

et al., 2007); una disminución de la sustancia gris del lóbulo temporal en mujeres con TP Esquizotípico frente a mujeres con esquizofrenia (Takahashi *et al.*, 2006), una disminución del volumen del núcleo caudado bilateral (Koo *et al.*, 2006b) y una disminución del volumen de la sustancia gris (giro temporal medial y superior izquierdo, en la región parietal inferior izquierda con el giro postcentral, giro parietal inferior, giro frontal superior derecho) junto con con mayores volúmenes de líquido cefalorraquídeo (Koo *et al.*, 2006a; Lee *et al.*, 2006).

También se ha encontrado una mayor dilatación de los ventrículos laterales asociada a una mayor intensidad de los síntomas evaluados mediante la Entrevista Estructurada para Esquizotipia y el Cuestionario para Personalidad Esquizotípica (Koo *et al.*, 2006a), menores volúmenes bilaterales del hipocampo y mayores del cavum septi pellucidi (Dickey *et al.*, 2007) y alteraciones en el fascículo uncinado derecho en relación con disminución en la escala de extraversión del *NEO Five Factor Inventory* (Gurrera *et al.*, 2007).

Cuando se han estudiado muestras de pacientes con **TP Antisocial**, se han encontrado diversas alteraciones como: disminución del volumen de la sustancia gris prefrontal (Yang *et al.*, 2005), del volumen posterior del hipocampo y de la perfusión en los lóbulos temporal y frontal, aumento de la sustancia blanca del cuerpo caloso, anormalidades en la respuesta a condicionamientos clásicos, órdenes de inhibición y procesamiento de palabras y dibujos con contenidos emocionales (Pridmore *et al.*, 2005), descenso significativo de la actividad en el cortex prefrontal (Intrator *et al.*, 1997; Amen *et al.*, 1996), deficiencias significativas en la actividad del cortex ventromedial y orbitofrontal (LaPierre *et al.*, 1995), lesiones en el cortex orbital y prefrontal medial (Anderson *et al.*, 1999; Davidson *et al.*, 2000), menores volúmenes cerebrales globales y en el lóbulo temporal, mayores en el putamen (Barkataki *et al.*, 2006) y menor activación en el giro fusiforme y en la corteza extraestriada (Deeley *et al.*, 2006).

Desgraciadamente, a día de hoy ninguno de estos hallazgos nos es útil para diagnosticar con mayor especificidad un TP, pero podríamos ver reflejado en esas alteraciones posibles fallas en los circuitos de regulación del control de los impulsos y de la estabilidad emocional. También pueden ayudarnos a no olvidar que aún no está definida la etiología de los TP, a darnos cuenta de que podríamos estar diagnosticando como TP alguna patología del eje I y a continuar investigando en búsqueda de factores que expliquen estas patologías.

8.6 Genética

Diversos estudios han analizado las bases genéticas de los TP y han mostrado que algunas características de la personalidad parecen tener un marcado componente hereditario (Livesley y Jang, 2008; Sanjuán Arias *et al.*, 2004). Numerosos investigadores han llegado a la conclusión de que parece haber un elevado componente genético en la etiología de los rasgos esquizoides, depresivos, psicopáticos e introversivos (López-Ibor 2003).

Aunque no son muchos los estudios realizados en gemelos, en un clásico estudio de gemelos criados por separado, Bouchard y cols. encontraron una alta correlación en la mayoría de los factores de personalidad entre gemelos monocigotos y sugirieron que la herencia desempeña un papel esencial en la explicación de las diferencias de la personalidad (Bouchard *et al.*, 1990). También recientemente se ha estudiado la heredabilidad de los rasgos del TP Límite en un grupo de mujeres gemelas (Bornovalova *et al.*, 2009). Los autores encontraron que la estabilidad y el cambio de estos rasgos estaba altamente influenciada por la genética y sólo moderadamente por los factores ambientales.

La mayoría de los estudios genéticos realizados se han centrado principalmente en el estudio de los TP Antisocial y Límite. De esta manera, respecto a los rasgos de personalidad antisocial, un meta-análisis de los estudios de gemelos y de los estudios de adopción, reveló que existía una moderada contribución genética al comportamiento antisocial (Rhee *et al.*, 2002) y en un estudio longitudinal realizado sobre una muestra de 1480 pares de gemelos, se encontró una heredabilidad del 63% para los rasgos de personalidad psicopática (Lichtenstein, 2007).

Sí son más abundantes los estudios de genética molecular de asociación o de ligamiento en las variables de personalidad. Así, se han encontrado asociaciones entre el alelo 7R del gen DRD4 y la obtención de puntuaciones elevadas en la escala “Búsqueda de Novedades” del cuestionario *Tridimensional Personality Questionnaire* (Ebstein *et al.*, 2002; Benjamin *et al.*, 2000; Benjamin *et al.*, 1996a) y también entre el polimorfismo del 5-HTTLPR y el neuroticismo (Lesch *et al.*, 1996) o el factor ansiedad del Inventario de Personalidad 16PF de Cattell (Benjamin *et al.*, 2000).

Algunos estudios sugieren que los TP estarían más influidos por la genética que cualquier patología del Eje I y que las dimensiones de la personalidad normal (Torgersen *et al.*, 2000). Sin embargo, parece que dicha influencia genética no es

determinante (Feinberg *et al.*, 2007; Torgersen, 2005; Torgersen *et al.*, 2000) y que puede variar en función del Cluster de pertenencia del TP específico, con una mayor influencia genética para el Cluster A (Kendler *et al.*, 2007; Kendler *et al.*, 2006) y moderada para el Cluster C (Reichborn-Kjennerud *et al.*, 2007).

La influencia genética también parece variar según los trastornos específicos de la personalidad (Torgersen *et al.*, 2000; Siever *et al.*, 2002) y se han encontrado diversas asociaciones tales como la transmisión de rasgos esquizotípicos en parientes biológicos de primer grado de pacientes esquizofrénicos (Asarnow *et al.*, 2001) o la importante participación de la genética en la etiología del TP Límite (Lieb, 2004; Siever *et al.*, 2002).

Otro estudio realizado en una muestra de pacientes con TP, delincuentes violentos que tenían un alelo con una variante genética (genotipos LL o UL) en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa (enzima limitante de la síntesis de serotonina), mostró que estos sujetos tenían valores significativamente menores de concentración de 5-HIAA en el LCR en comparación con el grupo con genotipo UU (Nielsen *et al.*, 1994).

En pacientes diagnosticados de TP y que presentaban conductas autoagresivas se han encontrado asociaciones con los polimorfismos de la triptófano hidroxilasa (Manuck *et al.*, 1999), con los polimorfismos de la MAO-A (enzima que degrada serotonina y noradrenalina en la neurona) (Manuck *et al.*, 2000) y entre el genotipo LL de la triptófano hidroxilasa y el porcentaje de agresiones (New *et al.*, 1998). También se ha observado que poseer el alelo corto que codifica para el transportador de la serotonina está correlacionado con la impulsividad y la agresividad (Retz *et al.*, 2004) así como una menor frecuencia del alelo 5-HT1B861C en pacientes con rasgos de personalidad antisocial y trastornos de conducta (Soyka, 2004)

Vemos por tanto que los estudios no son concluyente y que queda aún mucho trabajo por delante. Algunos autores han propuesto que en futuras investigaciones, y contando con el posible desarrollo de una clasificación dimensional de la patología psiquiátrica, habría que considerar y estudiar las distintas implicaciones genéticas en la etiopatogenia de los TP (Livesley y Jang, 2008; De Clercq y De Fruyt, 2007; Livesley, 2005) pues los constructos de la actual clasificación DSM parecen no ser válidos para estudiarlos desde esta óptica (Reichborn-Kjennerud *et al.*, 2007; Sanjuán y Moltó, 2004).

8.7 Factores ambientales

También se ha observado que la genética está influenciada por factores ambientales. De esta manera, se ha visto que, para el desarrollo de comportamientos antisociales, se producía una interacción entre el genotipo y las conductas de los padres, de manera que la participación del componente genético era mayor cuando la conducta de los padres era más agresiva y menos afectuosa (Feinberg *et al.*, 2007).

Anteriormente se ha mencionado la actuación del ambiente en la expresión del genotipo, pero es difícil dilucidar si es el ambiente el que condiciona el desarrollo de un TP o es el TP el que obliga al sujeto que lo padece a buscar un ambiente en el que su comportamiento se aparte menos de la normalidad y genere, por tanto, menores dificultades en las relaciones interpersonales. Existen diversas hipótesis de acuerdo con cada uno de los trastornos específicos pero los estudios realizados hasta la fecha son limitados y los resultados son variables y están sometidos a las características de las muestras estudiadas.

Se han detectado diversos factores ambientales relacionados con la presencia de un TP como es el vivir en el centro de la ciudad o en ámbitos urbanos, que es una variable asociada al diagnóstico de TP en general (Torgersen *et al.*, 2001). También se ha visto que los pacientes con un nivel académico educativo alto presentan con más frecuencia TP Obsesivo-compulsivo y Anancástico y los de menor nivel académico TP Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Límite y Dependiente.

Algunos autores como Linehan, afirman que en algunos TP –como el Límite– tienen un papel preponderante el “ambiente invalidante”. Éste sería aquel que responde de manera errática e inapropiada o extrema a la experiencia interna de la persona, generando unas emociones poco adaptativas (Lineham, 2003).

El estado civil y el tiempo de empleo son otras variables asociadas a la presencia de algún TP. En este sentido se ha detectado una mayor prevalencia de Esquizoide y Obsesivo-compulsivo en los pacientes no casados, y de Esquizotípico, Histriónico, Narcisista y Dependiente en aquellos con una relación estable. En cuanto al empleo se encontró que los sujetos con TP estaban más tiempo en el paro (Coid *et al.*, 2006; Pérez Urdániz, 2004).

A modo de apunte, nos gustaría también reseñar un reciente metanálisis que buscaba diferencias en la prevalencia de TP en las distintas razas. Observaron una menor prevalencia en personas de raza negra frente a los de raza blanca, y no hubo

diferencias con los de raza hispánica o asiática. Aunque consideran que estas diferencias podrían ser atribuidas a los métodos de investigación de los estudios analizados piensan que en las personas de raza negra son peor diagnosticados y peor tratados (McGilloway *et al.*, 2010)

9. Modelos futuros de investigación

Actualmente los investigadores en el área de los TP son conscientes de que hace falta un cambio en los modos de conceptualizar, clasificar y evaluar los TP (Livesley, 2008; Trull, 2007; Livesley, 2007). Los profesionales clínicos encuentran que los modelos y los instrumentos actuales no son prácticos ni útiles para poder diagnosticar con certeza ni para diseñar planes terapéuticos adecuados.

Por estos motivos, la APA se ha propuesto –como indica en su agenda para la DSM-V- proveer de alternativas diagnósticas al modelo categorial actual (First *et al.*, 2002). Algunos proponen como medio óptimo para estudiar la personalidad, la conjunción entre los modelos dimensional y categorial mediante un cuestionario autoaplicado y una entrevista semiestructurada (Trull *et al.*, 2001).

De manera teórica sería más fácil transformar un sistema dimensional en uno categorial aplicando puntos de corte y umbrales diagnósticos, pero es poco fiable ya que no es sencillo establecer unos puntos de corte con alta especificidad para el diagnóstico. Transformar un modelo categorial en uno dimensional es más difícil debido a que si un criterio está presente, ¿cómo valorar su intensidad, su extensión o la disfunción que genera? (Trull, 2007).

Algunos autores abogan por adoptar una representación dimensional de los criterios de los TP en la DSM-V, aunque al principio se utilizara como en un anexo a la clasificación categorial que se seguiría empleando. No obstante, este procedimiento permitiría realizar una transición progresiva que daría lugar a discusiones científicas que mejorarían el sistema y su modo de aplicación (Trull, 2007). Consideran también que un acercamiento dimensional resolvería los problemas que el actual sistema categorial de la DSM-IV-TR presenta con las enfermedades del Eje II, tales como la comorbilidad entre trastornos específicos, la heterogeneidad de los Trastornos, la poca consistencia de las diferencias diagnósticas entre los trastornos específicos y la débil cobertura que el actual sistema tiene, ya que deja sin diagnosticar a un grupo de sujetos que no se incluye en ninguna de las categorías (Trull, 2007).

Esto plantea la cuestión de qué modelo dimensional emplear. Sí que existe cierto acuerdo (Widiger et al 2007; Trull *et al.*, 2005a; Widiger *et al.*, 2005) acerca de la relevancia de al menos cuatro factores del funcionamiento de la personalidad que están relacionados con los TP:

1. Neuroticismo / Afecto negativo/ Desregulación emocional
2. Extroversión / Emociones positivas
3. Disocial / Comportamiento antagonista
4. Reserva / Compulsividad /Concienciación

Estos rasgos han sido reconocidos durante décadas y han mostrado ser relevantes tanto en la personalidad normal como en la patológica. Así, los individuos pueden ser descritos empleando estas dimensiones mayores a la vez que se pueden usar facetas o subrasgos de estas dimensiones para enriquecer la descripción de la personalidad de cada sujeto y afinar en la caracterización de cada trastorno específico. De hecho, hay autores que afirman taxativamente que los TP son siempre y completamente dimensionales y abogan por la generación de un modelo híbrido que ayude entender cada TP (Haslam, 2003).

Las investigaciones en personalidad han establecido correlatos psicosociales, neurobiológicos y genéticos de estos rasgos, que, incorporados en el bagaje de estudio de los procedimientos diagnósticos podrían ayudar al estudio de la etiología, valoración y tratamiento de los TP. Queda todavía mucho para hacer factible el diseño y uso de un modelo dimensional de los TP que pudiera ser acogido tanto por los clínicos como por los estudiosos de la psicopatología (Livesley, 2008; First *et al.*, 2002; Kupfer, 2005; Verheul, 2005).

Aunque también hay autores que consideran que lo mejor sería poder emplear un modelo con elementos categoriales y dimensionales. Así, Sprock (2003) realizó un análisis entre 185 psicólogos a los que se presentaron 6 casos mediante el sistema de viñetas. Se les pidió que estudiaran cada caso y que diagnosticaran a cada individuo tanto de manera categorial como dimensional. Al recoger y analizar el resultado de todos los psicólogos, observaron que la fiabilidad del diagnóstico dimensional fue buena, siendo superior a la del categorial cuando se emplearon el FFM o modelos híbridos y los resultados sugerían que, aunque se empleara un instrumento dimensional para el diagnóstico clínico, éste habría de ir precedido de un método estandar, quizá una entrevista semiestructurada, que aportara un diagnóstico categorial. La fiabilidad y la utilidad clínica fue mayor para el modelo categorial, quizá por la costumbre de uso y

cuando a los participantes se les pidió una caracterización dimensional del caso partían conceptualmente de una categoría diagnóstica. Concluyen así, que un modelo híbrido – que conjugara elementos categoriales y dimensionales- sería el camino más efectivo para realizar una transición hacia un sistema diagnóstico dimensional definitivo (Sprock, 2003).

Antes de llegar a esa meta, múltiples temas deben ser abordados, entre ellos estos son algunos:

1. Los modelos dimensionales manejan mayor volumen de información y su uso es más complicado para una práctica clínica rápida, dinámica y que busca los resultados. Muchos prefieren los modelos categoriales porque facilitan las decisiones clínicas. Como ya se refirió antes, para facilitar estas decisiones, se podría intentar convertir los modelos dimensionales en categoriales, mediante puntos de corte. De esta manera, estos modelos proporcionarían además una descripción más fiable y válida y serían preferidos tanto por los clínicos como por los investigadores (Livesley, 2007).

2. ¿Cómo establecer puntos de corte? La patología de la personalidad no es sólo un conjunto de puntuaciones elevadas en una medición de unos rasgos de personalidad. Se considera que los rasgos de personalidad son maladaptativos cuando causan un deterioro o un estrés y malestar personal significativo. Pero, ¿qué significa que el deterioro sea “significativo”? Hace falta trabajar para desarrollar buenas medidas de los rasgos en relación con el malestar y el deterioro, que puedan ser empleadas en la definición de los TP o de la patología de la personalidad (Trull, 2005b).

3. ¿Cómo ampliar la cobertura? Está claro que las 10 categorías oficiales del DSM no representan todas las formas en las que se expresa la patología de la personalidad que los clínicos encuentran y deben tratar. Por ejemplo el Trastorno de la Personalidad no Especificado es el más frecuente (Verheul, 2007). Esto sugiere que hacen falta otras variedades de patología de la personalidad en nuestra nomenclatura. Los actuales modelos dimensionales que están cercanos conceptualmente a la clasificación DSM-IV pueden facilitar la investigación en este tema. Existen patologías de la personalidad que no pueden ser pasadas por alto por el hecho de trabajar con el sistema DSM, aquí los modelos dimensionales ofrecen algunas ventajas.

Como anteriormente hemos referido, múltiples investigadores han demostrado que los modelos de factores de primer orden de la personalidad son relevantes para los TP y que existen cuatro factores de primer orden (o dimensiones) de la personalidad que pueden ser identificados en los diferentes modelos dimensionales. Además, para

dedefinir los TP, han empezado a diseñar caminos para combinar la información de los rasgos de personalidad con evidencias sobre el estrés y deterioro, para redefinir los TP (Trull, 2007)

La agenda de investigación para el DSM-V refleja que la generación de modelos dimensionales alternativos continuará hasta que las autoridades competentes impongan u obliguen a emplear una clasificación uniforme del funcionamiento general de la personalidad (First *et al.*, 2002). Hay que destacar que existen muchas similitudes entre los modelos dimensionales que se proponen y que los caminos y modos de abarcar estas dimensiones son comparables. Una cuestión importante y fundamental es conocer qué modelo dimensional podría ser el adecuado para representar los TP diagnosticados con las categorías actuales.

Si los modelos dimensionales de TP van a reemplazar las actuales categorías diagnósticas, será importante que estas dimensiones recojan la sintomatología y los rasgos que estaban bajo las categorías. Futuras investigaciones deberán investigar qué componentes fundamentales de los TP no están representados en los modelos dimensionales del funcionamiento general de la personalidad, ya que las actuales 10 categorías no recogen todos los patrones maladaptativos de funcionamiento (First *et al.*, 2002). También deberá aportar información teórica y clínica útil como lo hace actualmente el modelo categorial e ir más allá para ofrecer un fundamento científico para las dimensiones “bioconductuales” de la personalidad.

Algunas de las propuestas y recomendaciones para la investigación, de la Agenda de investigación para la DSM-V, aconsejan que las futuras investigaciones:

- indiquen qué cuestiones de los modelos dimensionales de clasificación realmente pueden mejorar la cobertura de la sintomatología de los TP y de qué manera hay componentes particulares o aspectos de los TP del DSM-IV que no están correctamente representados en los modelos dimensionales y si deben ser estos incluidos en ellos o no;

- exploren si los umbrales recomendados para cada modelo dimensional pueden ser comparados con los que se emplean en el diagnóstico de los TP del DSM-IV y la utilidad de los diferentes puntos de corte para las decisiones clínicas y sociales;

- determinen cómo pueden los modelos dimensionales ser empleados como una guía de tratamiento efectiva en la toma de decisiones, de manera que sean más fiables que los actuales;

- valoren si los modelos dimensionales obtienen adecuados niveles de estabilidad temporal.

Por tanto, es necesaria la demostración de que un sistema diagnóstico tiene capacidad para predecir una variedad de factores etiológicos, concurrentes y pronósticos independientemente de otras sintomatologías presentes y emplear este sistema para comprobar las hipótesis respecto a las relaciones entre modelos.

Así, las alabanzas y críticas a los modelos diagnósticos vigentes, en conjunción con las conclusiones contradictorias de los trabajos que estudian la influencia de variables clínicas en el diagnóstico, nos orientan a plantearnos la conveniencia de estudiar de manera global la relación entre los modelos y observar cómo se expresa de manera dimensional el diagnóstico categorial en un mismo grupo de sujetos, que es el objetivo principal de esta investigación.

OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

De acuerdo con investigaciones recientes que proponen alternativas dimensionales al actual sistema categorial de conceptualización de los Trastornos de la Personalidad (Widiger *et al.*, 2009; Trull *et al.*, 2007; Cañas de Paz, 2004), sería útil integrar unos modelos con otros y encontrar los elementos comunes que subyacen en ambos modelos (categoriales y dimensionales). Éste es uno de los fines que se persiguen en este estudio.

Por esta razón, en la presente investigación nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Objetivo principal

El objetivo principal de este estudio es determinar cómo se expresa el diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad, obtenido a través de la entrevista diagnóstica semiestructurada *International Personality Disorder Examination* (IPDE), en los cuestionarios dimensionales *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI-2), *Temperament and Character Inventory* (TCI) y *Millon Clinical Multiaxial Inventory II* (MCMI-II). Este objetivo se concretó en:

1. Describir la distribución de las puntuaciones de los cuestionarios dimensionales según el diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad.
2. Inferir qué combinación de las escalas que componen cada cuestionario caracteriza mejor la presencia/ausencia de TP establecida según la entrevista semiestructurada IPDE.

2. Objetivos secundarios

Además del objetivo prioritario, en este estudio nos planteamos también dar respuesta a los siguientes objetivos secundarios:

1. Caracterizar a la muestra de participantes con y sin trastorno de la personalidad (TP) según las variables clínicas y demográficas recogidas y analizar las posibles diferencias existentes entre ellos en estas variables.
2. Analizar la comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de TP según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología psiquiátrica en el Eje I.

3. Caracterizar a la muestra de participantes con comorbilidad de los Ejes I y II según las variables clínicas y demográficas recogidas y analizar las posibles diferencias existentes con el grupo que sólo presenta diagnóstico en el Eje I y el grupo que sólo lo presenta en el Eje II.

4. Analizar la comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de TP según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología médica (Eje III).

HIPÓTESIS DE TRABAJO

III. HIPÓTESIS DE TRABAJO

A partir de los objetivos mencionados, nos proponemos comprobar las siguientes hipótesis:

1. Los participantes con diagnóstico positivo de TP, según la entrevista IPDE, obtienen perfiles de personalidad en los cuestionarios dimensionales TCI, MMPI-2 y MCMI-II claramente diferentes a los sujetos con diagnóstico negativo. Los perfiles resultan más patológicos en el caso de los sujetos con diagnóstico positivo de TP.
2. Existe una alta comorbilidad entre el diagnóstico clínico de patología psiquiátrica del Eje I y del Eje II, diagnosticada a través de la entrevista IPDE para el módulo DSM-IV.
3. Los pacientes con patología del Eje II presentan un perfil sociodemográfico diferente de aquellos que no presentan dicha patología o que sólo cumplen criterios parciales de la misma, según la entrevista IPDE.
4. Los pacientes con comorbilidad entre los Ejes I y II presentan un perfil sociodemográfico diferente al que muestran los sujetos sin tal comorbilidad.
5. Se da una mayor prevalencia de patología del Eje III en el grupo de participantes con patología del Eje II, que en el grupo sin esta patología.
6. Existe una combinación de escalas en cada uno de los cuestionarios dimensionales (TCI, MMPI-2 y MCMI-II) que diferencia, de manera significativa, al grupo de participantes con un diagnóstico positivo de TP según la entrevista IPDE.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

IV. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

1. Sujetos de estudio

La inclusión de sujetos para el estudio se realizó en un medio asistencial y clínico, el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universidad de Navarra en Pamplona, tanto en el servicio de consultas externas como en la unidad de hospitalización.

A los pacientes que acudían por primera vez al servicio de consultas externas y a los nuevos ingresos de la unidad de hospitalización que podían ser incluidos y no cumplían los criterios de exclusión (Tabla 22), se les proponía participar en el estudio, sin coste adicional para ellos y sin recibir remuneración económica alguna por dicha participación. Los sujetos que forman parte del estudio siguieron un muestreo de conveniencia. Se fueron incluyendo de manera progresiva, no aleatorizada, según aceptaban o no participar en el estudio, firmaban el consentimiento informado y terminaban de completar todas las pruebas.

Tabla 22. Criterios de exclusión

-
1. Presentar un C.I. menor de 80, según el Test de Raven. Esto implicaría una posible dificultad para comprender los enunciados de los cuestionarios*.
 2. Encontrarse afectado, durante la participación en el estudio, por un episodio psicótico o algún otro estado que pudiera alterar su juicio de realidad (según valoración del especialista en Psiquiatría).
 3. Reticencia a participar (si existiesen dudas en el paciente, a pesar del cumplimiento de los criterios de inclusión, no se insistiría en su participación).
 4. Ser menor de 18 o mayor de 65 años en el momento de su participación en el estudio.
 5. Presentar una patología orgánica que diera lugar a manifestaciones sintomáticas susceptibles de ser confundidas con rasgos patológicos de la personalidad.
-

* A los licenciados universitarios se les suponía un CI>80 y no se les aplicó esta prueba.

La participación en el estudio conllevaba una explicación completa de la metodología y los objetivos del mismo por parte de uno de los miembros del equipo de investigación y la aceptación, por parte del sujeto, de las condiciones establecidas, así como la firma de un consentimiento informado por parte del mismo y del miembro del equipo investigador que facilitaba la explicación (Anexo III).

El estudio recibió la autorización para su realización por parte del Comité de Ética de la Clínica Universidad de Navarra (Anexo IV).

El número de sujetos a incluir en el estudio se determinó mediante la fórmula propuesta por los Drs. Hosmer y Lemeshow para la creación de modelos de regresión logística adecuados y estables. Estos investigadores establecieron la necesidad de incluir

10 sujetos por cada variable independiente analizada en el modelo (Hosmer *et al.*, 2000).

Dado que el número de escalas que incluye cada uno de los cuestionarios en sus distintas áreas de evaluación que iban a ser valoradas oscilaba entre 3 y 13, estimamos que el tamaño de muestra necesario para obtener estimaciones estables era de aproximadamente 180 sujetos. No obstante, para que hubiera suficiente potencia estadística, los diferentes cuestionarios se analizaron por separado. Además, en el estudio del MMPI-2 se analizaron por separado las escalas de validez y las clínicas y en el estudio del MCMI-II se analizó por separado cada grupo de escalas (Índices de Alteración, Patrones Clínicos de la Personalidad, Síndromes de Patología Grave de la Personalidad, Síndromes Clínicos y Síndromes Graves).

2. Recogida de información y definición de variables

2.1 Variables sociodemográficas

Se recogieron, con un protocolo específicamente diseñado para el estudio (Anexo V), datos de filiación del paciente, características sociodemográficas (que incluían el nivel de estudios realizados y ocupaciones laborales), motivo e iniciativa de la consulta, características evolutivas de la enfermedad (tanto en el Eje I como en el Eje II), exploración psicopatológica, antecedentes de enfermedades médicas y quirúrgicas, tratamientos anteriores y respuesta a los mismos, hábitos de vida, consumo de tóxicos, antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica y acontecimientos vitales relevantes a lo largo de la vida. Estas variables son de utilidad en la descripción general de la muestra, pero no son empleadas en los diferentes análisis posteriores pues no es objetivo de este trabajo.

2.2 Diagnóstico de la patología psiquiátrica del Eje I.

El diagnóstico en el Eje I se realizó según los criterios establecidos por la CIE-10 por ser la práctica habitual en el centro asistencial donde se recogió la muestra. Para facilitar el análisis estadístico los diagnósticos en el eje I se agruparon en las siguientes categorías: Ningún trastorno, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos por Uso de Sustancias,

Esquizofrenia, Trastornos del Sueño, Trastornos Adaptativos, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Trastornos Disociativo y Somatomorfo, Fobias y Otros.

2.3 Diagnóstico de la patología del Eje III.

Los diagnósticos de patologías médicas se recogieron de la historia clínica de cada paciente y se agruparon de acuerdo con los grupos específicos presentes en el Eje III de la DSM-IV-TR.

2.4 Determinación del diagnóstico de Trastorno de la Personalidad mediante la entrevista semiestructurada International Personality Disorder Examination (IPDE)

Para la identificación de pacientes con TP, se aplicó a todos los sujetos la Entrevista semiestructurada *Internacional Personality Disorder Examination* (IPDE) de Loranger, según el módulo DSM-IV, de reconocida validez y auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (Loranger *et al.*, 1994).

La entrevista IPDE se empleó como criterio de referencia para el establecimiento del diagnóstico de TP y fue llevada a cabo por 1 médico y 2 psicólogos del equipo investigador. Se clasificaron los sujetos según los tipos específicos de TP de acuerdo con los resultados de la entrevista.

La IPDE fue desarrollada en 1994 por Loranger *et al.* a partir del Examen de los Trastornos de la Personalidad (*Personality Disorder Examination, PDE*) y como resultado de un programa conjunto diseñado entre la OMS y el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América. En dicho programa se entrevistó a 716 pacientes de 14 centros y 11 países diferentes. Desde su creación, este examen ha tenido una buena aceptación por parte de los clínicos y es una de las entrevistas que mejores propiedades psicométricas ha mostrado.

La IPDE es una entrevista semiestructurada dirigida a evaluar los TP según la clasificación CIE-10 y/o DSM-IV. En nuestro trabajo hemos empleado el módulo DSM-IV que consta de 99 preguntas agrupadas en seis áreas temáticas: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, sentido de la realidad y control de impulsos. Dentro de cada área cada ítem se puntúa con cero (no se cumple el criterio), uno (se cumple el criterio parcialmente, el rasgo está presente de manera exagerada o acentuada, pero sin que llegue a ser patológico por la falta de intensidad o de frecuencia) o dos (se cumple

el criterio patológicamente). La presencia del criterio ha de ser confirmada con ejemplos que muestren que esa conducta ha estado presente en el paciente por lo menos durante los cinco años precedentes. Cada TP específico requiere que se cumplan un mínimo de criterios para considerar el diagnóstico como positivo. Cuando no se alcanza dicho mínimo y dependiendo del número de criterios que se cumplan, el diagnóstico de cada TP específico será considerado negativo o probable (OMS, 1995).

La entrevista tiene una duración variable que suele oscilar entre una hora y media y dos horas, aunque hay pacientes que debido a su complejidad psicopatológica, pueden requerir más tiempo. Se puede realizar en una sola sesión o interrumpirla y llevarla a cabo en varias sesiones.

2.5 Cuestionarios autoaplicados para el diagnóstico dimensional.

Cada sujeto respondió a cuatro cuestionarios de personalidad autoaplicados:

2.5.1 Cuestionario de cribado IPDE de Loranger

Diseñado según el módulo DSM-IV (previo a la realización de la entrevista semiestructurada). Se trata de un cuestionario de 90 preguntas con formato de respuesta verdadero-falso que identifica, con elevada sensibilidad y baja especificidad, la probable presencia de un TP y orienta a la exploración más detenida de estos TP durante la entrevista semiestructurada.

2.5.2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2

El MMPI es un cuestionario autoaplicado, desarrollado por Hathaway y Mc Kinley en el año 1942, que ha sido sometido a procesos de revisión. Su versión actual, publicada en 1989 (MMPI-2), consta de 567 ítems de respuesta verdadero-falso. El perfil estándar consta de 10 escalas clínicas (Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma) e Introversión Social (Si)) y 3 escalas de validez (Sinceridad (L), Fiabilidad (F) y Factor de corrección (K) (Hathaway y Mc Kinley, 1999). El significado de estas escalas se resume en la siguiente tabla:

Tabla 23 Resumen de las escalas estándar de validez y clínicas del MMPI-2

Escalas de Validez	
L – Sinceridad	Evalúa los intentos ingenuos de mostrarse a sí mismo bajo un aspecto favorable negando las propias imperfecciones, conflictos o la existencia de dificultades
F – Fiabilidad	Evalúa la falta de comprensión de los ítems del test, la tendencia a responder al azar a las cuestiones planteadas, la exageración de los síntomas como un modo de petición de ayuda o la presencia de un estado grave psicopatología, que le ha impedido completar correctamente la prueba
K – Factor de corrección	Opera como una escala de corrección que se añade a algunas de las escalas clínicas. Además, evalúa la tendencia a controlar y limitar la manifestación de aspectos personales negativos, tales como ansiedad, malestar y problemas interpersonales
Escalas Clínicas	
Hs – Hipocondriasis	Mide la tendencia a manifestar síntomas físicos como expresión de malestar emocional, a preocuparse por la propia salud y a rechazar las interpretaciones no médicas (es decir, psicológicas) de tales síntomas.
D – Depresión	Mide aspectos de depresión sintomática: disforia, ansiedad, pesimismo, baja moral, inhibición, intropunidad, tristeza y desesperanza.
Hy – Histeria	Mide la tendencia a desarrollar síntomas físicos en situaciones de estrés, así como la existencia de características de la personalidad tales como egocentrismo, necesidad de afecto, tendencia a la dependencia emocional o inhibición de la agresión, tendencia a experimentar dolor y a negar roces sociales o desavenencias con los demás.
Pd - Desviación Psicopática	Mide dificultades para la adaptación a las normativas externas, conflicto con figuras que representan la autoridad y características de personalidad tales como impulsividad o falta de tolerancia a la frustración.
Mf - Masculinidad-Feminidad	Mide amplios patrones de intereses, actividades, actitudes y sentimientos que suelen acompañar a los estereotipos sexuales.
Pa – Paranoia	Mide rigidez personal o moral, sensibilidad interpersonal, rencor o ideas de ser incomprendido, maltratado, perseguido o controlado por los demás, así como tendencia a interpretar las acciones, intenciones y motivaciones de los demás como injustas, degradantes u hostiles.
Pt – Psicastenia	Mide la tendencia a manifestar estrés a través de la tensión, ansiedad, aprensión, preocupaciones, fobias, rumiaciones, compulsiones y temor a perder el control.
Sc – Esquizofrenia	Mide alienación grave, desorganización cognitiva, sentimientos de irrealidad, impulsos extraños y deterioro motor y sensorial.
Ma – Hipomanía	Mide inquietud, un ritmo personal rápido y enérgico, sobre-excitación, hiperactividad, búsqueda de estimulaciones, euforia, dificultad en el control de impulsos (puntuaciones altas), frente a apatía, lentitud, resignación, vulnerabilidad, pérdida de energía, ocasionalmente asociadas a depresión (puntuaciones bajas).
Si - Introversión Social	Mide introversión, timidez, ansiedad y tendencia a la evitación social (puntuaciones altas), frente a extroversión, sociabilidad, habilidad y satisfacción social, deseo de estimulaciones sociales (puntuaciones bajas).

2.5.3. Millon Clinical Multiaxial Inventory –II

Es un cuestionario formado por 175 preguntas con formato de respuesta verdadero-falso. Fue publicado por primera vez en 1983 y desde entonces ha sido sometido a dos revisiones para adaptarlo a los cambios que el autor ha ido introduciendo en su teoría. Al comienzo del estudio, en España se disponía de la versión

validada del MCMI-II que fue la que empleamos (Ávila, 1998). Aunque ya se estaba empleando en otros estudios la versión MCMI-III, no estaba aún validada en castellano.

Según Millon, la personalidad se define por la combinación de dos dimensiones diferentes: fuentes de refuerzo y estilos de afrontamiento; la combinación de ambas da lugar a diez estilos básicos de personalidad. El cuestionario trata de investigar tanto los estilos básicos de la personalidad como los TP y, además, un conjunto de síndromes clínicos de gravedad moderada o intensa, en correspondencia con el Eje I, mediante un total de 26 escalas (Tabla 24 y 25), que también incluyen cuatro escalas de fiabilidad y validez (Choca y Van Denburg, 1998).

Tabla 24 Escala e índices de alteración, Patrones clínicos de la personalidad del MCMI-II

Escala de Validez	Mide la validez de las respuestas
Índices de Alteración	
Deseabilidad	Muestra la tendencia del sujeto a dar una buena imagen de sí, informa sobre seguridad en sí mismo, gregarismo, respeto hacia la autoridad y las reglas sociales, eficiencia, organización, seguimiento de reglas morales, diversión, buen humor y no abuso de alcohol.
Alteración	Refleja la tendencia del sujeto a dar una imagen negativa de sí mediante sentimientos de vacío emocional y de no ser querido, de baja autoestima, hipersensibilidad, susceptibilidad, conductas autodestructivas, sensaciones de tensión, incomodidad ante la presencia de otros, culpabilidad y depresión, cambios frecuentes humor, deseos de herir a los demás, suspicacia y confusión mental.
Sinceridad	Mide la franqueza con la que el sujeto responde al inventario. Está compuesta por puntuaciones extraídas de las escalas básicas. Aporta una idea general de lo dispuesto que está el individuo a poseer cualquiera de los rasgos psicológicos.
Patrones Clínicos de la Personalidad (Escala de estilos de personalidad)	
Esquizoide	Evalúa el factor de aislamiento social, la pasividad y la falta de energía.
Evitativa	Cuando está elevada es expresión de aislamiento social, introversión, conflicto acercamiento-avoidancia, sensación de vacío y falta de objetivos.
Dependiente	Muestra sumisión, cooperación, amabilidad, sociabilidad y autodepreciación.
Histriónica	Evalúa características tales como extroversión, amabilidad, tendencia a la actuación y a valorar positivamente los acontecimientos vitales.
Narcisista	Detecta si existe sentido de autosuficiencia en las relaciones con otros, extroversión, sensación de ser único y especial, y arrogancia interpersonal.
Antisocial	Manifiesta una visión del mundo como un lugar competitivo, tendencia a la actuación, desconfianza e independencia social.
Agresivo-Sádica	Muestra hostilidad, agresividad defensiva, competitividad-crueldad, desconfianza, susceptibilidad, empleo de la proyección como mecanismo de defensa, irritabilidad, tendencia a la actuación emocional, determinación e independencia social.
Compulsiva	Valora la presencia de responsabilidad, constricción, estabilidad afectiva, ambivalencia interpersonal, cierre a la experiencia, intolerancia irritable, sentido de virtuosismo, reacciones menos negativas a los acontecimientos sociales.
Pasivo	Manifiesta profundo rechazo a ser controlado, resentimiento contra la autoridad, cambios de humor frecuentes, antagonismo, impulsividad emocional.
Autodestructiva	Revela un autoconcepto bajo, necesidad de ayuda de los demás, resentimiento, auto-denigración, conformidad, poca capacidad de adaptación a situaciones adversas.

Tabla 25 Síndromes de Patología Grave de la Personalidad, Síndromes clínicos y Síndromes graves de la Personalidad del MCMI-II

Síndromes de Patología Grave de la Personalidad	
Esquizotípica	Identifica el miedo al contacto humano, suspicacia, desconfianza, preferencia por el aislamiento pasivo, conductas excéntricas, tendencia a la fantasía, ansiedad, aprensión, capacidad de dar y recibir afecto, sentimientos de despersonalización y vacío, ideas de autorreferencia, paranoia, introversión, lasitud sin rumbo.
Límite	Se encuentra elevada en personas con inestabilidad emocional, de las relaciones personales y de la autoimagen, impulsividad, sentimientos de tristeza y desesperación, falta de objetivos vitales, tendencia a rechazar el control externo, problemas con la autoridad, rabia, agresividad, crueldad, sentimiento de inutilidad, depresión, tendencia a la actuación, dependencia sumisa, dominancia hostil.
Paranoide	Da cuenta de las actitudes de desconfianza y suspicacia, sentimientos de superioridad, rechazo a la autoridad y a la crítica, insensibilidad hacia los demás, sentimientos de desconexión física y emocional, temor a perder la autonomía, rechazo al control externo, perfeccionismo, organización, moralidad, impaciencia, irritabilidad resentida y brusquedad hostil.
Síndromes Clínicos	
Ansiedad	Mide aprensión, reacciones fóbicas, indecisión, tensión, intranquilidad y molestias físicas relacionadas con tensiones, sentimientos de confusión, la creencia de que uno no hace nada bien y la pérdida de confianza en uno mismo, sentimientos de no ser querido ni valorado, dependencia del otro, tendencia a enfadarse y a llorar.
Trastorno Somatoforme	Muestra sensaciones de cansancio, debilidad, tensión, nerviosismo, sudoraciones, dolores y molestias físicas, falta de confianza en uno mismo, dependencia de los demás, estado de confusión mental que no permite aclarar los propios pensamientos, hipersensibilidad a la provocación, dificultades para dormir y cierta necesidad de ser el centro de atención.
Hipomanía	Evalúa intranquilidad, hiperactividad, euforia, rapidez en el habla, impulsividad e irritabilidad, ser gregario, buscar atención, experimentar emociones intensas, manifestar estados de ánimo y conductas, irritados e inestables, sentirse superior a los demás y ser psicológicamente insensible, hipersensibilidad a los sonidos y tendencia al abuso de alcohol
Trastorno Distímico	Expresa apatía, humor abatido, sentimientos de culpabilidad, desaliento, desesperación, falta de iniciativa personal, sensaciones de agotamiento físico y emocional, dificultades para dormir, baja autoconfianza, pensamientos o conductas autodestructivos, tendencia a enfadarse o romper a llorar, inclinación a desconfiar en los demás y a adoptar una actitud perfeccionista.
Dependencia del Alcohol	Recoge la historia de abuso de la bebida que ha provocado problemas tanto en casa como en el trabajo y refleja una falta de confianza en uno mismo, impulsividad, rechazo al control externo, sensaciones de tensión, cansancio, sudoración, soledad, vacío y desesperación, deseos de ser sociable, sentimientos de culpabilidad, humor inestable y cierto respeto a la autoridad.
Dependencia de la Droga	Se caracteriza por un uso continuado y pronunciado de las drogas, impulsividad, tendencia a herir a los demás o a uno mismo, propensión a manipular al otro, rechazo a la autoridad, aversión al control externo, cambios de humor inexplicables, cierta actitud suspicaz, sentimientos de culpa y remordimiento, falta de objetivos claros en la vida, rabia, nerviosismo y tensión, baja autoestima y conducta competitiva.
Síndromes Graves	
Trastorno del Pensamiento	Detecta procesos de pensamiento y afecto inadecuado, delirios y alucinaciones esporádicas, actitudes de desconfianza y suspicacia, deseos de aislamiento, miedo a ser utilizado por los demás y sensaciones de pérdida de equilibrio físico y mental.
Depresión Mayor	Refleja sentimientos de desesperación, miedo al futuro, dificultades para dormir, agitación, retraso psicomotor, agotamiento físico, comportamientos autodestructivos, ser socialmente retraído, sexualmente inhibido, sufrir tensiones y experimentar confusión o falta de confianza.
Trastorno Delirante	Explora la presencia de ideas irracionales –especialmente de tipo persecutorio y de grandilocuencia- sentimientos de superioridad y el miedo a sentirse utilizado por los demás, tendencia a ser moralizador, creencia de que algún ente desconocido se puede entrometer en la vida de uno, sentimientos de desvinculamiento emocional, rigidez, confusión y cierto perfeccionismo.

La traducción de los nombres de las escalas del MCMI-II que hemos empleado ha sido la referida en Choca y Van Denburg (1998), realizada por Teresa Bas, en relación a la terminología utilizada en el manual del MCMI-II publicado por la editorial TEA en 1998.

2.5.4. *Temperament and Character Inventory (TCI)*

El TCI es un cuestionario autoaplicado que consta de 240 ítems de respuesta verdadero-falso. Fue desarrollado por Cloninger *et al.* en 1993, basándose en su modelo psicobiológico de la personalidad según el cual la personalidad estaría constituida por dos dimensiones generales: el Temperamento y el Carácter. Las dimensiones temperamentales se evalúan mediante cuatro escalas: Búsqueda de Novedades, Evitación del Riesgo, Dependencia de la Recompensa y Persistencia, mientras que las del carácter se valoran mediante tres: Autodirección, Cooperación y Trascendencia. Estas siete escalas se dividen a su vez en subescalas (Tabla 26) y proporcionan una puntuación numérica que informa de la presencia de unos rasgos determinados según el nivel de elevación o disminución que se presente en la subescala.

Tabla 26 Escalas y subescalas del TCI

Temperamento	Carácter
Búsqueda de Novedades (BN)	Autodirectividad (Ad)
BN (Rigidez estoica-Excitabilidad exploratoria)	Ad (Determinismo proyectivo-Responsabilidad)
BN (Reflexión-Impulsividad)	Ad (Ausencia de metas-Propositividad)
BN (Reserva-Extravagancia)	Ad (Pasividad-Iniciativa)
BN (Reglamentación estricta-Desorden)	Ad (Disposición competitiva-Autoaceptación)
Evitación del Riesgo (ER)	Ad (Autodevaluación-Automatización de hábitos)
ER (Optimismo-Preocupación)	Cooperatividad (C)
ER (Confianza-Miedo a la incertidumbre)	C (Intolerancia social-Aceptación social)
ER (Gregarismo-Timidez)	C (Desinterés social-Empatía)
ER (Vigor-Fatigabilidad)	C (Distanciamiento egoísta-Adhesión altruista)
Dependencia de la Recompensa (DR)	C (Venganza-Compasión)
DR (Insensibilidad-Sentimentalidad)	C (Ventajismo-Honestidad)
DR (Desapego-Apego)	Autotrascendencia (At)
DR (Independencia-Dependencia)	At (Realismo-Abstracción)
Persistencia (P)	At (Autodiferenciación-Identificación transpersonal)
	At (Racionalismo material-Aceptación espiritual)

Los nombres de las escalas del TCI que se han empleado son los indicados en el informe de corrección informática del Inventario del Temperamento y del Carácter (Cloninger, 1993).

Las escalas que informan de las dimensiones del Temperamento se corresponden con los impulsos emocionales básicos y están relacionadas con el grado de activación o

inhibición de la persona y con el mantenimiento del comportamiento ante una situación determinada. La Búsqueda de Novedades (impulsivo y agresivo *vs* rígido y estoico) informa de la actividad exploratoria del sujeto en respuesta a la novedad, de si ésta actividad se desarrolla como un como comportamiento para evitar la monotonía y también de la conducta y decisiones tomadas de en respuesta a impulsos. La Evitación del Riesgo (pesimista y con tendencia a la ansiedad *vs* optimismo y tendencia a arriesgarse) refleja la tendencia a huir de las situaciones amenazantes, los comportamientos pasivos y evitativos y la preocupación ante peligros futuros. La Dependencia de la Recompensa (sentimental y sensible al rechazo *vs* solitario y frío) muestra el comportamiento influido por el actuar en busca de la aprobación de otros y socialmente aceptado, y la tendencia al sentimentalismo. La Persistencia (determinado y ambicioso *vs* perezoso) refleja la tendencia a mantener una conducta con perseverancia, a pesar de la frustración (Cloninger, 2004).

Las tres dimensiones que definen el Carácter, evalúan los procesos cognitivos que regulan la expresión de los impulsos emocionales y se corresponden con diferentes aspectos de la salud mental. La Autodirectividad, que se corresponde con la capacidad para afrontar con recursos la vida, informa del grado en que se siente uno seguro de sí mismo y de la capacidad de adaptar su comportamiento de acuerdo con los objetivos y valores propuestos. La Cooperatividad, que se corresponde con las funciones para crear normas y reglas flexibles en las relaciones sociales y describe en qué medida se siente uno parte de la sociedad y esto tiene un reflejo en la empatía, en la tendencia a ayudar a los demás y en la compasión. La Autotrascendencia, que se corresponde con las funciones para reconocer cuándo y en qué se deben aplicar las reglas, y refleja cómo se siente uno parte integrante del universo y la tendencia respecto a la espiritualidad (Cloninger, 2004).

Actualmente se emplea una nueva versión del TCI (TCI-R) que no estaba disponible en España en el momento de iniciar esta investigación.

Los cuestionarios IPDE, TCI, MCMI-II y MMPI-2 se corrigieron mediante un sistema de software automatizado que permite la obtención de las puntuaciones de cada escala.

La cumplimentación de todo este material la realizó el propio sujeto en solitario en uno de los despachos del Departamento, previa formulación de las dudas que se le pudieran haber presentando antes y durante la ejecución de los mismos. Además, si no se habían recogido durante la entrevista, se les pedía que completaran la hoja

características sociodemográficas y evolutivas de la enfermedad diseñada para este estudio (Anexo V).

3. Análisis Estadístico

La corrección de los cuestionarios, la codificación de los datos y la cumplimentación de la base de datos fue llevada a cabo por personal adscrito a la investigación, con la supervisión de dos de los investigadores. La base de datos se elaboró mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versión 14.0).

En primer lugar se estudió la distribución de las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra. El análisis estadístico descriptivo de las variables consideradas se realizó mediante el estudio de las proporciones en el caso de las variables cualitativas y de las medidas de tendencia central (mediana) y medidas de posición (percentiles 25 y 75) en el caso de las variables cuantitativas. Las pruebas empleadas para describir la distribución de las diferentes variables cuantitativas según la presencia de Eje I, Eje II, Eje III o comorbilidad Eje I y Eje II, fueron los tests de la U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. La elección de pruebas no paramétricas, fue debida a la falta de normalidad en la distribución de las variables cuantitativas. En el caso de las variables cualitativas, la prueba de elección fue la Ji-cuadrado.

A continuación, para poder realizar la comprobación de las hipótesis planteadas se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos:

1. Para conocer si los participantes con diagnóstico positivo de TP, según la entrevista IPDE, obtenían perfiles de personalidad en los cuestionarios dimensionales TCI, MMPI-2 y MCMI-II claramente diferentes a los sujetos con diagnóstico negativo y si los perfiles resultaban más patológicos en el caso de los sujetos con diagnóstico positivo de TP, se llevaron a cabo análisis univariantes no paramétricos (debido a la falta de normalidad de las variables).

Realizamos pruebas de Kruskal-Wallis para comparar los tres grupos conjuntamente (Sí TP/No TP/Criterios Parciales) y observar si existían o no diferencias entre estos tres grupos globalmente. Se valoró la diferencia de puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos de evaluación dimensional según existiera o no presencia de un TP o se cumplieran únicamente Criterios Parciales.

En aquellas escalas en las que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, se emplearon pruebas no paramétricas de la U de Mann-Whitney para comparar los grupos dos a dos entre sí, y así ver entre qué grupos y en qué medida se producían las diferencias.

2. Para observar si se daba una alta comorbilidad entre el diagnóstico clínico de patología psiquiátrica del Eje I y del Eje II, diagnosticada a través de la entrevista IPDE para el módulo DSM-IV, se valoró la distribución de los pacientes con patología del Eje I de acuerdo con los resultados de la entrevista IPDE y se calcularon posibles diferencias en la distribución a través de la aplicación de la prueba de Ji-cuadrado.

3. Para analizar si los pacientes con presencia de patología psiquiátrica (Eje I o Eje II) presentaban un perfil sociodemográfico diferente de aquellos que no la presentaban, se llevó a cabo una comparación de la distribución de las variables sociodemográficas y clínicas según presencia de patología psiquiátrica del Eje I (Sí/No) y del Eje II (Sí TP/No TP/Criterios Parciales). Para el estudio de las variables cualitativas se empleó la prueba de la Ji-cuadrado y para las variables cuantitativas se aplicaron las pruebas no paramétricas de la U de Mann-Whitney (en el caso del análisis de patología del Eje I) y de Kruskal Wallis (en el caso del análisis del Eje II).

4. Para determinar si los pacientes con comorbilidad entre los Ejes I y II presentaban un perfil sociodemográfico diferente al de los sujetos sin tal comorbilidad, se aplicaron estas mismas pruebas (Ji –cuadrado y Kruskal-Wallis).

5. Para observar si se daba una mayor prevalencia de patología del Eje III en el grupo de participantes con patología del Eje II que en el grupo sin esta patología, se compararon las frecuencias de las patologías presentadas en cada grupo a través de la prueba de la Ji cuadrado.

6. Por último, para comprobar si existía una combinación de escalas en cada uno de los cuestionarios dimensionales (TCI, MMPI-2 y MCMI-II) que diferenciaba, de manera significativa, al grupo de participantes con un diagnóstico positivo de TP según la entrevista IPDE, se realizaron análisis multivariantes de regresión logística. Se intentó, de esta manera, determinar cuáles de los instrumentos de evaluación dimensional resultaban más idóneos para predecir la presencia de TP en general.

Se calcularon los valores de *Odds Ratios* (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para la presencia de TP según las escalas contenidas en cada instrumento de evaluación dimensional (cuestionarios). Éstas se utilizaron como variables independientes y como variable dependiente categórica binaria, el diagnóstico de TP (Sí

TP/No TP) según la entrevista semiestructurada IPDE. Cada cuestionario fue analizado de manera independiente. Los casos que cumplían criterios parciales fueron excluidos de este análisis.

A continuación, los modelos fueron adicionalmente ajustados por aquellos potenciales factores de confusión de la asociación entre las diferentes puntuaciones y la presencia de TP. Estos factores fueron la edad, el sexo, la presencia de patología psiquiátrica del Eje I y el tipo de atención al paciente (ambulatoria vs ingresado).

Los análisis no cambiaron tras el ajuste, por lo que se empleó el modelo más parsimonioso, es decir, aquel que incluyó un menor número de variables en el modelo. Por tanto, las variables edad, sexo, presencia de patología del Eje I y tipo de atención, fueron eliminadas del análisis final.

La OR valora el efecto del cambio en una unidad en la puntuación de la escala sobre la probabilidad (*Odds* en realidad) de TP. Por ello, finalmente, decidió valorarse el efecto del cambio no sólo en una unidad en las diferentes escalas contenidas en cada cuestionario, sino el efecto del incremento en n unidades en las puntuaciones de estas escalas. Para ello se empleó la siguiente fórmula:

$$e^{n \times b} = Odds \text{ de TP asociada al cambio en } n \text{ unidades en la escala}$$

$$\text{Probabilidad de TP asociada al cambio en } n \text{ unidades en la escala} = \frac{Odds}{1 + Odds}$$

Siendo e la base de los logaritmos naturales, n el número de unidades de cambio en la puntuación de la escala y b el coeficiente de regresión del modelo de regresión logística asociado a dicho escala.

RESULTADOS

V. RESULTADOS

1. Descripción de la muestra.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, participaron en el estudio 188 personas, setenta y tres varones y ciento quince mujeres, con una media de edad de 34,7 años (rango 18-63; desviación típica (DT)=10,9).

1.1 Prevalencia de Trastorno de la Personalidad

Tras realizar la entrevista semiestructurada IPDE para el módulo DSM-IV, 74 personas (39,4% de la muestra) cumplieron criterios completos para el diagnóstico de TP (grupo Sí TP), 83 personas (44,1% de la muestra) no cumplieron los criterios requeridos para el diagnóstico (grupo No TP) y 31 personas (16,5% de la muestra) cumplieron criterios parciales IPDE de TP (grupo Criterios Parciales).

Entre las personas con un diagnóstico categorial de TP, el TP No Especificado fue el más frecuente (32,4%), seguido del Evitativo (22,9%) y del Obsesivo Compulsivo (13,5%) (Tabla 27). En las mujeres, los TP más frecuentes fueron el No Especificado (30,6%), Evitativo (22,4%) y Límite (14,2%). En los varones fueron el No Especificado (32,0%), Evitativo (24,0%) y Obsesivo (16,0%).

En la Tabla 27 se puede apreciar el número y porcentaje de varones y mujeres con cada TP específico. Excepto el TP Paranoide, TP Antisocial y TP Narcisista todos los demás TP específicos fueron más frecuentes en las mujeres que en los varones.

Tabla 27. Distribución de los subtipos TP (IPDE) [n (%)] según sexo.

SUBTIPO DE TP	Mujeres	Varones
	N=49	N=25
Paranoide 1 (1,3)	0 (0)	1 (100)
Antisocial 1 (1,3)	0 (0)	1 (100)
Límite 9 (12,1)	7 (77,8)	2 (22,2)
Histriónico 5 (6,7)	5 (100)	0 (0)
Narcisista 1 (1,3)	0 (0)	1 (100)
Evitativo 17 (22,9)	11 (64,7)	6 (35,3)
Obsesivo 10 (13,5)	6 (60,0)	4 (40,0)
No Especificado 24 (32,4)	15 (62,5)	9 (37,5)
Varios* 6 (8,1)	5 (83,3)	1 (16,7)

* Límite y Obsesivo; Paranoide, Antisocial, Límite y Dependencia;
2 con TP Evitativo y Obsesivo; Límite, Evitativo y Dependencia; Límite e Histriónico.

1.2 Descripción de la variables sociodemográficas y clínicas de la muestra según diagnóstico en el Eje II

Se realizó un análisis de las variables sociodemográficas y clínicas recogidas en el protocolo inicial para determinar cuáles de ellas se asociaban al diagnóstico de patología en el Eje II (Tablas 28 y 29). Únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos para el consumo de alcohol, el número de noviazgos y de puestos de trabajo diferentes, el estatus socioeconómico y para la vida sexual activa. El grupo con TP presentaba un menor consumo de alcohol, menor número de noviazgos, más puestos de trabajo diferentes, mayor frecuencia de estatus socioeconómico medio-bajo y menor vida sexual activa.

Tabla 28. Características sociodemográficas de la muestra según diagnóstico en el Eje II

Características sociodemográficas	SI TP (n=74)	Criterios parciales (n=31)	NO TP (n=83)	p de significación
Edad [Mdn (p25-p75)]	35 (25-42)	34 (27-43)	32 (25-44)	0,787*
Sexo (%)				
Mujeres	66,2	64,5	55,4	0,351‡
Varones	33,8	35,5	44,6	
Edad fin de estudios (%)				
A su tiempo	64,3	60,0	57,4	0,525‡
Más tarde	35,7	40,0	42,6	
Nº de noviazgos (%)				
Ninguno	34,0	26,3	9,8	0,027‡
1 ó 2	35,8	42,1	62,7	
3 ó más	30,2	31,6	27,5	
Nº de puestos de trabajo (%)				
0 ó 1	36,4	29,4	42,9	0,022‡
2 ó 3	25,0	47,1	47,6	
4 ó más	38,6	23,5	9,5	
Nº de hijos (%)				
Ninguno	70,0	66,7	64,7	0,859‡
1 ó 2	16,0	23,8	17,6	
3 ó más	14,0	9,5	17,6	
Lugar en la fratria (%)				
1º	27,9	56,0	29,0	0,078‡
2º	29,5	20,0	31,9	
3º	16,4	4,0	23,2	
4º ó más	26,2	20,0	15,9	
Cambio de residencia (%)				
Ninguno	22,4	14,3	26,5	0,837‡
1 ó 2	30,6	38,1	28,6	
3 ó más	46,9	47,6	44,9	
Estado civil de los padres (%)				
Casados	74,6	62,5	66,7	0,475‡
Otros	25,4	37,5	33,3	
Estado civil (%)				
Soltero / Otros	77,6	82,8	71,8	0,456‡
Casado / Conviviendo	22,4	17,2	28,2	
Estatus socioeconómico (%)				
Medio / Bajo	74,2	100	54,2	0,015‡
Alto / Muy alto	25,8	0	45,8	
Estudios realizados (%)				
Primarios / Secundarios	46,9	37,5	53,1	0,414‡
Universitarios	53,1	62,5	46,9	
Ocupación laboral (%)				
Trabaja	49,1	69,6	62,5	0,438‡
Desempleado	20,0	13,0	12,5	
Otros	30,9	17,4	25,0	

Mdn: Mediana

P25-p75: percentil 25-percentil 75

* Valor p obtenido a través de la prueba deKruskal Wallis.

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

Tabla 29. Características clínicas de la muestra (tratamiento, hábitos tóxicos e historia médica y personal) según diagnóstico en el Eje II.

Características clínicas	SI TP (n=74)	Criterios parciales (n=31)	NO TP (n=83)	p de significación
Hospitalizaciones psiquiátricas [Mdn (p25-p75)]	0 (0-2)	0 (0-2)	0 (0-1)	0,166*
Hospitalizaciones médicas [Mdn (p25-p75)]	0 (0-2)	0 (0-2)	1 (0-3)	0,216*
Origen del paciente (%)				
Ambulatorio	37,5	42,9	49,2	
Ingresado	62,5	57,1	50,8	0,436‡
Tratamiento anterior (%)				
Ansiolíticos (%)				
Sí	75,9	87,5	69,4	
No	24,1	12,5	30,6	0,215‡
Antidepresivos (%)				
Sí	87,0	87,5	79,0	
No	13,0	12,5	21,0	0,433‡
Neurolepticos (%)				
Sí	17,0	20,8	21,3	
No	83,0	79,2	78,7	0,832‡
Normotímicos (%)				
Sí	9,4	4,2	14,8	
No	90,6	95,8	85,2	0,337‡
Tratamiento actual				
Ansiolíticos (%)				
Sí	75,9	84,0	78,3	
No	24,1	16,0	21,7	0,711‡
Antidepresivos (%)				
Sí	91,2	92,0	93,4	
No	8,8	8,0	6,6	[]
Neurolepticos (%)				
Sí	31	16,0	16,7	
No	69	84,0	83,3	0,122‡
Normotímicos (%)				
Sí	24,6	24,0	15,0	
No	75,4	76,0	85,0	0,39‡
Cumplimiento tratamiento farmacológico (%)				
Malo	23,8	17,9	5,9	
Bueno	76,2	82,1	94,1	0,272‡
Cumplimiento Psicoterapia (%)				
Malo	38,5	29,6	10,0	
Bueno	61,5	70,4	90,0	0,249‡
Consumo de Tabaco (%)				
Sí	50,8	46,2	50,7	
No	43,1	50,0	38,0	0,635‡
Ex fumador	6,2	3,8	11,3	
Consumo de Alcohol (%)				
Sí	35,9	64,0	50,7	
No	64,1	36,0	49,3	0,040‡
Consumo de Drogas (%)				
Sí	21,3	4,2	19,4	
No	78,7	95,8	80,6	0,159‡
Ejercicio físico (%)				
Sí	45,6	22,7	48,1	
No	42,1	59,1	37,0	0,317‡
Esporádico	12,3	18,2	14,8	
Antecedentes Psiquiátricos familiares 1^{er} grado (%)				
Sí	67,9	69,6	50,9	
No	32,1	30,4	49,1	0,077‡
Dinámica familiar (%)				
Funcional	83,0	88,9	78,8	
Disfuncional	17,0	11,1	21,2	0,616‡
Vida sexual activa (%)				
Sí	39,2	50,0	59,6	
No	60,8	50,0	40,4	0,014‡

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal Wallis

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

Tabla 29 (continuación). Características clínicas de la muestra (tratamiento, hábitos tóxicos e historia médica y personal) según diagnóstico en el Eje II.

Características clínicas	SI TP (n=74)	Criterios parciales (n=31)	NO TP (n=83)	p de significación
Historia de abusos sexuales (%)				
Sí	15,4	6,7	13,2	0,937‡
No	84,6	93,4	86,8	
Historia de maltrato físico (%)				
Sí	8,2	6,7	10,6	[]
No	91,8	93,4	89,4	
Maltrato psicológico (%)				
Sí	18,4	26,7	23,4	0,734‡
No	81,6	73,3	76,6	
Cirugías previas (%)				
Sí	45,9	69,2	61,7	0,076‡
No	54,1	30,8	38,3	
Enfermedad no propia de la infancia (%)				
Sí	14,8	8,3	21,1	0,337‡
No	85,2	91,7	78,9	
Accidentes con hospitalización (%)				
Sí	17,2	8,7	12,1	0,539‡
No	82,8	91,3	87,9	
Petición de consulta (%)				
Iniciativa Propia	33,3	60,9	55,7	0,103‡
Iniciativa de otros	66,7	31,1	44,3	
Presencia de desencadenantes (%)				
No	29,6	21,1	35,0	0,550‡
Sí	70,4	78,9	65,0	
Diagnóstico psiquiátrico previo (%)				
No	17,0	16,7	26,5	0,460‡
Sí	83,0	83,3	73,5	

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

1.3 Comorbilidad en el Eje I.

El 85,1% de las personas estudiadas (n=160) presentó algún diagnóstico en el Eje I. Este diagnóstico no se encontró asociado a la edad (p=0,294) ni al sexo (p=0,110) (Tabla 30) aunque era más frecuente en las mujeres y la media (que no la mediana) de edad era mayor en las personas con patología del Eje I.

Tabla 30. Distribución de la muestra según edad, sexo y diagnóstico en el Eje I.

	Sin patología Eje I n=27	Con patología Eje I n=160	p de significación
Edad Mdn (p25-75)	27 (23-41)	27 (23-41)	0,294+
Sexo (%)			
Varones n(%)	48,1	37,5	0,110‡
Mujeres n(%)	51,9	62,5	

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

+Valor p obtenido a través de la prueba de la U de Mann-Whitney

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

Tanto la mayoría de los varones (82,2%) como de las mujeres (87,7%) presentaban patología del Eje I. Los trastornos del Eje I que se presentaron con mayor frecuencia fueron los del Estado de Ánimo (42,6%), seguidos de los Trastornos de Ansiedad (9,6%) (Tabla 31).

Tabla 31. Distribución de patología específica del Eje I [n(%)] en la muestra.

EJE I n (%)	Varones (n=60)	Mujeres (n=100)
Trastornos del estado de ánimo 80 (42,6)	27 (33,8)	53 (66,2)
Trastornos de ansiedad 18 (9,6)	10 (55,6)	8 (44,4)
Trastornos de la conducta alimentaria 9 (4,8)	0 (0)	9 (100)
Trastornos por consumo de sustancias 5 (2,79)	3 (60,0)	2 (40,0)
Esquizofrenia 3 (1,6)	1 (33,3)	2 (66,7)
Trastornos adaptativos 14 (7,4)	7 (50,0)	7 (50,0)
Trastornos mixtos de ansiedad y depresión 3 (1,6)	0 (0)	3 (100)
Trastornos obsesivo-compulsivos 3 (1,6)	2 (66,6)	1 (33,3)
Otros 5 (2,7)	4 (80,0)	1 (20,0)
Varios 20 (10,6)	6 (30,0)	14 (70,0)

Al analizar la comorbilidad existente entre patologías de los Ejes I y II (Tabla 32) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la presencia de patología del Eje I en los diferentes subgrupos de pacientes del Eje II ($p=0,355$).

Tabla 32. Distribución de la muestra [n(%)] según patología en los Ejes I y II

EJE I	EJE II			p de significación
	SÍ	Criterios Parciales	NO	
Sí	63 (39,4)	29 (18,1)	68 (42,5)	0,355 [‡]
No	11 (40,7)	2 (7,4)	14 (51,9)	

[‡] Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

El grupo que mayor patología del Eje I presentaba fue el de Criterios Parciales (93,5%), por delante del Grupo Sí TP (85,1%) y del Grupo No TP (82,9%).

No se observaron diferencias significativas respecto a la presencia TP en alguna patología específica del Eje I (Tabla 33), aunque llama la atención que las patologías con mayor prevalencia de TP fueron Esquizofrenia, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos por uso de sustancias.

Tabla 33. Prevalencia de TP en las patologías específicas del Eje I.

Patología del Eje I	SÍ TP	Criterios Parciales	NO TP	P de significación
Trastornos del estado de ánimo	39,6%	17,7%	42,7%	0,896 [‡]
Trastornos de ansiedad	36,0%	16,0%	48,0%	0,911 [‡]
Trastornos de la conducta alimentaria	64,3%	14,3%	21,4%	0,120 [‡]
Trastornos uso de sustancias	43,7%	25%	31,3%	0,479 [‡]
Esquizofrenia	100%	0	0	[]
Trastornos del sueño	0	100%	0	[]
Trastornos adaptativos	20,0%	6,6%	73,4%	0,058 [‡]
Trastornos obsesivo-compulsivos	33,3%	33,3%	33,3%	[]
Trastornos disociativo-somatormorfos	20,0%	20,0%	60,0%	[]
Fobias	0	100%	0	0,120 [‡]

[‡] Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

1.4 Descripción de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra según comorbilidad entre patologías del Eje I y del Eje II

Tampoco los pacientes con comorbilidad en los Ejes I y II presentaron un perfil sociodemográfico estadísticamente diferente al que mostraron los pacientes con

patología en uno sólo de los Ejes (Tabla 34). El mismo hecho ocurrió al comparar el perfil clínico (Tabla 35).

Tabla 34. Distribución de la muestra de pacientes según variables sociodemográficas y presencia/ausencia de comorbilidad en los Ejes I y II

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DIAGNÓSTICO EJES I y II			p de significación
	Eje I (n=68)	Eje II (n=11)	Ejes I-II (n=63)	
Edad [Mdn (p25-p75)]	32 (27-46)	34 (25-41)	35 (25-42)	0,939*
Puestos de trabajo tras fin de estudios [Mdn (p25-p75)]	2 (1-3)	4 (1-5)	3 (1-4)	0,227*
0 (%)	37,1	33,3	36,8	
1 (%)	54,3	16,7	26,3	[]
2 (%)	8,6	50,0	36,8	
Nº de noviazgos (%)				
0	5,0	25,0	35,6	
1	67,5	37,5	35,6	[]
2	27,5	37,5	28,9	
Sexo (%)				
Varones	44,1	45,5	31,7	0,311‡
Mujeres	55,9	54,5	68,3	
Edad fin de estudios (%)				
A su tiempo	59,1	75,0	62,5	[]
Más tarde	40,9	25,0	37,5	
Estudios terminados (%)				
Primarios / Secundarios	50,0	55,6	45,5	
Universitarios	50,0	44,4	54,5	
Nº de hijos (%)				
Ninguno	58,1	71,4	69,8	
1 ó 2	20,9	14,3	16,3	[]
3 ó más	20,9	14,3	14,0	
Estatus socioeconómico (%)				
Alto	35	60,0	19,2	
Medio / Bajo	65	40,0	80,8	[]
Estado civil (%)				
Soltero y otros	67,2	72,7	78,6	0,379‡
Casado / Conviviendo	32,8	27,3	21,4	
Lugar en la fratria (%)				
1º	28,8	44,4	25,0	
2º	32,2	11,1	32,7	[]
3º	20,3	0	19,2	
4º ó más	18,6	44,4	23,1	
Cambio de residencia (%)				
Ninguno	28,9	42,9	19,0	
1 ó 2	23,7	14,3	33,3	[]
3 ó más	47,4	42,9	47,6	
Ocupación laboral (%)				
Trabaja	68,9	50,0	48,9	
Desempleado	15,6	12,5	21,3	[]
Otros	15,6	37,5	29,8	
Estado civil de los padres (%)				
Casados	62,5	66,7	76,0	0,346‡
Otros	37,5	33,3	24,0	

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal-Wallis

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

Tabla 35. Distribución de la muestra de pacientes según variables clínicas (tratamiento, hábitos tóxicos e historia médica y personal), y presencia / ausencia de comorbilidad en los Ejes I y II

VARIABLES CLÍNICAS	DIAGNÓSTICO EJES I y II			p de significación
	Eje I (n=69)	Eje II (n=11)	Ejes I-II (n=61)	
Hospitalizaciones psiquiátricas [Mdn (p25-p75)]	0 (0-1)	0 (0-5,25)	0 (0-2)	0,254*
Hospitalizaciones médicas [Mdn (p25-p75)]	0 (0-3)	1,5 (0-2,75)	0 (0-1)	0,123*
Tipo de paciente (%)				[]
Ambulatorio	47,4	37,5	37,5	
Hospitalizado	52,6	62,5	62,5	
Tratamientos previos				
Ansiolíticos (%)				0,753‡
Sí	73,6	66,7	77,8	
No	26,4	33,3	22,2	
Antidepresivos (%)				0,983‡
Sí	86,8	88,9	86,7	
No	13,2	11,1	13,3	
Neurolépticos (%)				0,537‡
Sí	25,0	11,1	18,2	
No	75,0	88,9	81,8	
Normotímicos (%)				0,488‡
Sí	17,3	11,1	9,1	
No	82,7	88,9	90,9	
Cumplimiento tratamiento farmacológico (%)				[]
Bueno	80,0	83,3	75,0	
Malo	20,0	16,7	25,0	
Cumplimiento tratamiento psicoterápico (%)				[]
Bueno	69,6	50,0	63,6	
Malo	30,4	50,0	36,4	
Consumo de tabaco (%)				[]
Sí	50,8	75,0	47,4	
No	39,0	25,0	45,6	
Ex – fumador	10,2	0	7,0	
Consumo de alcohol (%)				0,226‡
Sí	46,3	55,6	32,7	
No	53,7	44,4	67,3	
Tratamiento actual				
Ansiolíticos (%)				0,852‡
Sí	79,6	71,4	76,5	
No	20,4	28,6	23,5	
Antidepresivos (%)				[]
Sí	96,4	85,7	92,0	
No	3,6	14,3	8,0	
Neurolépticos (%)				0,231‡
Sí	18,5	42,9	29,4	
No	81,5	57,1	70,6	
Normotímicos (%)				0,457‡
Sí	16,7	14,3	26	
No	83,3	85,7	74	
Consumo de drogas (%)				0,854‡
Sí	17,6	25,0	20,8	
No	82,4	75,0	79,2	
Ejercicio físico (%)				[]
Sí	46,5	62,5	42,9	
No	34,9	25,0	44,9	
Esporádico	18,6	12,5	12,2	
Antecedentes psiquiátricos personales (%)				0,894‡
Sí	80,5	87,5	82,1	
No	19,5	12,5	17,9	
Antecedentes psiquiátricos familiares 1^{er} grado (%)				[]
Sí	54,2	75,0	66,7	
No	45,8	25,0	33,3	

* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal-Wallis

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

Tabla 35 (continuación). Distribución de la muestra de pacientes según variables clínicas (tratamiento, hábitos tóxicos e historia médica y personal), y presencia / ausencia de comorbilidad en los Ejes I y II

VARIABLES CLÍNICAS	DIAGNÓSTICO EJES I y II			p de significación
	Eje I (n=69)	Eje II (n=11)	Ejes I-II (n=61)	
Dinámica familiar (%)				
Funcional	77,5	87,5	82,2	0,754‡
Disfuncional	22,5	12,5	17,8	
Vida sexual activa (%)				
Sí	60,0	71,4	34,1	[]
No	40,0	28,6	65,9	
Historia de abusos sexuales (%)				
Sí	17,1	0	17,8	0,481‡
No	82,9	100	82,2	
Historia de maltrato físico (%)				
Sí	13,5	0	9,5	[]
No	86,5	100	90,5	
Historia de Maltrato psicológico (%)				
Sí	24,3	14,3	19,0	0,766‡
No	75,7	85,7	81,0	
Cirugías previas (%)				
Sí	62,5	77,8	40,4	[]
No	37,5	22,2	59,6	
Enfermedades no propias de la infancia (%)				
Sí	22,2	11,1	15,4	0,584‡
No	77,8	88,9	84,6	
Accidentes con hospitalización (%)				
Sí	10,9	28,6	15,7	0,433‡
No	89,1	71,4	84,3	
Presencia de desencadenantes *				
Sí	73,6	50,0	73,9	[]
No	26,5	50,0	26,1	
Petición de consulta (%)				
Iniciativa propia	54,9	50,0	31,7	[]
Iniciativa de otros	45,1	50,0	68,3	

® Se consideró desencadenante a todo aquel acontecimiento vivencialmente relevante para el paciente en relación con el inicio de la patología, a juicio del propio interesado

* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal-Wallis

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

1.5 Comorbilidad en el Eje III

Al analizar la existencia de patología en el Eje III (Tabla 36) se observó que el 65,2% de las personas estudiadas presentaban patología en este Eje, siendo el grupo diagnóstico más frecuente el de varias patologías concomitantes.

Tabla 36. Prevalencia de patología en el Eje III según edad y sexo.

	Sin patología Eje III n=65	Con patología Eje III n=122	p de significación
Edad [Mdn (p25-p75)]	31 (24-35)	36 (26-44)	0,004+
Sexo (%)			
Varones	43,1	36,9	0,409‡
Mujeres	56,9	63,1	

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil 25-percentil 75

+ Valor p obtenido a través de la prueba de la U de Mann Whitney

‡ Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

Aunque se encontró una mayor prevalencia de patología del Eje III entre las mujeres (67,5%) que entre los varones (61,6%), las diferencias entre ambos grupos no llegaron a ser estadísticamente significativas ($p=0,409$). Sin embargo, sí que se

encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la edad ($p=0,004$), siendo el grupo con patología del Eje III el que mayor promedio de edad presentó, 36 años, frente a los 31 del grupo sin diagnóstico del Eje III (Tabla 36).

Las patologías más frecuentes fueron las Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo (8,5%) y las Enfermedades endocrinas (5,9%) (Tabla 37).

Tabla 37. Distribución de la muestra [n(%)] según diagnóstico en el Eje III.

DIAGNÓSTICO EN EL EJE III	Mujeres	Varones
Ningún diagnóstico 65 (34,6)	37 (56,9)	28 (43,1)
Trastornos infecciosos y parasitarios 2 (1,1)	0	2 (100)
Enfermedades sanguíneas 7 (3,7)	6 (85,7)	1 (14,3)
Enfermedades endocrinas 11 (5,9)	8 (72,7)	3 (27,3)
Enfermedades del sistema nervioso 4 (2,1)	3 (75,0)	1 (25,0)
Enfermedades de ojos y anejos 1 (0,5)	1 (100)	0
Enfermedades del sistema circulatorio 3 (1,6)	1 (33,3)	2 (66,7)
Enfermedades del sistema respiratorio 3 (1,6)	2 (66,7)	1 (33,3)
Enfermedades del aparato digestivo 5 (2,7)	4 (80,0)	1 (20,0)
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo 16 (8,5)	8 (50,0)	8 (50,0)
Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo 8 (4,3)	3 (37,5)	5 (62,5)
Enfermedades del sistema genitourinario 5 (2,7)	4 (80,0)	1 (20,0)
Varios 57 (30,3)	37 (64,9)	20 (35,1)

Al analizar la comorbilidad existente entre patologías en los Ejes II y III (Tabla 38), observamos que los pacientes con TP presentaban mayor prevalencia de patología del Eje III (67,6%) que los pacientes sin TP (64,6%), si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,817$).

Tabla 38. Distribución de la muestra [n(%)] según patología en los Ejes II y III.

Eje III	Eje II			p de significación
	SÍ	Criterios Parciales	NO	
SÍ	50 (67,6)	19 (61,3)	53 (64,6)	0,817 [‡]
No	24 (32,4)	12 (38,7)	29 (35,4)	

[‡] Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado.

Cuando se comparó el porcentaje de pacientes que presentaban patología en el Eje III en los distintos subgrupos del Eje II (Tabla 39), se observó que las enfermedades sanguíneas en el Grupo Sí TP ($p=0,024$) y las enfermedades del sistema circulatorio en grupo con Criterios Parciales de TP ($p=0,048$), fueron más prevalentes, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los otros dos grupos.

Tabla 39. Prevalencia de Enfermedades del Eje III según el diagnóstico en el Eje II.

Enfermedad Eje III		NO TP (%)	Criterios Parciales	Sí TP	p de significación
Infecciosas y parasitarias	Sí	6,1	0	5,4	[]
	No	93,9	100	94,5	
Neoplasias	Sí	2,4	3,2	1,4	[]
	No	97,6	96,8	98,6	
Sanguíneas	Sí	4,9	12,9	18,9	0,024[‡]
	No	95,1	89,1	81,1	
Endocrinas	Sí	15,9	6,5	9,5	0,280 [‡]
	No	84,1	93,5	90,5	
Sistema nervioso	Sí	3,7	6,5	8,1	[]
	No	96,3	93,5	91,9	
Ojos y anejos	Sí	3,7	3,2	6,8	[]
	No	96,3	96,8	93,2	
Oído y mastoides	Sí	2,4	0	4,1	[]
	No	97,6	100	95,9	
Sistema circulatorio	Sí	4,9	19,4	8,1	0,048[‡]
	No	95,1	80,6	91,3	
Sistema respiratorio	Sí	4,9	12,9	5,4	[]
	No	95,1	87,1	94,6	
Digestivo	Sí	9,8	12,9	10,8	0,889 [‡]
	No	90,2	87,1	89,2	
Piel y tejido subcutáneo	Sí	17,1	32,3	28,4	0,13 [‡]
	No	82,9	67,7	71,6	
Musculoesquelético	Sí	17,1	22,6	18,9	0,798 [‡]
	No	82,9	77,4	81,1	
Genitourinario	Sí	8,5	9,7	16,2	0,306 [‡]
	No	91,5	90,3	83,8	
Heridas/Envenenamiento	Sí	1,2	0	0	[]
	No	98,8	100	100	

[‡] Valor p obtenido a través de la prueba de la Ji-cuadrado

[] No se pudo calcular por falta de potencia estadística

2. Expresión del diagnóstico de Trastorno de Personalidad (IPDE) en los cuestionarios dimensionales

Se realizó un análisis univariante para comparar los resultados obtenidos por los pacientes en los instrumentos de evaluación dimensional, según el diagnóstico categorial de TP (No TP/Criterios Parciales/Sí TP).

Como puede apreciarse en las Tablas 40-42, los tres grupos presentaron perfiles diferentes en los cuestionarios MMPI-2, TCI y MCMI-II. Este hecho se refleja con mayor claridad en la representación gráfica de los perfiles obtenidos por los tres grupos de pacientes (Figs. 1-5).

Como se puede observar, el grupo que cumplía los criterios completos para el diagnóstico de TP según la entrevista IPDE (grupo Sí TP), obtuvo el perfil promedio más patológico, mientras que el grupo que no cumplía estos criterios (grupo No TP) presentaba el perfil menos patológico. El grupo que sólo cumplía los criterios parcialmente, y que según la IPDE presentaba una cierta probabilidad de padecer un TP (grupo Criterios Parciales), presentó puntuaciones intermedias entre los otros dos grupos.

Aunque existían diferencias en los perfiles obtenidos por los subgrupos de TP, estas diferencias sólo fueron estadísticamente significativas para algunas escalas específicas en cada uno de los cuestionarios.

Tras la realización de los análisis univariantes, y con el fin de verificar entre qué grupos concretos existían diferencias en los perfiles obtenidos en los instrumentos de evaluación dimensional, sometimos a análisis los resultados comparando los grupos dos a dos (en función de existencia o no de un TP según la entrevista IPDE, o si se cumplían los criterios parcialmente), a través de la prueba no paramétrica de la U de Mann Whitney.

2.1 Análisis univariante del MMPI-2.

Así, al realizar un análisis individualizado de los resultados obtenidos en cada uno de los cuestionarios, se observó que, en el caso del MMPI-2, (Tabla 40 y Figura 1) los tres grupos de pacientes se distinguieron de forma estadísticamente significativa en las puntuaciones promedio obtenidas en las escala K y F de validez y en las Escalas clínicas Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) e Introversión Social (Si). En todos los casos la puntuación promedio más patológica correspondió al grupo que cumplía criterios completos para el diagnóstico de TP (grupo Sí TP); en todas las escalas el resultado más patológico se corresponde con altas puntuaciones excepto para la escala K que se corresponde con bajas puntuaciones.

Tabla 40. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el MMPI-2 [Mdn (p25-p75)] según subgrupos de TP determinados por entrevista IPDE.

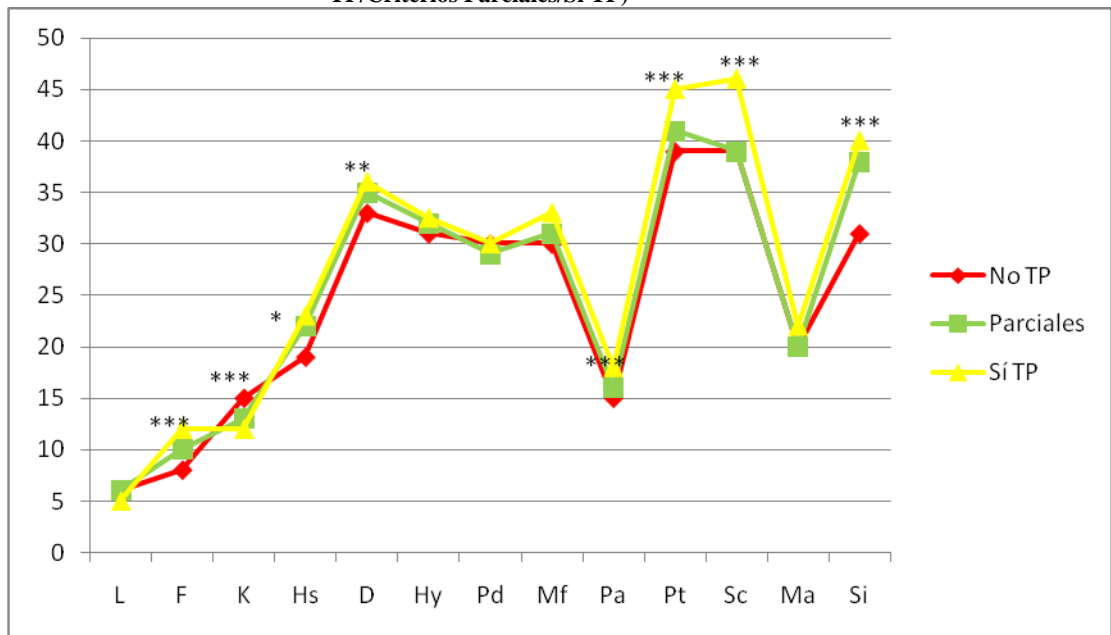
ESCALAS MMPI-2	EJE III			p de significación
	NO TP	Parciales	Sí TP	
<i>Escalas de validez</i>				
L	6 (4-7)	6 (4-7)	5 (3-6,25)	0,098
F	8 (5-12)	10 (6-14)	12 (8-15,25)	<0,001
K	15(12-18)	13 (10-15)	12 (9-14)	<0,001
<i>Escalas clínicas</i>				
Hs	19 (15-25)	22 (17-28)	23 (18-28,25)	0,03
D	33 (27-37)	35 (31-39)	36 (30,75-41)	0,003
Hy	31 (26-36)	32 (28-39)	32,5 (28-37)	0,140
Pd	30 (25-33)	29 (26-32)	30 (28-34)	0,076
Mf	30 (27-34)	31 (28-36)	33 (28-36)	0,138
Pa	15 (11-17)	16 (13-18)	18 (14-19,25)	<0,001
Pt	39 (33-45)	41 (36-45)	45 (38-49)	<0,001
Sc	39 (30-45)	39 (35-46)	46 (36,5-53,25)	<0,001
Ma	20 (17-24)	20 (18-24)	22 (18-25)	0,194
Si	31 (24-38)	38 (27-44)	40,5 (31,75-49,25)	<0,001

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal-Wallis

Figura 1. Perfil promedio en el MMPI-2 de los pacientes según resultados en la entrevista IPDE (No TP/Criterios Parciales/Sí TP)



*p<0,005 **p<0,001 ***p<0,0001

En el MMPI-2 al comparar los dos grupos Sí TP/No TP (Tabla 41, columna A) encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos en todas las escalas de perfil que habían resultado significativamente diferentes al comparar los tres grupos globalmente. En concreto, los pacientes con un diagnóstico positivo de TP obtuvieron puntuaciones promedio más elevadas que los sujetos sin tal diagnóstico en las escalas Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) e Introversión Social (Si) y en la escala de validez F, mientras que presentaron puntuaciones promedio estadísticamente menos elevadas en la escala K.

Tabla 41. Comparaciones de las puntuaciones obtenidas en el MMPI-2 [Mdn (p 25-p75)] Sí TP/No TP, Sí TP/No TP/Criterios Parciales y No TP/ Criterios Parciales determinado por la entrevista IPDE.

ESCALAS MMPI-2	NO TP	EJE II		p de significación+		
		Criterios Parciales	SÍ TP	A	B	C
Escalas de Validez						
F	8 (5-12)	10 (6-14)	12 (8-15,25)	<0,001	0,083	0,104
K	15(12-18)	13 (10-15)	12 (9-14)	<0,001	0,048	0,077
Escalas Clínicas						
Hs	19 (15-25)	22 (17-28)	23 (18-28,25)	0,010	0,669	0,130
D	33 (27-37)	35 (31-39)	36 (30,75-41)	0,001	0,621	0,031
Pa	15 (11-17)	16 (13-18)	18 (14-19,25)	<0,001	0,034	0,226
Pt	39 (33-45)	41 (36-45)	45 (38-49)	<0,001	0,049	0,120
Sc	39 (30-45)	39 (35-46)	46 (36,5-53,25)	<0,001	0,015	0,456
Si	31 (24-38)	38 (27-44)	40,5 (31,75-49,25)	<0,001	0,075	0,043

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

+Valor p obtenido a través de la prueba de la U de Mann de Withney

A Sí TP/No TP B Sí TP/Criterios Parciales C No TP/Criterios Parciales

Cuando se comparó a los pacientes que cumplían criterios completos IPDE para TP, con los que sólo los cumplían parcialmente en los resultados del MMPI-2 (Tabla 41, columna B), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las escalas K de validez y en Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt) y Esquizofrenia (Sc). A excepción de la escala K, en la que las puntuaciones eran menores, en las restantes escalas el promedio más elevado correspondió de nuevo al grupo Sí TP.

Por último, se realizó un análisis de los resultados obtenidos en el cuestionario entre los grupos de pacientes con un diagnóstico negativo de TP según la IPDE (grupo No TP) y aquellos que cumplieron criterios diagnósticos parciales (Criterios Parciales). Se observó que las diferencias entre ambos grupos fueron menores que las encontradas en las comparaciones precedentes. Así, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas Depresión (D) e Introversión Social (Si), siendo la puntuación promedio más elevada en ambos casos para el grupo con Criterios Parciales de TP (Tabla 41, columna C).

2.2 Análisis univariante del MCMI-II.

Al analizar los perfiles obtenidos por los pacientes en el MCMI-II (Tabla 42 y Figuras 2 y 3), se observó que los tres grupos se diferenciaban de forma estadísticamente significativa en las puntuaciones obtenidas en las escalas Deseabilidad, Alteración y Sinceridad de los Índices de Alteración; en las escalas Esquizoide, Evitativa, Agresivo-Sádica, Pasivo y Autodestructiva de los Patrones Clínicos de Personalidad; en la escala Esquizotípica, Límite y Paranoide de los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad; en las escalas Ansiedad, Trastorno Somatoforme, Trastorno Distímico, Dependencia del Alcohol y Dependencia de la Droga de los Síndromes Clínicos y en las escalas Trastorno del Pensamiento y Depresión Mayor de los Síndromes Graves de la Personalidad.

De modo similar a lo ocurrido al analizar las puntuaciones en el MMPI-2 de nuevo fue el grupo con criterios completos de TP el que presentó las puntuaciones promedio más elevadas en todas estas escalas, a excepción de la puntuación en Deseabilidad, en la que éste grupo presentó el promedio más bajo.

Tabla 42. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el MCMI-II [Mdn (p25-p75) según subgrupos de TP determinados por entrevista IPDE.

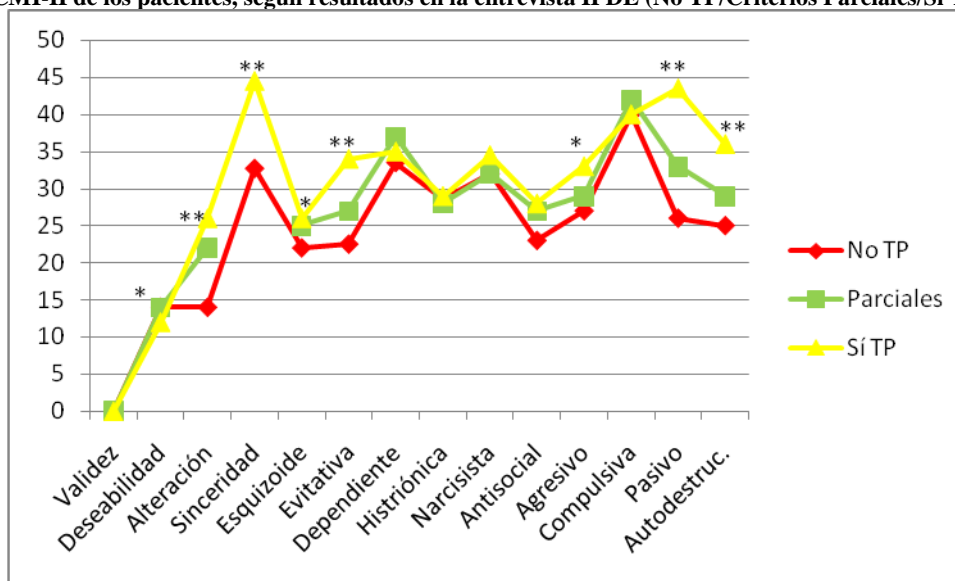
ESCALAS MCMI-II	EJE II			p de significación
	NO TP	Criterios Parciales	SÍ TP	
Índices de Alteración				
Validez	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,885
Deseabilidad	14 (11-17)	14 (11-16)	12 (9,25-16)	0,018
Alteración	14 (7-23)	22 (13-27)	26 (18,25-30,75)	<0,001
Sinceridad	372 (322,75-416,50)	415 (353-464)	445 (397,25-520,75)	<0,001
Patrones Clínicos de la Personalidad				
Esquizoide	22 (17-29,75)	25 (20-31)	26 (20-33)	0,019
Evitativa	22,5 (14-30)	27 (13-38)	34 (25,25-44,75)	<0,001
Dependiente	33,5 (28,25-39,75)	37 (32-41)	35 (28-42,75)	0,252
Histriónica	28,5 (21-37)	28 (21-40)	29 (20,25-37,75)	0,976
Narcisista	32 (24-41,75)	32 (21-40)	34,5 (25,25-40)	0,706
Antisocial	23 (16-30)	27 (15-32)	28 (20-39)	0,059
Agresivo-Sádica	27 (22-35,50)	29 (21-38)	33 (25,25-41)	0,030
Compulsiva	40 (34,25-46)	42 (37-45)	40 (31,25-45)	0,334
Pasivo	25 (18-37)	33 (19-45)	43,5 (28-50,75)	<0,001
Autodestructiva	25 (15-33)	29 (21-36)	36 (29,50-44)	<0,001
Síndromes de Patología Grave de la Personalidad				
Esquizotípica	16 (11-24,75)	22 (13-29)	29 (17,25-38)	<0,001
Límite	34 (21-48)	42 (25-54)	51 (41,25-64,75)	<0,001
Paranoide	24 (18-30,75)	26 (20-35)	30 (22-38)	0,010
Síndromes Clínicos				
Ansiedad	19 (7,25-28,75)	26(16-32)	28,5 (18,25-33)	<0,001
Trastorno Somatoforme	19,5 (11-29)	26 (19-34)	28 (20,25-34,75)	<0,001
Hipomanía	21 (14,25-31)	23 (20-31)	25 (17-32,75)	0,354
Trastorno Distímico	30 (12,25-39,75)	39 (23-47)	46 (29,25-53)	<0,001
Dependencia del Alcohol	22 (15,25-26)	24 (18-28)	26 (19,25-31,75)	0,004
Dependencia de la Droga	23 (17-34)	29 (20-37)	30,5 (21-42,25)	0,024
Síndromes Graves de la Personalidad				
Trastorno del Pensamiento	12 (8-18)	17 (10-23)	20 (13-27)	<0,001
Depresión Mayor	20 (7,25-32)	28 (16-36)	33,5 (19-41)	<0,001
Trastorno Delirante	11 (8-14)	10 (9-17)	12,5 (9-16,75)	0,140

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

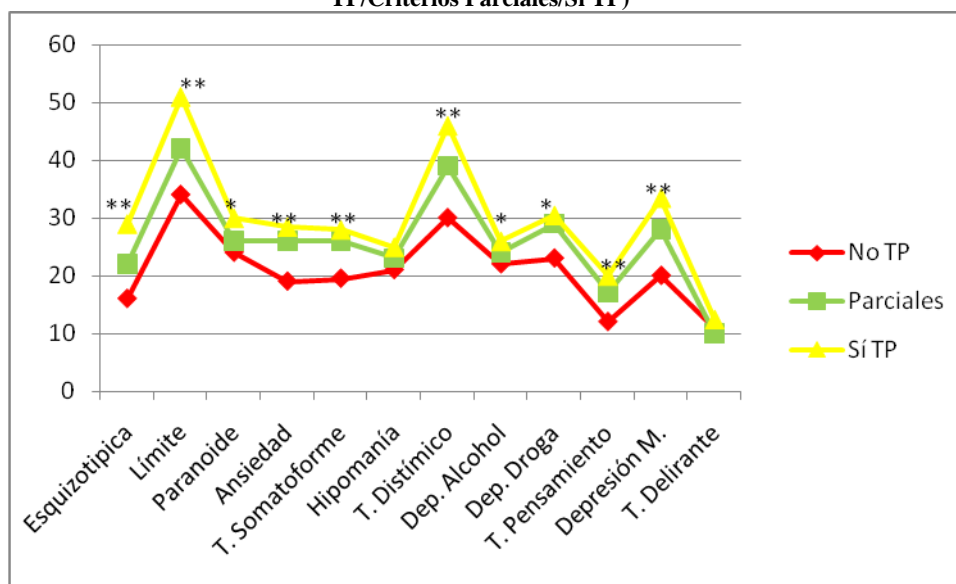
* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal-Wallis

Figura 2. Perfil promedio en los Índices de Alteración y en los Patrones Clínicos de la Personalidad del MCMI-II de los pacientes, según resultados en la entrevista IPDE (No TP/Criterios Parciales/Sí TP)



*p<0,005 **p<0,001 ***p<0,0001

Figura 3. Perfil promedio en las escalas de los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad, Síndromes Clínicos y Síndromes Graves del MCMI-II de los pacientes, según resultados en la entrevista IPDE (No TP/Criterios Parciales/Sí TP)



*p<0,005 **p<0,001 ***p<0,0001

Al comparar los resultados obtenidos en el MCMI-II para los grupos Sí TP/ No TP (Tabla 43, columna A), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en tres Índices de Alteración (Alteración, Deseabilidad y Sinceridad), en algunos Patrones Clínicos de la Personalidad (Esquizoide, Evitativa, Agresivo-Sádico, Pasivo-agresivo y Autodestructivo), en los tres Síndromes de Patología Grave de la Personalidad (Esquizotípico, Límite y Paranoide), en casi todos los Síndromes Clínicos que evalúa la prueba (Ansiedad, Trastorno Somatoforme, Trastorno Distímico, Dependencia del Alcohol y Dependencia de la Droga) y en dos de los Síndromes Graves de la Personalidad (Trastorno del Pensamiento y Depresión Mayor).

En todos los casos, el promedio de puntuación obtenido fue más elevado para el grupo con diagnóstico de TP, a excepción de la escala de Deseabilidad, que resultó significativamente menos elevada para este grupo.

Tabla 43. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el MCMI-II [Mdn (p25-p75)] según Sí TP/No TP, Sí TP/No TP/Criterios Parciales y No TP/ Criterios Parciales determinado por la entrevista IPDE.

ESCALAS MCMI-II	NO TP	EJE II		p de significación+		
		Criterios Parciales	SÍ TP	A	B	C
Índices de Alteración						
Deseabilidad	14 (11-17)	14 (11-16)	12 (9,25-16)	0,012	0,026	0,862
Alteración	14 (7-23)	22 (13-27)	26 (18,25-30,75)	<0,001	0,049	0,013
Sinceridad	372 (322,75-416,50)	415 (353-464)	445 (397,25-520,75)	<0,001	0,053	0,078
Patrones Clínicos de la Personalidad						
Esquizoide	22 (17-29,75)	25 (20-31)	26 (20-33)	0,005	0,302	0,263
Evitativa	22,5 (14-30)	27 (13-38)	34 (25,25-44,75)	<0,001	0,029	0,125
Agresivo-Sádica	27 (22-35,50)	29 (21-38)	33 (25,25-41)	0,007	0,224	0,551
Compulsiva	40 (34,25-46)	42 (37-45)	40 (31,25-45)	0,269	0,175	0,614
Síndromes de Patología Grave de la Personalidad						
Esquizotípica	16 (11-24,75)	22 (13-29)	29 (17,25-38)	<0,001	0,027	0,043
Límite	34 (21-48)	42 (25-54)	51 (41,25-64,75)	<0,001	0,015	0,092
Paranoide	24 (18-30,75)	26 (20-35)	30 (22-38)	0,002	0,237	0,308
Síndromes Clínicos						
Ansiedad	19 (7,25-28,75)	26(16-32)	28,5 (18,25-33)	<0,001	0,216	0,026
Trastorno Somatoforme	19,5 (11-29)	26 (19-34)	28 (20,25-34,75)	<0,001	0,351	0,017
Trastorno Distímico	30 (12,25-39,75)	39 (23-47)	46 (29,25-53)	<0,001	0,084	0,029
Dependencia del Alcohol	22 (15,25-26)	24 (18-28)	26 (19,25-31,75)	0,001	0,165	0,184
Dependencia de la Droga	23 (17-34)	29 (20-37)	30,5 (21-42,25)	0,007	0,332	0,259
Síndromes Graves de la Personalidad						
Trastorno del Pensamiento	12 (8-18)	17 (10-23)	20 (13-27)	<0,001	0,116	0,021
Depresión Mayor	20 (7,25-32)	28 (16-36)	33,5 (19-41)	<0,001	0,080	0,042

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

+ Valor p obtenido a través de la prueba de la U de Mann de Withney

A Sí TP/No TP B Sí TP/Criterios Parciales C No TP/Criterios Parciales

Al comparar los grupos Sí TP/Criterios Parciales (Tabla 43, columna B) ocurrió un hecho similar al observado en las comparaciones de los grupos Sí TP/No TP, en el sentido de que los pacientes pertenecientes al grupo Si TP puntuaron de manera significativamente más elevada en la escala Alteración de los Índices de Alteración, en la escala Evitativa de los Patrones Clínicos de la Personalidad y en dos Síndromes de Patología Grave de la Personalidad (Esquizotípica y Límite), mientras que presentaron una puntuación menor en el Índice de Alteración Deseabilidad.

Cuando se compararon los grupos No TP/Criterios Parciales (Tabla 43, columna C) se encontraron diferencias significativas en uno de los Índices de Alteración (Alteración), en un Síndrome de Patología Grave de la Personalidad (Esquizotípico), en tres Síndromes Clínicos (Ansiedad, Trastorno Somatoforme y Trastorno Distímico) y en dos Síndromes Graves de la Personalidad (Trastorno del Pensamiento y Depresión mayor). Como en los casos precedentes, el promedio de puntuaciones fue mayor para el grupo Criterios Parciales de TP.

2.3 Análisis univariante del TCI.

Con relación al TCI (Tabla 44 y Figuras 4 y 5) las diferencias entre grupos alcanzaron el nivel de significación estadística para las escalas globales Evitación del Riesgo (ER-Total), Persistencia (P-Total), Autodirectividad (Ad-Total) y Cooperatividad (C-Total) y en las siguientes subescalas:

- Rigidez estoica vs Excitabilidad exploratoria (Rig-Exc)) de la escala Búsqueda de Novedades.

- Optimismo vs Preocupación (ER (Opt-Pre)), Gregarismo vs Timidez (ER (Gre-Tim)) y Vigor vs Fatigabilidad (ER (Vig-Fat)) de la escala Evitación del Riesgo.

- Determinismo proyectivo vs Responsabilidad (Ad (Det-Res)), Ausencia de metas vs Propositividad (Ad (Aus-Pro)), Pasividad vs Iniciativa (Ad (Pas-Ini)), Autodevaluación vs Automatización de hábitos (Ad (Aut-Aut)) de la escala Autodirectividad.

- Intolerancia social vs Aceptación social (C (Int-Ace)), Desinterés social vs Empatía (C (Des-Emp)) y Distanciamiento egoísta vs Adhesión altruista (C (Dis-Adh)) de la escala Cooperatividad.

Como puede observarse, en todos estos casos fue el grupo que cumplía criterios completos de TP (Sí TP) el que presentó la puntuación promedio más baja, a excepción de la escala de Evitación del Riesgo y sus subescalas, en las que fue precisamente este grupo (Sí TP) el que obtuvo un promedio de puntuaciones significativamente más alto que los restantes subgrupos de TP.

Tabla 44. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el TCI [Mdn(p25-p75)] según subgrupos de TP determinados por entrevista IPDE

ESCALAS TCI	NO TP	EJE II		p de significación
		Criterios Parciales	Sí TP	
Temperamento				
BN-Total	20 (16-24,5)	20 (15-25)	19 (14-23)	0,611
BN (Rig-Exc)	7 (4-8)	6 (4-8)	5 (3-7)	0,006
BN (Ref-Imp)	4 (2,5-6)	5 (1-7)	4 (3-6)	0,829
BN (Res_Ext)	5 (4-7)	6 (4-7)	5 (3-7)	0,619
BN (Reg-Des)	4 (2-5)	4 (3-5)	4 (3-6)	0,328
ER-Total	18 (14,5-23)	22 (15-25)	25 (18,5-29)	<0,001
ER (Opt-Pre)	5 (4-8)	6 (4-7)	8 (5-10)	<0,001
ER (Con-Mie)	5 (4-6)	4 (3-6)	6 (4-7)	0,070
ER (Gre-Tim)	4 (2-5,5)	4 (3-6)	6 (3-7)	<0,001
ER (Vig-Fat)	4 (3-7)	6 (4-7)	6 (4,25-8)	0,001
DR-Total	17 (15-19)	16 (14-19)	15 (12,5-18,75)	0,109
DR (Ins-Sen)	7 (6-9)	8 (7-8)	7 (6-9)	0,845
DR (Des-Ape)	6 (4-7)	5 (3-8)	5 (2-7)	0,066
DR (Ind-Dep)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	0,886
P-Total	5 (4-7)	6 (5-7)	5 (3,25-7)	0,042

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 44 (continuación). Comparación de las puntuaciones obtenidas en el TCI [Mdn (p25-p75)] según subgrupos de TP determinados por entrevista IPDE.

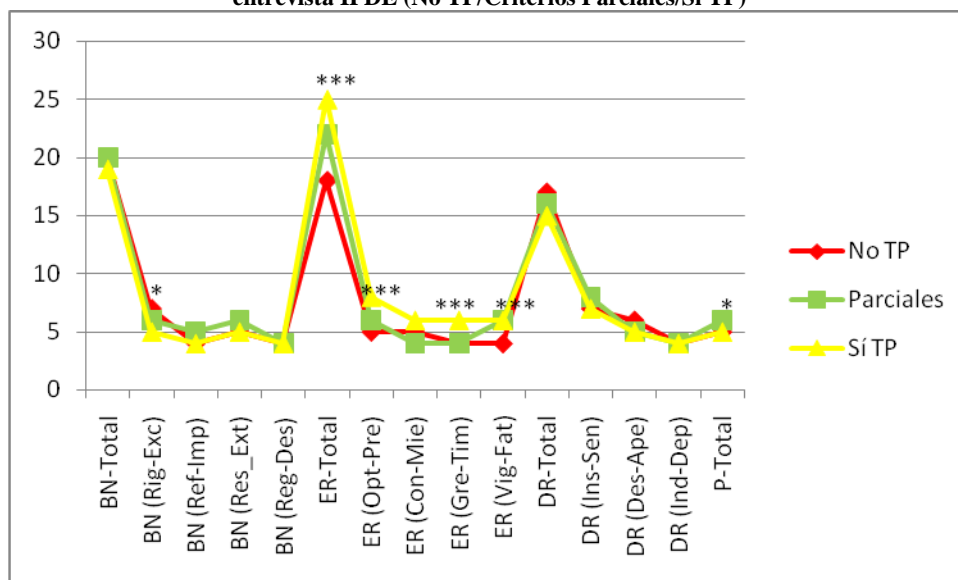
ESCALAS TCI	EJE II Criterios			p de significación
	NO TP	Parciales	Sí TP	
Carácter				
Ad-Total	30 (23,5-34)	27 (21-32)	20,5 (17-28,75)	<0,001
Ad (Det-Res)	6 (5-7)	6 (3-7)	4 (2-6)	<0,001
Ad (Aus-Pro)	5 (3-7)	5 (3-7)	4 (3-6)	0,009
Ad (Pas-Ini)	3 (1-4)	2 (1-3)	2 (0-3)	0,009
Ad (Dis-Aut)	8 (7-10)	8 (5-9)	8 (5-9)	0,68
Ad (Aut-Aut)	7 (5-10)	8 (4-10)	5 (3-7)	0,003
C-Total	34 (31-37)	35 (30-37)	32 (26,25-36)	0,011
C (Int-Ace)	7 (6-8)	7 (6-8)	6 (4-7)	0,001
C (Des-Emp)	5 (4-6)	5 (4-6)	4 (3-6)	0,001
C (Dis-Adh)	7 (6-7)	7 (6-8)	6 (5-7)	0,038
C (Ven-Com)	8 (7-9)	9 (7-10)	8 (6-9)	0,460
C (Ven-Hon)	8 (6,5-9)	8 (7-9)	8 (7-9)	0,748
At-Total	12 (10-16)	11 (7-18)	12 (7,25-18,75)	0,863
At (Rea-Abs)	5 (2-6)	4 (2-7)	4 (2-7)	0,931
At (Aut-Ide)	3 (1,5-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	0,603
At (Rac-Ace)	6 (3-7)	5 (3-8)	6 (3,25-8)	0,896

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

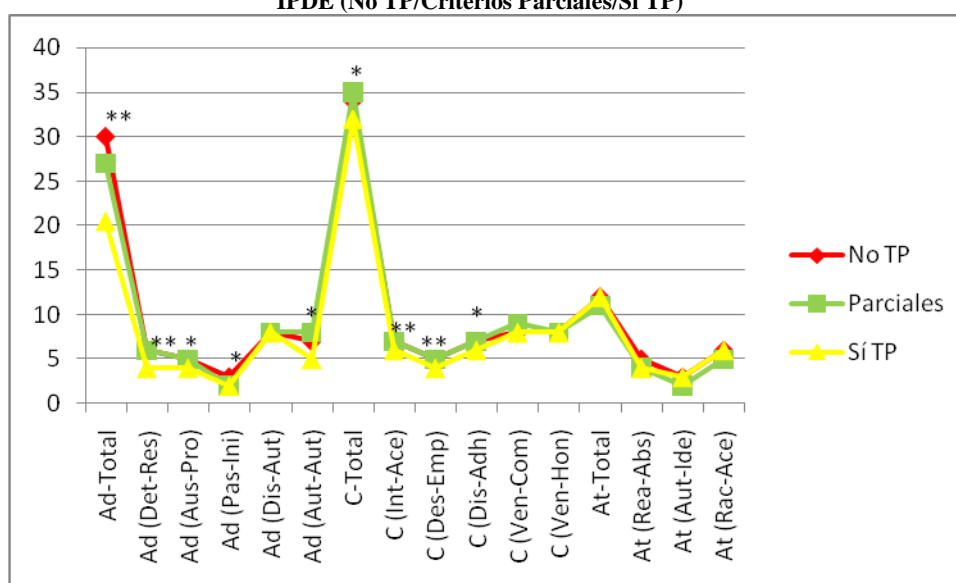
* Valor p obtenido a través de la prueba de Kruskal-Wallis

Figura 4. Perfil promedio en las escalas de Temperamento del TCI de los pacientes según resultados en la entrevista IPDE (No TP/Criterios Parciales/Sí TP)



*p<0,005 **p<0,001 ***p<0,0001

Figura 5. Perfil promedio en las escalas de Carácter del TCI de los pacientes según resultados en la entrevista IPDE (No TP/Criterios Parciales/Sí TP)



*p<0,005 **p<0,001 ***p<0,0001

Al comparar los dos grupos Sí TP/ No TP en los resultados obtenidos en el TCI (Tabla 45, columna A), los pacientes con un diagnóstico positivo de TP obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en la escala general Evitación del Riesgo (ER-Total) y en las siguientes subescalas: Optimismo vs Preocupación (Opt-Pre), Gregarismo vs Timidez (Gre-Tim) y Vigor vs Fatigabilidad (Vig-Fat)) de la escala Evitación del Riesgo y en la subescala de Cooperatividad Intolerancia Social vs Aceptación Social (Int-Ace).

Tabla 45. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el TCI [Mdn (p25-p75)] Sí TP/No TP, Sí TP/No TP/Criterios Parciales y No TP/ Criterios Parciales determinado por la entrevista IPDE

ESCALAS TCI	NO TP	EJE II Criterios Parciales	Sí TP	p de significación+		
				A	B	C
Temperamento						
ER-Total	18 (14,5-23)	22 (15-25)	25 (18,5-29)	<0,001	0,008	0,259
ER (Opt-Pre)	5 (4-8)	6 (4-7)	8 (5-10)	<0,001	0,005	0,554
ER (Gre-Tim)	4 (2-5,5)	4 (3-6)	6 (3-7)	<0,001	0,052	0,366
ER (Vig-Fat)	4 (3-7)	6 (4-7)	6 (4,25-8)	<0,001	0,122	0,085
P-Total	5 (4-7)	6 (5-7)	5 (3,25-7)	0,774	0,036	0,012
Carácter						
Ad-Total	30 (23,5-34)	27 (21-32)	20,5 (17-28,75)	<0,001	0,014	0,240
Ad (Det-Res)	6 (5-7)	6 (3-7)	4 (2-6)	<0,001	0,032	0,186
Ad (Aus-Pro)	5 (3-7)	5 (3-7)	4 (3-6)	0,003	0,075	0,564
Ad (Pas-Ini)	3 (1-4)	2 (1-3)	2 (0-3)	0,003	0,078	0,534
Ad (Aut-Aut)	7 (5-10)	8 (4-10)	5 (3-7)	0,001	0,022	0,800
C-Total	34 (31-37)	35 (30-37)	32 (26,25-36)	0,009	0,015	0,606
C (Int-Ace)	7 (6-8)	7 (6-8)	6 (4-7)	0,001	0,003	0,617
C (Des-Emp)	5 (4-6)	5 (4-6)	4 (3-6)	<0,001	0,027	0,525
C (Dis-Adh)	7 (6-7)	7 (6-8)	6 (5-7)	0,051	0,022	0,395
At (Rac-Ace)	6 (3-7)	5 (3-8)	6 (3,25-8)	0,711	0,672	0,908

Mdn: Mediana

p25-p75: percentil25-percentil75

+ Valor p obtenido a través de la prueba de la U de Mann de Withney

A Sí TP/No TP B Sí TP/Criterios Parciales C No TP/Criterios Parciales

Por el contrario, los pacientes con TP puntuaron de modo significativamente más bajo en las escalas generales Autodirectividad (Ad-Total) y Cooperatividad (C-Total), así como en las siguientes subescalas: Rigidez estoica *vs* Excitabilidad exploratoria (Rig-Exc) de la escala Búsqueda de Novedades, en las subescalas de Autodirectividad (Determinismo Proyectivo *vs* Responsabilidad (Det-Res), Ausencia de Metas *vs* Propositividad (Aus-Pro), Pasividad *vs* Iniciativa (Pas-Ini), Autodevaluación *vs* Automatización de Hábitos (Aut-Aut)) y en la subescala de Cooperatividad Desinterés Social *vs* Empatía (Des-Emp).

Los pacientes con TP se distinguieron de aquellos que sólo cumplieron criterios diagnósticos parciales de TP (Tabla 45, columna B) por la obtención de puntuaciones significativamente más elevadas en la escala general Evitación del Riesgo (ER) y en su subescala Optimismo *vs* Preocupación (Opt-Pre), así como por la obtención de puntuaciones significativamente menos elevadas en las escalas generales Persistencia (P), Autodirectividad (Ad) y Cooperatividad, y en las subescalas Determinismo Proyectivo *vs* Responsabilidad (Det-Res) y Autodevaluación *vs* Automatización de Hábitos (Aut-Aut)) de la escala Autodirectividad y en las subescalas Intolerancia Social *vs* Aceptación Social (Int-Ace) y Distanciamiento egoísta *vs* Adhesión altruista (Dis-Adh)) de la escala Cooperatividad.

Por último, la comparación del grupo No TP con el de criterios parciales (Tabla 45, columna C) únicamente proporcionó diferencias significativas para la escala de Persistencia (P), con una puntuación promedio más elevada para el grupo que cumplía Criterios Parciales.

En resumen podemos decir que, tras realizar el análisis de Kruskal Wallis, el grupo Sí TP se caracterizaba por presentar en los distintos cuestionarios dimensionales:

A.- puntuaciones más elevadas en:

- MMPI-2: en la escala F de validez y en las Escalas clínicas Hipocondriais (Hs), Depresión (D), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) e Introversión Social (Si);

- TCI: en la escala global Evitación del Riesgo (ER-Total);

- MCMI-II: en las escalas Alteración y Sinceridad de los Índices de Alteración, en las escalas Esquizoide, Evitativa, Agresivo-Sádica, Pasivo y Autodestructiva de los Patrones Clínicos de Personalidad; en la escala Esquizotípica, Límite y Paranoide de los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad, en las escalas Ansiedad, Trastorno Somatoforme, Trastorno Distímico, Dependencia de

Alcohol y Dependencia de la Droga de los Síndromes Clínicos y en las escalas Trastorno del Pensamiento y Depresión Mayor de los Síndromes Graves de la Personalidad.

B.- puntuaciones más disminuidas en:

- MMPI-2: en la escala K de validez;
- TCI: en las escalas globales Persistencia (P-Total), Autodirectividad (Ad-Total) y Cooperatividad (C-Total);
- MCMI-II: en la escala Deseabilidad.

3. Predicción del diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (IPDE) en los cuestionarios dimensionales

Para determinar qué combinación de las escalas de los instrumentos de evaluación dimensional utilizados resultaba más idónea para predecir la presencia de un TP, se procedió a realizar un análisis multivariante de regresión logística de los resultados obtenidos por los pacientes en los cuestionarios.

Para ello, cada cuestionario dimensional fue analizado de manera individualizada, tomando como variable dependiente el diagnóstico de TP (presencia/ausencia) según la entrevista IPDE y excluyendo los que cumplieran criterios parciales. Además, en el análisis de cada cuestionario se ajustó cada una de las escalas por las escalas restantes incluidas en el mismo.

Los modelos fueron ajustados por aquellos potenciales factores de confusión de la asociación entre las diferentes puntuaciones y la presencia de TP: edad, sexo, presencia de patología del Eje I y atención recibida (ambulatorio vs ingresado). Tras comprobar que los valores no cambiaban tras el ajuste se optó por utilizar el modelo más parsimonioso.

3.1 Análisis multivariante del MMPI-2.

En el análisis de las escalas de validez del MMPI-2 (Tabla 46) se encontró que un aumento en la puntuación obtenida con la escala K, se asociaba significativamente con una menor probabilidad (*Odds*) de ser diagnosticado de TP con la entrevista IPDE, una vez tenidas en cuenta las puntuaciones obtenidas en el resto de las escalas de validez del cuestionario MMPI-2 (OR=0,85; IC 95%= 0,76-0,95).

Tabla 46. Asociación entre las puntuaciones de las escalas de validez del MMPI-2 y el resultado de la entrevista IPDE

ESCALAS	b	OR	IC 95%	p de significación
Escala L	0,029	1,030	0,887-1,196	0,701
Escala F	0,075	1,078	0,999-1,163	0,054
Escala K	-0,164	0,849	0,757-0,953	0,005

b= coeficiente de regresión

OR= *Odds Ratio*= Odds de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ Odds de presencia de TP con puntuación= n en la escala

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

Respecto a las escalas clínicas (Tabla 47) se observó que un aumento en la escala Introversión Social se asociaba con una mayor probabilidad (*Odds*) de padecer un TP.

Tabla 47. Asociación entre las puntuaciones de las escalas clínicas del MMPI-2 y el resultado de la entrevista IPDE

ESCALAS	b	OR	IC 95%	p de significación
Hipocondriasis	-0,009	0,991	0,882-1,114	0,881
Depresión	-0,019	0,981	0,887-1,084	0,707
Histeria	0,005	1,005	0,885-1,140	0,943
Desviación psicopática	0,014	1,014	0,923-1,114	0,774
Masculinidad-Feminidad	0,008	1,008	0,944-1,077	0,802
Paranoia	0,110	1,116	0,993-1,254	0,064
Psicastenia	-0,002	0,998	0,905-1,101	0,966
Esquizofrenia	-0,009	0,991	0,920-1,067	0,805
Hipomanía	0,073	1,076	0,969-1,194	0,169
Introversión Social	0,098	1,103	1,038-1,171	0,001

b= coeficiente de regresión

OR= *Odds Ratio*= Odds de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ Odds de presencia de TP con puntuación= n en la escala.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

3.2 Análisis multivariante del MCMI-II.

Para analizar las escalas del MCMI-II, se estudiaron de forma independiente las Escalas de Validez, los Patrones Clínicos de la Personalidad, los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad, los Síndromes Clínicos y los Síndromes Graves de la Personalidad.

Por lo que respecta a las Escalas de Validez (Tabla 48), se encontró que altas puntuaciones en las escalas Alteración y Sinceridad predecían significativamente la presencia de un TP, de modo que, cada punto de aumento en cada una de estas escalas, multiplicaba la probabilidad de padecer un TP (OR=1,09 y 1,01 respectivamente).

Tabla 48. Asociación entre las puntuaciones de las escalas de Validez del MCMI-II sobre el resultado del IPDE

ESCALAS	b	OR	IC 95%	p de significación
Validez	-0,077	0,926	,280-3,056	0,899
Deseabilidad	-0,095	0,910	,828-1,000	0,050
Alteración	0,089	1,093	1,054-1,134	<0,001
Sinceridad	0,009	1,009	1,005-1,013	<0,001

b= coeficiente de regresión

OR= *Odds Ratio*= Odds de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ Odds de presencia de TP con puntuación= n en la escala.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

Al analizar las escalas correspondientes a los Patrones Clínicos de la Personalidad (Tabla 49), encontramos que ninguna de ellas predecía la presencia de un TP.

Tabla 49. Asociación entre las puntuaciones de los Patrones Clínicos de la Personalidad del MCMI-II sobre el resultado del IPDE

ESCALAS	b	OR	IC 95%	p de significación
Esquizoide	-0,026	0,974	0,902-1,052	0,506
Evitativa	0,068	1,070	0,986-1,162	0,107
Dependiente	-0,038	0,963	0,896-1,035	0,302
Histriónica	0,004	1,004	0,975-1,033	0,801
Narcisista	-0,028	0,972	0,919-1,028	0,317
Antisocial	-0,043	0,958	0,897-1,023	0,201
Agresivo-Sadica	0,032	1,032	0,957-1,114	0,413
Compulsiva	-0,007	0,993	0,938-1,050	0,799
Pasivo	0,026	1,026	0,965-1,091	0,410
Autodestructivo	0,027	1,027	0,950-1,111	0,502

b= coeficiente de regresión

OR= *Odds Ratio*= Odds de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ Odds de presencia de TP con puntuación= n en la escala.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

En las escalas que conforman los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad (Tabla 50) se observó que, a igualdad de puntuaciones en las escalas Límite y Paranoide, la presencia de altas puntuaciones en Esquizotipia predecía la existencia de TP.

Tabla 50. Asociación entre las puntuaciones de los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad del MCMI-II sobre el resultado del IPDE

ESCALAS	b	OR	IC 95%	p de significación
Esquizotipia	0,067	1,070	1,023-1,118	0,003
Límite	0,020	1,020	0,995,1,046	0,115
Paranoide	-0,003	0,997	0,955-1,041	0,897

b= coeficiente de regresión

OR= *Odds Ratio*= Odds de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ Odds de presencia de TP con puntuación= n en la escala.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

Cuando se analizaron las escalas que conforman los Síndromes Clínicos del MCMI-II (Tabla 51) se encontró que la presencia de puntuaciones elevadas en las escalas Trastorno Distímico y Dependencia de la Droga predecía la presencia de un diagnóstico positivo de TP.

Tabla 51. Asociación entre las puntuaciones de los Síndromes Clínicos del MCMI-II sobre el resultado del IPDE

ESCALAS	B	OR	IC 95%	p de significación
Ansiedad	0,005	1,005	1,005-0,888	0,939
Trastorno Somatoforme	-0,014	0,986	0,986-0,888	0,790
Hipomanía	-0,030	0,970	0,970-0,920	0,263
Trastorno Distímico	0,062	1,063	1,063-1,010	0,019
Dependencia del Alcohol	-0,066	0,936	0,936-0,869	0,085
Dependencia de la Droga	0,065	1,067	1,067-1,011	0,019

b= coeficiente de regresión

OR= *Odds Ratio*= Odds de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ Odds de presencia de TP con puntuación= n en la escala.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

Por último, y en lo referente a las escalas que evalúan Síndromes Graves de la Personalidad (Tabla 52), se observó que, independientemente de las puntuaciones

obtenidas para Depresión Mayor y Trastorno Delirante, la puntuación en la escala Trastorno del Pensamiento predecía la presencia de TP, de modo que, cada aumento de un punto en esta escala multiplicaba por 1,07 la *odds* de pertenencia al grupo con TP.

Tabla 52. Asociación entre las puntuaciones de los Síndromes Graves de la Personalidad del MCMI-II sobre el resultado del IPDE

ESCALAS	B	OR	IC 95%	p de significación
Trastorno del Pensamiento	0,067	1,070	1,023-1,118	0,003
Depresión mayor	0,020	1,020	0,995-1,046	0,115
Trastorno Delirante	-0,003	0,997	0,955-1,041	0,897

b= coeficiente de regresión

OR= *Odds Ratio*= *Odds* de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ *Odds* de presencia de TP con puntuación= n en la escala.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

3.3 Análisis multivariante del TCI.

Al analizar los resultados obtenidos en el TCI (Tabla 53), se encontró que la obtención de puntuaciones elevadas en la escala Evitación del Riesgo y bajas en la escala Dependencia de la Recompensa predecían la presencia de un TP, una vez tenidas en cuenta el resto de escalas del cuestionario.

Tabla 53. Asociación entre las puntuaciones globales del TCI y el resultado de la entrevista IPDE

ESCALAS	b	OR	IC 95%	p de significación
Búsqueda de novedades	0,014	1,015	0,945-1,090	0,692
Evitación del Riesgo	0,095	1,100	1,021-1,185	0,012
Dependencia de la recompensa	-0,114	0,892	0,801-0,994	0,038
Persistencia	0,169	1,184	0,974-1,438	0,089
Autodirectividad	-0,049	0,952	0,896-1,011	0,108
Cooperatividad	-0,022	0,979	0,917-1,044	0,515
Autotrascendencia	0,012	1,012	0,953-1,076	0,689

b= coeficiente de regresión

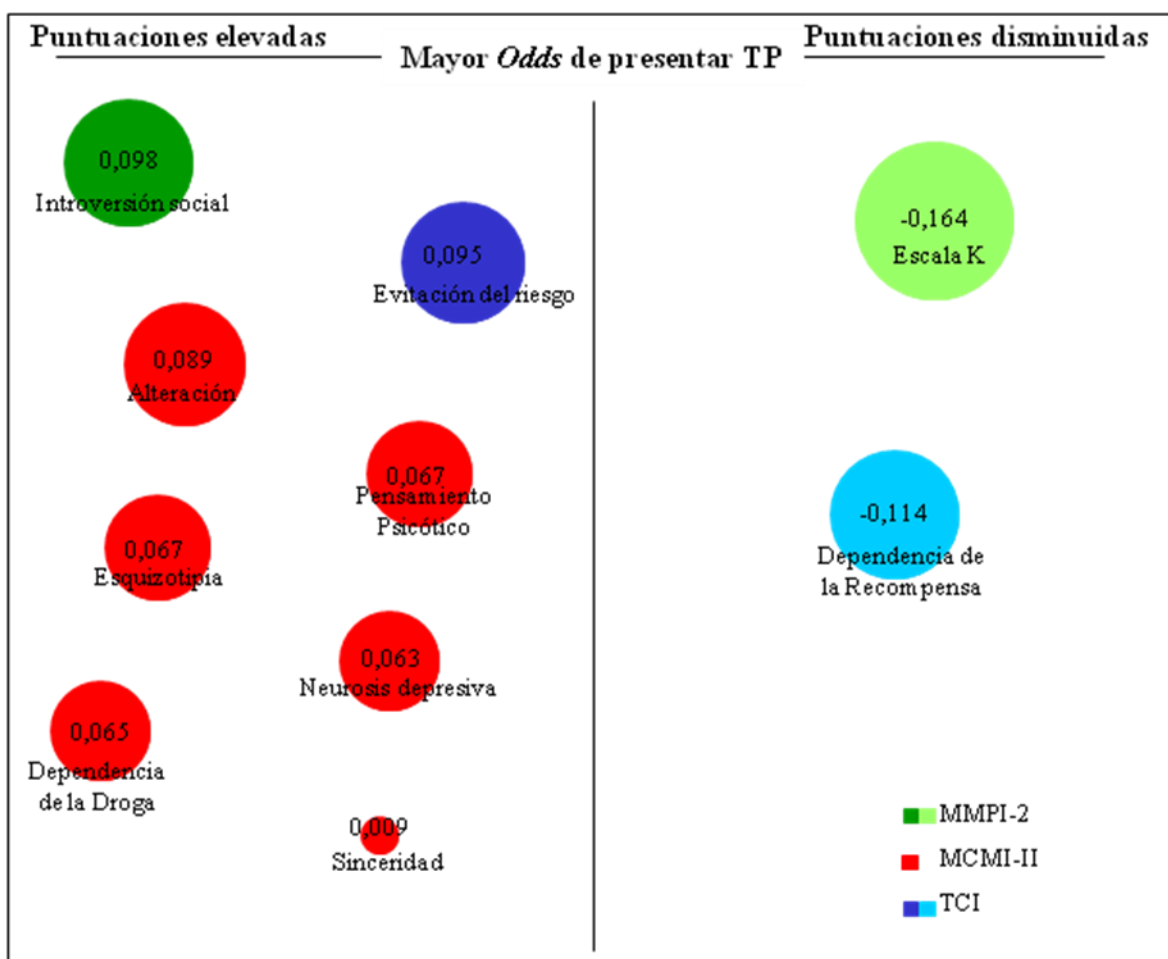
OR= *Odds Ratio*= *Odds* de presencia de TP con puntuación= n+1 en la escala/ *Odds* de presencia de TP con puntuación= n en la escala.

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%

En resumen podemos decir que, tras realizar los análisis de regresión logística, encontramos que se asociaban a la pertenencia al grupo Sí TP, y por lo tanto predecían la presencia de TP, las siguientes variaciones en las escalas de los instrumentos dimensionales empleados (Figura 6):

- puntuaciones bajas en la escala K de validez del MMPI-2;
- puntuaciones elevadas en la escala Introversión social del MMPI-2;
- puntuaciones elevadas en la escala Evitación del Riesgo del TCI;
- puntuaciones disminuidas en la escala Dependencia de la Recompensa del TCI;
- altas puntuaciones en las escalas Alteración y Sinceridad del MCMI-II;
- altas puntuaciones en las escalas Esquizotipia, Depresiva, Dependencia de la Droga y Trastorno del Pensamiento del MCMI-II.

Figura 6. Variaciones en las escalas (coeficientes de regresión*) que predicen la pertenencia al Grupo Sí TP



* A igualdad de valores en el resto de las escalas que constituyen el cuestionario

La tabla 54 y la Figura 7 representan la probabilidad de presentar un diagnóstico de TP según incrementos en 1, 5 ó 10 unidades en las puntuaciones de las escalas mencionadas anteriormente. Esto quiere decir que suponiendo una probabilidad de presentar TP debida al azar del 50%, las variaciones en las puntuaciones de las escalas aumentan o disminuyen el poder predictivo de presentar un TP. Por ejemplo el aumento en un punto en la escala Introversión Social, aumenta un 2% la probabilidad de presentar un TP. Así, de una 50% debido al azar, aumenta al 52%. Si el aumento es en 5 unidades, la probabilidad aumenta hasta el 62%.

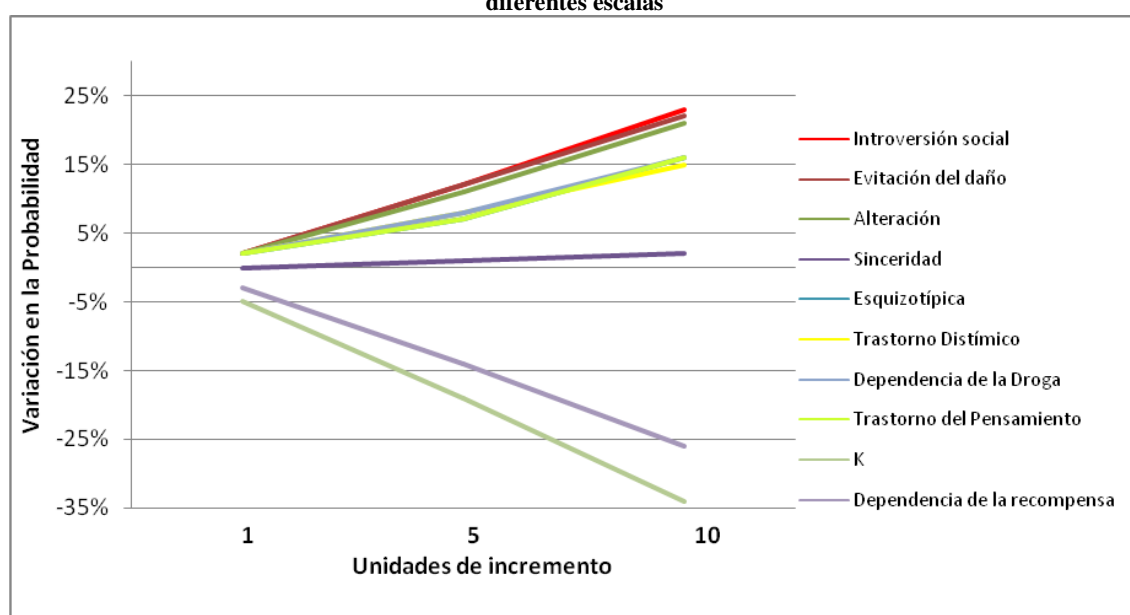
Tabla 54. Cambio de probabilidad en la presencia de TP según las variaciones en las puntuaciones de las diferentes escalas

Escalas *	Rango de la escala	Coeficiente	Odds			Probabilidad#		
			Unidades de incremento 1	5	10	Unidades de incremento 1	5	10
Aumentan la probabilidad de TP								
Introversión social	0-69	0,098	1,10	1,63	2,66	52%	62%	73%
Evitación del Riesgo	0-35	0,095	1,10	1,61	2,58	52%	62%	72%
Alteración	12-100	0,089	1,09	1,56	2,43	52%	61%	71%
Sinceridad	181-557	0,009	1,01	1,04	1,09	50%	51%	52%
Esquizotípica	0-121	0,067	1,07	1,34	1,95	52%	57%	66%
Trastorno Distímico	0-115	0,062	1,06	1,36	1,86	52%	58%	65%
Dependencia de la Droga	0-115	0,065	1,07	1,38	1,91	52%	58%	66%
Trastorno del Pensamiento	0-115	0,067	1,07	1,34	1,95	52%	57%	66%
Disminuyen la probabilidad de TP								
K	0-30	-0,164	0,85	0,44	0,19	45%	31%	16%
Dependencia de la recompensa	0-24	-0,114	0,89	0,56	0,32	47%	36%	24%

* A igualdad de valores en el resto de las escalas que constituyen el cuestionario

Suponiendo una probabilidad de TP del 0,5 en la población (50%)

Figura 7. Variación en la probabilidad de presencia de TP según las variaciones en las puntuaciones de las diferentes escalas



La conjunción de todos estos resultados que nos diferencian a los participantes con un diagnóstico positivo de TP respecto a aquellos que no lo presentan o que sólo cumplen algunos criterios parcialmente, la relevancia de algunas variables sociodemográficas y clínicas, la significación de diversas puntuaciones en determinadas escalas del MMPI-2, MCMI-II y TCI y la asociación de algunas escalas con dicho diagnóstico nos orientan a discutir y analizar estos resultados como explicamos a continuación.

DISCUSIÓN

VI. DISCUSIÓN

1. Estimación de la prevalencia de Trastornos de la Personalidad

El 39,4% de los participantes presentaban algún TP según los resultados en la entrevista IPDE. Al ser nuestra muestra una población psiquiátrica, podemos observar que en comparación con estudios previos, esta prevalencia no es de las mayores y no alcanza el 50% estimado por Zimmerman y colaboradores en muestras de pacientes psiquiátricos cuando se emplea una entrevista semiestructurada (Zimmerman *et al.*, 2008).

Estas diferencias pueden estar originadas en que casi un 15% de los participantes no presentaba patología del Eje I a diferencia de las muestras referidas por dichos autores. También podrían ser debidas a las diferentes entrevistas semiestructuradas empleadas, que fueron la PDE (Grilo *et al.*,1998), la SCID-II (Hummelen *et al.*,2006; Gutiérrez *et al.*, 2002;Oldham *et al.*, 1995),la DIP-I y la SIDP-IV (Marinangeli *et al.*, 2000; Fossati *et al.*, 2000) y la SIDP-III (Stangl D *et al.*, 1985).

Además, los diversos tamaños muestrales también podrían originar dichas diferencias. Éstos oscilan entre 79 participantes (Gutierrez *et al.*, 2002) y 129.286 participantes (Oldham y Skodol , 1991).

Los estudios referidos por Zimmerman se han realizado en poblaciones diferentes y estas las diferencias demográficas de las muestras podrían dar lugar también a las diferencias en la prevalencia de TP. Los participantes proceden de Estados Unidos (Grilo *et al.*,1998; Oldham *et al.*, 1995; Oldham y Skodol, 1991; Stang *et al.*, 1985) Suecia (Otosson *et al.*,1998), de Noruega (Hummelen *et al.*,2006; Dahl, 1986), de Italia (Marinangeli *et al.*, 2000; Fossati *et al.*, 2000) o de España (Gutierrez *et al.*, 2002).

Si comparamos nuestra prevalencia con la que ofrecen otros estudios realizados en España, empleando la entrevista IPDE y en población psiquiátrica, podemos observar que la prevalencia también difiere y oscila entre un 16% (Echeburúa, 2008) y un 62,9% (García Campayo *et al.*, 2007a). Estas diferencias pueden ser debidas a que estas muestras estén compuesta por sujetos que padecen todos la misma patología, como es el caso del estudio realizado por Marañón *et al.* (2007) que encontraron una prevalencia del 54,8% en una muestra compuesta sólo de personas con Trastornos por consumo de sustancias, o como el estudio de García Campayo *et al.* (2007a) en el que la prevalencia

fue aún mayor, del 62,9%, donde la muestra estaba compuesta sólo por 70 pacientes con Trastorno Somatomorfo.

En estudios en los que la muestra la componían sujetos con distintas patologías del Eje I, la prevalencia hallada ha sido menor, del 28,2% (García Campayo *et al.* 2007a) y el 16% (Echeburúa, 2008). Estas cifras son inferiores a las observadas en nuestro estudio, si bien el tamaño muestral también era menor que el nuestro, de 70 y 50 participantes, respectivamente.

1.1 Distribución de la muestra por Clusters y Trastornos de la Personalidad específicos

De forma general en nuestro estudio, los TP del Cluster C fueron los más frecuentes (77%), seguidos de los del Cluster B (20,3%) y del Cluster A (2,7%). En cuanto a la distribución por sexos, los TP del Cluster B fueron más frecuentes en mujeres (24,5%) que en varones (16%). Sin embargo en los TP del Cluster C fueron ligeramente más frecuentes en los varones (80%) que en las mujeres (75,5%). No es valorable el porcentaje de TP presentes en el Cluster A, pues sólo hubo un varón.

En cuanto a la distribución por sexos, en las mujeres se encontró una mayor prevalencia de TP Límite, Histriónico y de varios diagnósticos simultáneos, y en los varones de los subtipos de TP Paranoide, Antisocial, Narcisista, Evitativo, Obsesivo y No Especificado. Estos resultados coinciden parcialmente con los de otras investigaciones que observan una mayor frecuencia en los varones de TP Esquizoide, Antisocial, Narcisista y Obsesivo-compulsivo y las mujeres de los TP Límite, Dependiente e Histriónico (Paris, 2004; Pérez Urdániz, 2004; Morán *et al.*, 2000; Golomb *et al.*, 1995).

En nuestro estudio el TP No Especificado fue el más frecuente en ambos sexos (32,4%), seguido del Evitativo (22,9%) y del Obsesivo (13,5%). Si incluimos a los sujetos que presentan varios diagnósticos de TP, estos dos últimos TP, Evitativo y Obsesivo, elevarían su porcentaje a 27,02% y 17,56% respectivamente y el TP Límite aumentaría su frecuencia de 12,1% a 17,6%, igualando en proporción a la del TP Obsesivo.

Respecto al TP Límite, se observó que éste fue mucho más frecuente en mujeres (77,8%) que en varones (22,2%), en la línea de lo referido por Paris (2004) que también encuentra resultados similares a los nuestros.

La alta prevalencia del TP No Especificado confirma lo observado por Verheul *et al.* (2007) y por otros autores en estudios anteriores (Morán, 2006; Zimmerman *et al.*, 2005; Torgersen *et al.*, 2001) que también encontraron este diagnóstico como el más frecuente. Estos hallazgos vuelven a llamar la atención sobre la inespecificidad de los criterios diagnósticos de la DSM-IV tal y como explican Verhuel y sus colaboradores.

En el trabajo de de Zimmerman *et al.* (2005) se observó una mayor frecuencia del TP Evitativo, aunque sólo con una diferencia del 0,6% respecto al TP No Especificado. Estos resultados son similares a los obtenidos en nuestro estudio en el que el TP Evitativo fue el segundo subtipo más frecuente.

2. Características de la muestra de participantes con y sin trastorno de la personalidad.

En la tarea de caracterizar la muestra de participantes con TP según las variables clínicas y demográficas recogidas y analizar las posibles diferencias existentes entre ellos y los pacientes sin TP en estas variables, hemos de tener en cuenta que se trata de una muestra clínica, conformada por personas que acuden a un servicio de psiquiatría para valoración diagnóstica y orientación terapéutica de un cuadro de síntomas por el que están padeciendo ellas y/o sus familias u otras personas cercanas, como compañeros de trabajo, amigos y otros. Por tanto, hemos de considerar que el perfil psicopatológico de los pacientes podría estar generando un sesgo o modificando los resultados obtenidos en los cuestionarios.

Nuestra muestra estaba compuesta por una población joven (la edad media de los 188 participantes fue de 34,7 años), quizá porque eran las personas más predispuestas a colaborar gratuitamente en un proyecto de investigación, invirtiendo casi cinco horas en rellenar cuestionarios, contestar a 1052 preguntas por escrito y tolerar una entrevista de casi dos horas.

La mayoría de las participantes fueron mujeres (n=115), probablemente sea debido al hecho de haberse realizado la selección de los participantes en un departamento de psiquiatría. Es conocido que a dichos departamentos acuden a consultar más mujeres y existe una mayor prevalencia de las enfermedades mentales propias del Eje I en la mujer (Esteban-Vasallo *et al.*, 2009; Zender *et al.*, 2009).

2.1 Distribución por sexos

En nuestro estudio las mujeres presentaron una mayor frecuencia de diagnóstico de TP (42,6%) que los varones (34,2%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Nuestros hallazgos concuerdan con las conclusiones que se derivan de algunos estudios que afirman que la diferencia en la prevalencia de TP entre sexos no es concluyente (Lenzenweger, 2008; Torgersen *et al.*, 2001; Maier *et al.*, 1992; Reich *et al.*, 1989; Dahl, 1986).

No obstante, las diferencias por sexo en cuanto a la prevalencia de TP encontradas en nuestro estudio son similares a los hallazgos de estudios previos en los que se observó que el diagnóstico de TP de manera global, sin analizar por subtipos, se presentaba con mayor frecuencia en el sexo femenino (Zimmerman *et al.*, 2005; Pérez Urdániz, 2004; Grilo *et al.*, 1998), pero contradice lo hallado en otros análisis (Coid *et al.*, 2006; Samuels *et al.*, 2002) en los que los TP eran más frecuentes en hombres. Como se señaló antes, los resultados no son concluyentes y las diferencias observadas bien pueden ser atribuidas a diferencias en los estudios analizados, que diferían en el tamaño, características de los pacientes y del país de origen de las muestras.

Kantojarviy sus colaboradores (2006 y 2008) analizaron las diferencias existentes entre sexos en la distribución de TP específicos. Así, estos autores encontraron que los TP Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Narcisista y Obsesivo Compulsivo eran más frecuentes en los varones, mientras que los TP Límite, Evitativo y Dependiente eran más frecuentes en las mujeres. Esto coincide al menos parcialmente con lo encontrado en nuestro estudio, en donde a pesar de que el diagnóstico de TP fue más frecuente en las mujeres, los TP Paranoide, Antisocial y Narcisista fueron más frecuentes en los varones.

A la hora de explicar las diferencias entre nuestros resultados y los obtenidos en otras investigaciones, podemos pensar que tales diferencias se se puedan atribuir a las diferencias en la metodología de estudio utilizada, como el uso de una u otra entrevista diagnóstica como la SCID (Coid *et al.*, 2006; Maier *et al.*, 1992), la SIDP (Torgersen *et al.*, 2001) o la IPDE en nuestro caso. También podrían ser debidas a que el estudio se haya realizado en la población general como en varios estudios (Kantojarvi *et al.*, 2006; Coid *et al.*, 2006; Torgersen *et al.*, 2001; Maier *et al.*, 1992; Reich *et al.*, 1989) o en una muestra psiquiátrica como en otros (Grilo *et al.*, 1998; Dahl, 1986) o en el nuestro.

2.2 Edad de los sujetos

Cuando analizamos las diferencias en la edad en los diferentes grupos de TP según la entrevista IPDE, observamos que la edad de los sujetos con diagnóstico positivo de TP (35 años) fue superior a la que presentaban los sujetos que cumplían criterios parciales (34 años) o con diagnóstico negativo (32 años). Aunque esta diferencia no fue significativa estadísticamente. La mayor parte de los estudios consultados indican que las tasas de prevalencia de TP, sin considerar subtipos, disminuyen a medida que aumenta la edad (Pérez Urdániz, 2004). Esto parece ir contra de lo encontrado por nosotros, aunque las diferencias observadas son pequeñas y los tres grupos presentan un promedio de edad incluido en lo que puede considerarse etapa de adulto joven; probablemente una muestra más amplia y con mayor heterogeneidad en esta variable podría responder de forma más clara a esta cuestión.

2.3 Características sociodemográficas

Al caracterizar a la muestra de sujetos con TP según las variables demográficas recogidas encontramos que el perfil más frecuente en el grupo de sujetos que presentaban un TP era que fueran mujeres, solteras sin hijos, con uno o dos noviazgos previos, en torno a los 35 años de edad, con estudios universitarios, que habían terminado a tiempo sus estudios y habían ocupado ya cuatro o más puestos de trabajo, actualmente trabajaban, ocupaban el segundo lugar en la fratria, habían tenido tres o más lugares de residencia diferentes, sus padres estaban casados y eran de un nivel socioeconómico medio-bajo. No obstante, la distribución de estas variables sólo ofreció diferencias significativas con el grupo sin TP en las siguientes variables:

1. las personas con TP habían tenido un mayor número de puestos trabajo tras finalizar los estudios. Casi el 40% de los componentes del grupo Sí TP (38,6%) había tenido 4 ó más trabajos, frente al 23,5% del grupo con Criterios Parciales o el 9,5% del Grupo No TP. Estos datos son coherentes con lo ya conocido sobre las dificultades que presentan los sujetos con TP para mantener de forma estable un empleo (Phillips *et al.*, 2001) y, en consecuencia, con la mayor frecuencia en que se encuentran en el paro (Coid *et al.*, 2006; Pérez Urdániz, 2004). También estarían en concordancia con los resultados de algunos estudios que indican que la patología de la personalidad predice la

mala respuesta al tratamiento, cuando se evalúa la evolución del TP de acuerdo con la incorporación a nuevos trabajos y el mantenimiento de empleos (McMahon *et al.*, 2009). Todos estos factores podrían explicar los hallazgos obtenidos en nuestro estudio en los pacientes con TP.

Estos resultados apoyan el criterio del deterioro laboral de la clasificación DSM-IV-TR para el diagnóstico de TP (APA, 2004), no obstante, nuestros resultados podrían ser explicados por el hecho de que nuestra muestra estaba compuesta por personas muy jóvenes (media de edad=34,7), y actualmente es frecuente tener diferentes empleos al inicio de la vida laboral.

2. Los pacientes del grupo Sí TP habían tenido menos noviazgos en comparación con las personas sin TP y con aquellos que sólo cumplían algunos criterios diagnósticos. Así el 34% de ellos no había tenido ningún noviazgo frente al 9,8% del Grupo No TP y el 26,3% del Grupo de Criterios Parciales.

Podemos considerar que este hecho es congruente con las características psicopatológicas encontradas en los sujetos con TP que presentan rasgos de aislamiento, sus relaciones sociales suelen ser más problemáticas y no son capaces de responder de forma flexible y adaptativa ni a las demandas del entorno ni a los cambios ambientales o al curso normal de la vida (Phillips *et al.*, 2001). No obstante, esta asociación podría también estar relacionada con la alta prevalencia de TP Evitativo en nuestra muestra, pues es el tipo de TP con el que se relacionan más estos rasgos (APA, 2004).

También podríamos considerarlo en la misma línea que Whisman *et al.* (2007) que encontraron que algunos pacientes con TP tienen menos probabilidades de casarse y más riesgo de ruptura matrimonial o de lo referido en su trabajo por Chen *et al.* (2004) que observaron que presentar un TP en la adolescencia, se relacionaba con la existencia de conflictos de pareja en la edad adulta. También en este estudio los pacientes del Cluster B presentaban conflictos entre los 17 y 23 años mientras que, los del Cluster A y C lo hacían a partir de los 23 años. En el nuestro, se observó que los pacientes con TP habían tenido menos noviazgos. Este hecho probablemente esté en relación con sus características particulares de personalidad que, como se comentará más adelante, queda descrita en los cuestionarios. Así, rasgos que facilitarían este hecho serían los que se describen en la escala Introversión Social del MMPI-2, que se encontraba más elevada y con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo sin TP.

2.4 Características clínicas

Respecto a las características clínicas, el grupo Sí TP no había tenido más hospitalizaciones clínicas ni médicas que el grupo No TP, aunque la mayoría de los sujetos que integraba este grupo se encontraba ingresado en el momento de participar en el estudio. Consideramos que esta variable, ser un paciente ambulatorio o estar ingresado, podría ser un factor de confusión en los resultados obtenidos en los cuestionarios, al presuponer en las personas que se encontraban ingresadas mayor psicopatología o mayor gravedad. No obstante, además de que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos Sí TP, No TP y Criterios Parciales, tampoco se modificaron los resultados tras el ajuste por esta variable en los modelos multivariados. Probablemente este hallazgo esté relacionado con que uno de los criterios de exclusión del estudio era que, de acuerdo con la valoración de un especialista en Psiquiatría, la gravedad del episodio pudiera alterar el juicio del paciente e interferir en la ejecución de las pruebas. Así los pacientes más graves o con mayor psicopatología fueron excluidos del estudio.

La mayor parte de los sujetos con TP refería la presencia de algún acontecimiento desencadenante de su estado actual, tenía diagnósticos psiquiátricos previos, había seguido tratamiento farmacológico con ansiolíticos, eutimizantes y antidepresivos, pero no con neurolepticos, actualmente estaba siendo tratado con antidepresivos y ansiolíticos, había acudido al psiquiatra por iniciativa de otras personas, presentaba un buen cumplimiento terapéutico tanto farmacológico como psicoterapéutico, era fumador, no consumía alcohol ni drogas, hacía ejercicio físico regularmente, presentaba antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado, refería una dinámica familiar funcional, no tenía vida sexual activa, ni historia de abusos sexuales ni de maltrato físico ni psicológico, no había precisado cirugías previas ni padecido enfermedades no propias de la infancia y no había tenido accidentes que hubieran requerido hospitalización. Al comparar este perfil clínico con el de los sujetos sin TP, las diferencias sólo fueron en significativas las siguientes:

1. Los sujetos con TP bebían menos alcohol, lo cual no es coincidente con lo descrito en la literatura previamente (Fidel Kinori *et al.*, 2004; Phillips *et al.*, 2001). Este hecho puede ser debido al azar por el alto número de variables analizadas o a las diferencias en cuanto a la presencia de subtipos de TP, ya que la prevalencia de TP

antisocial en nuestra muestra fue muy baja y con frecuencia es este subtipo de TP el que presenta mayor comorbilidad con consumo de alcohol (Araluce, 2002).

También puede ser debido a la tendencia a minimizar el consumo que se presenta en la información referida por este tipo de pacientes que, en casos de consumo de sustancias, incluso a veces lleva a la negación de tal consumo en la respuesta a entrevistas (Araluce, 2002; Llópiz y De Vicente, 2000). Esto sería coherente con la elevación significativa en la escala del MCMI-II Dependencia de la Droga, que caracteriza a nuestros sujetos con TP, y que según Millon (1998), es útil para identificar a sujetos que no están dispuestos a admitir su problema.

2. Los pacientes del grupo Sí TP presentaban menos frecuentemente una vida sexual activa. Este dato podría estar relacionado con la mayor prevalencia de TP Evitativo en nuestra muestra, con la mayor frecuencia de soltería como estado civil en el grupo Sí TP o con el bajo deseo sexual entre mujeres que presentan ciertos rasgos de personalidad, tal y como afirman algunos autores (Hartman *et al.*, 2004).

No obstante, esto es contrario a lo afirmado por otros autores (Bouchard *et al.*, 2009) que consideran que debido a las características de algunos TP, especialmente del Límite, se da una mayor actividad sexual en las pacientes con TP. Sin embargo, en nuestra muestra la prevalencia del TP Evitativo era mayor que la del TP Límite, por lo que es más probable que se explique en relación a los rasgos evitativos de la personalidad y a las dificultades en el establecimiento de las relaciones interpersonales.

3. cuando de manera subjetiva respondieron acerca de su estatus socioeconómico, los sujetos con Criterios Parciales de TP (100%) y el Grupo Sí TP (74,2%) se consideraban pertenecientes a un nivel socioeconómico medio/bajo con más frecuencia que el Grupo No TP (54,2%). Esto se encuentra en concordancia con lo referido por Torgersen y colaboradores que observaron que los TP tienden a ser más frecuentes en los individuos solteros de clases sociales bajas del centro de la ciudad (Torgersen *et al.*, 2001), pero no coincide con lo hallado por Kantojarvi (2008) que no observó asociación entre la clase social baja y la presencia de TP. No obstante hay que tener en cuenta que en este estudio se justificó la ausencia de asociación por la ayuda económica que el Estado Finlandés suministra a personas de clase social baja para su desarrollo laboral y personal.

3. Comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de Trstorno de la Personalidad según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología psiquiátrica en el Eje I.

Al analizar la comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de TP según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología psiquiátrica en el Eje I, se esperaba encontrar una alta comorbilidad entre ambos Ejes.

La comorbilidad que encontramos en nuestra muestra entre Eje I y Eje II fue del 35,5%. Este valor estaría en la línea de lo observado por Kantojarvi *et al.* (2006) y Hasin *et al.* (2005). Si comparamos este resultado con estudios previos, observamos que no es de los valores más altos que se han encontrado. Los diferentes estudios han encontrado valores de comorbilidad que varían desde el 13,6% al 67,6% (Kelly *et al.*, 2007; Fassino *et al.*, 2004). Estas diferencias pueden ser debidas tanto a los diferentes tamaños muestrales de los estudios comparados, al instrumento empleado para diagnosticar TP o también al hecho de si el estudio se realizó en una patología del Eje I específica o en una muestra con diferentes diagnósticos del Eje I. No podemos comparar de manera directa nuestros resultados con ninguno de los hallados previamente, pues los que emplearon la IPDE para diagnosticar TP se diferenciaban del nuestro en el tamaño muestral o en que los sujetos presentaban únicamente alguna patología específica del Eje I y no varias como en el nuestro (García Campayo *et al.*, 2007a; Fernández-Montalvo *et al.*, 2006)

Nuestros resultados son más similares a los obtenidos por García Campayo y colaboradores, que aplicaron la IPDE a una muestra de sujetos con diferentes patologías del Eje I y encontraron una comorbilidad de un 28,2%, menor que la de este estudio, pero en una muestra más pequeña, con sólo 70 pacientes (García Campayo *et al.*, 2007b). Los otros estudios que han empleado la IPDE como instrumento diagnóstico de TP, lo aplicaron en patologías específicas como Trastornos por Somatización (García Campayo *et al.*, 2007a) o Alcohólicismo (Fernández-Montalvo *et al.*, 2006) y encontraron diferente comorbilidad entre Ejes I y II. En el estudio en pacientes con Trastornos por Somatización el porcentaje de comorbilidad fue del 62,9%, y en el de los Alcohólicos del 22%. Puede observarse, por tanto, que de los estudios que emplearon la IPDE, el nuestro muestra una comorbilidad intermedia entre ambos.

Respecto a las patologías específicas del Eje I, observamos que las más frecuentes en nuestra muestra fueron los Trastornos del Estado de Ánimo (52,1%)

seguidos de los Trastornos de Ansiedad (12,3%) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (12,3%), Trastornos por uso de Sustancias (9,6%), Esquizofrenia (5,5%), Trastornos Adaptativos (4,1%), Trastorno Obsesivo-Compulsivo (1,4%) y Trastorno Disociativo-Somatomorfo (1,4%). Nuestros resultados se encuentran en la misma línea que los obtenidos en un estudio epidemiológico realizado en una muestra con 43000 sujetos norteamericanos pertenecientes al “*National Epidemiologic Survey on Alcoholism and related Conditions*”. En este estudio, de 1411 sujetos que presentaban un episodio depresivo, el 37,9 % presentaba también un TP. Se trataba del mayor porcentaje de comorbilidad seguido de los Trastornos de Ansiedad (36,1 %) y el Tabaquismo (26 %) (Hasin *et al.*, 2005). También Zanarini *et al.* estudiaron una muestra de 290 pacientes con TP Límite. De éstos, el 75 % cumplía criterios para un Trastorno del Estado del Ánimo, el 60 % para un Trastorno de Ansiedad, el 34 % para Trastornos de la Conducta Alimentaria y el 19 % para Trastornos por Abuso de Sustancias (Zanarini *et al.*, 2004).

La mayoría de los participantes en el estudio (85,1%), independientemente del diagnóstico en el Eje II, presentaba una patología del Eje I. Esto era de esperar por ser una muestra recogida en un ámbito clínico, pero curiosamente, aunque se podría esperar que el 100% de los pacientes presentaran una patología del Eje I, el 14,4 % de las personas que accedieron a participar en el estudio y que habían acudido a un Departamento de Psiquiatría porque no se encontraban bien, no presentaban un diagnóstico del Eje I, sino un diagnóstico único de TP, de criterios parciales de TP o no presentaban ningún diagnóstico psiquiátrico específico.

De los sujetos con diagnóstico de TP, también el 85,1% presentaba una patología del Eje I, lo cual confirma la alta prevalencia de las enfermedades del eje I en las personas con TP encontrada en otros estudios (Zanarini *et al.*, 2004). Sin embargo, pero esta prevalencia no fue mayor que la del grupo Criterios Parciales (93,5%) y sí ligeramente superior a la del grupo No TP (82,9%). Por tanto, en contra de lo descrito por otros grupos de investigación (Hopwood *et al.*, 2007) no se encontró una mayor presencia de patología del eje I en el grupo Sí TP ni se encontraron diferencias respecto a la presencia de patología del Eje I en los diferentes grupos (Sí TP, No TP, Criterios Parciales). Si el estudio se hubiera realizado en otro ámbito (por ejemplo en un medio carcelario o en población general) probablemente no se hubiera encontrado una prevalencia de patología del Eje I tan elevada y además los subtipos de TP hallados serían diferentes.

Al analizar las variables clínicas y demográficas recogidas para observar si los pacientes con comorbilidad entre los Ejes I y II presentaban un perfil diferente al que mostraban los sujetos sin tal comorbilidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, de hecho el perfil clínico era muy similar el descrito anteriormente para el grupo sí TP.

Sí se apreció, por el contrario, que el porcentaje de consumidores de alcohol era más frecuente en el grupo con sólo TP (55,6%) que en el grupo con comorbilidad Eje I/II (32,7%), pero sin que esta diferencia fuera estadísticamente significativa. Este resultado pudiera ser debido a las limitaciones de nuestra muestra en su tamaño, al excesivo número de variables recogidas y a la existencia de valores faltantes en algunas variables, que se podría traducir en una pérdida de potencia estadística.

4. Comorbilidad existente entre el diagnóstico categorial de Trastornos de la Personalidad según la IPDE (Eje II) y el diagnóstico de patología médica (Eje III).

El 64,9% de los sujetos de la muestra presentaban además una patología del eje III con una mayor prevalencia entre las mujeres (67,5%) que entre los varones (61,6%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, sí que se encontraron diferencias significativas en la variable edad, así, los sujetos con diagnóstico en el Eje III eran más mayores (edad promedio de 36 años) que los que no lo presentaban (edad promedio de 31 años), lo cual era un resultado esperable por la mayor prevalencia de enfermedades del Eje III en edades superiores.

Aunque los sujetos con TP presentaban mayor prevalencia de patología del eje III (67,6%) que los sujetos sin TP (64,6%), no se encontraron diferencias significativas, lo cual contradice lo encontrado por otros autores que observaron un mayor deterioro de la salud física general en los pacientes con TP (Perseus *et al.*, 2006). Esta discrepancia puede ser debida que, a diferencia de aquellos estudios que muestran cómo los TP influyen en el desarrollo de algunas patologías del Eje III, en particular la epilepsia, la cefalea o las enfermedades cardíacas (De Araujo *et al.*, 2007; Moran *et al.*, 2007; Swinkels WAM *et al.*, 2005; Lake III *et al.*, 2005; Swinkels *et al.*, 2003), en este análisis no se ha empleado ningún instrumento que mida la influencia de los TP sobre la patologías específicas, sino únicamente la prevalencia. También el hecho de que nuestra muestra, en su conjunto, estaba compuesta por sujetos en la terera década de la vida,

edad que puede considerarse temprana para el desarrollo de muchas de las patologías incluídas en el Eje III.

Sin embargo, al estudiar la prevalencia de enfermedades del Eje III, distribuidas de acuerdo con la clasificación propuesta en el Eje III de la clasificación DSM-IV-TR, se observó que las enfermedades sanguíneas, las del sistema nervioso, las de ojos y anejos, oído y mastoides y sistema genitourinario, eran más frecuentes en el Grupo Sí TP. Las neoplasias, las del sistema circulatorio, sistema respiratorio, sistema digestivo, piel y tejido subcutáneo y musculoesqueléticas eran más frecuentes en el grupo Criterios Parciales. De estas diferencias sólo fueron significativas las siguientes:

1. Mayor frecuencia de enfermedades sanguíneas en el Grupo Sí TP (18,9%). Como refieren algunos autores (Kupper *et al.*, 2009; Messina *et al.*, 2008) las enfermedades de la sangre presentan cierta relación con determinadas características de la personalidad como el estrés y los rasgos depresivos y obsesivos.

2. Mayor frecuencia de enfermedades del sistema circulatorio en el grupo Criterios Parciales (18,4%) y Sí TP (8,1%) que en el grupo No TP (4,9%). Esta asociación se encuentra en consonancia con lo propuesto en la agenda de investigación para la formulación del DSM-V acerca de la posible relación existente entre la personalidad y la salud física, como por ejemplo la existente entre la hostilidad y el aumento de enfermedades cardiovasculares (First *et al.*, 2002); también otras revisiones confirman el impacto de los factores psicosociales en la patogénesis y expresión de las enfermedades cardiovasculares (Rozanski *et al.*, 1999).

Estos resultados están de acuerdo con lo observado por Moran y colaboradores que encontraron que los pacientes que presentaban resultados positivos para cualquier TP, presentaban también mayor número de infartos y enfermedades isquémicas cardíacas. Estos autores analizaron una muestra de 8580 sujetos entre 16 y 74 años en los que se investigó la presencia de TP con el cuestionario de *screening* SCID-II y se recogieron datos sobre afecciones cardíacas y diferentes variables tales como edad, sexo, clase social y antecedentes de hipertensión, diabetes, hábito tabáquico o alcoholismo. Los autores concluyeron que los rasgos disfuncionales de la personalidad tenían un papel importante en la etiología de las enfermedades cardiovasculares y que las personas con riesgo de padecer un TP, presentaban también un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (Morán *et al.* 2007). Este riesgo no era

explicado por posibles factores de confusión como podían ser las diferencias socioeconómicas o el estilo de vida. No obstante estos autores emplearon un cuestionario de *screening* que eleva notablemente la prevalencia de TP y este hecho debe ser tenido en cuenta a la hora de explicar los resultados obtenidos.

5. Expresión del diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad en los cuestionarios dimensionales

Tras establecer el diagnóstico categorial de Trastorno de la Personalidad a través de la entrevista diagnóstica semiestructurada *International Personality Disorder Examination* (IPDE), y su correlato en los cuestionarios dimensionales *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI-2), *Temperament and Character Inventory* (TCI) y *Millon Clinical Multiaxial Inventory II* (MCMI-II), abordamos la tarea de observar si los sujetos con diagnóstico categorial positivo de TP, según la entrevista IPDE, obtenían perfiles de personalidad en los cuestionarios dimensionales MMPI-2, TCI, y MCMI-II claramente diferentes a los sujetos con diagnóstico negativo.

En nuestro estudio se puede apreciar cómo los sujetos que categorialmente presentaban un TP mostraban un perfil dimensional claramente diferente de aquellos que se encontraban en la categoría No TP. Además, los sujetos que no estaban en la categoría Sí TP ni en la categoría No TP, sino que cumplían algunos criterios sin llegar al número preciso consensuado como punto de corte y que fueron categorizados como Criterios Parciales (Posible TP), presentaban un perfil dimensional intermedio entre los dos anteriores.

Esta diferenciación de los perfiles se produjo tanto para el MMPI-2 como para el MCMI-II y el TCI, y en todos los casos resultaron ser perfiles más patológicos los obtenidos por los sujetos con diagnóstico positivo de TP, tanto en la comparación de los tres grupos conjuntamente como en la comparación de los grupos dos a dos.

De forma global podemos considerar que este hallazgo era lo esperable y que es lógico que los pacientes que presentan un diagnóstico positivo de TP presenten también puntuaciones más patológicas en los cuestionarios específicamente diseñados para ello, como lo señalan varios autores (Widiger *et al.*, 2005a; Skodol *et al.*, 2005a).

Si tenemos en cuenta el hecho de que los cuestionarios que utilizamos evalúan tanto aspectos de la personalidad normales como aspectos patológicos, y que algunos de los cuestionarios también evalúan la presencia de alteraciones psicopatológicas,

podemos observar la capacidad que tienen los procedimientos dimensionales para mostrar diferencias tanto en el grado desadaptativo de las características de personalidad evaluadas como en la intensidad de los síntomas presentes.

A pesar de las diferencias en el diseño específico de cada cuestionario y la heterogeneidad entre los modelos empleados, queremos resaltar que la distribución de las puntuaciones que hemos encontrado en cada escala, a modo de *continuum* de acuerdo con la ausencia, presencia parcial de criterios o presencia completa de TP, puede ser indicativo de una gradación en la intensidad de los rasgos o síntomas que presenta el paciente. Esto indicaría en consecuencia, que existiría una variación cuantitativa –desviación excesiva- en los rasgos de personalidad evaluados a lo largo de un *continuum* que iría de la normalidad a la patología de la personalidad y que determinaría un perfil específico que representa al individuo concreto, con una descripción dimensional del mismo, sin necesidad de encuadrarlo en una categoría determinada (Widiger *et al.*, 2009; Lahortiga y Cervera, 2004; Westen *et al.*, 1999a; Westen *et al.*, 1999b) describiendo así sus diferencias individuales (Livesley, 2007).

El diagnóstico categorial que realizó la entrevista semiestructurada IPDE expresó tres niveles distintos que parecían correlacionarse con la descripción dimensional de TP que se obtuvo de los cuestionarios autoaplicados utilizados. Estos resultados apoyarían el concepto de dimensionalidad en el diagnóstico de TP (Widiger *et al.*, 2009; De Clercq *et al.*, 2009; Livesley, 2007; Widiger *et al.*, 2005a; Skodol *et al.*, 2005a; Verheul, 2005; Widiger *et al.*, 2005b; Bayón y Cañas de Paz, 2004; Lahortiga y Cervera, 2004; Westen *et al.*, 1999a; Westen *et al.*, 1999b; Heumann *et al.*, 1990) y serían un modo empírico de mostrar lo que de forma teórica proponen diversos autores sobre la necesidad de disponer de un diagnóstico categorial dicotómico y además una representación dimensional de las diferencias en la personalidad de los sujetos con TP (Oosthuizen *et al.*, 2008; Livesley, 2007).

En nuestro estudio, por tanto, podemos confirmar la hipótesis con la que postulábamos que los sujetos con diagnóstico positivo de TP presentarían los perfiles más patológicos.

Los resultados obtenidos apuntarían a la existencia de ciertos rasgos característicos de la personalidad de estos pacientes. En concreto y analizando los resultados de cada uno de los cuestionarios utilizados, los participantes con un diagnóstico categorial de TP quedarían caracterizados de la siguiente manera:

5.1. Caracterización de los sujetos con Trastorno de la Personalidad según el MMPI-2

Se ha encontrado que existían diferencias significativas entre los tres grupos (Sí TP, Criterios Parciales, No TP) en varias de las escalas de validez y clínicas del MMPI-2, cuya puntuación más patológica correspondía en todos los casos al grupo Sí TP. Estas diferencias se produjeron en las escalas K y F de validez y en las escalas clínicas Hipocondriasis, Depresión, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Introversión Social.

Se observó por tanto que el MMPI-2 sí diferenciaba a los tres grupos de participantes y que estas diferencias eran mayores entre los sujetos con TP y los sujetos sin TP.

Al comparar los grupos entre sí, pudimos observar que las diferencias fueron mayores entre el grupo Sí TP y el grupo No TP que en el resto de las comparaciones. Entre estos dos grupos, las diferencias se mantuvieron en todas las escalas anteriormente descritas (escalas F y K de validez y escalas clínicas Hipocondriasis, Depresión, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Introversión Social), en las que las diferencias eran más acusadas aún y con mayor nivel de significación estadística que en la comparación de los tres grupos conjuntamente.

Las diferencias fueron menores en número y en significación estadística cuando se compararon los perfiles de los grupos Sí TP y Criterios Parciales. Únicamente en la escala K de validez y en las escalas clínicas Paranoia, Psicastenia y Esquizofrenia, las puntuaciones eran más patológicas en el grupo Sí TP. Las diferencias fueron también pequeñas cuando se comparó el grupo Criterios Parciales con el grupo No TP; se obtuvieron puntuaciones más elevadas en el grupo Criterios Parciales en las escalas clínicas Depresión e Introversión Social. Este hecho parece subrayar nuevamente la capacidad del instrumento para detectar y poner de manifiesto diferencias en la intensidad de los síntomas y conductas patológicas evaluadas.

Si analizamos las características psicodiagnósticas diferenciales que se pueden deducir del perfil obtenido en el MMPI-2, observamos que, en las escalas de validez, el grupo Sí TP, presentaba respecto al grupo No TP, mayor elevación de la escala F de validez y disminución en la escala K. Esto nos hace deducir que el grupo Sí TP de nuestra muestra presentaba menor control sobre la expresión de los síntomas, es decir, mayor tendencia a mostrar los síntomas presentes, mayor inestabilidad emocional y una menor adaptación general (Nichols, 2002). Esto se encuentra en la línea de diversos

estudios (Schoenberg *et al.*, 2004) que mostraron que las escalas de validez del MMPI-2 estaban en relación con el diagnóstico de TP indicando la tendencia a la mayor expresión de la psicopatología e incluso una cierta exageración de los síntomas presentes, quizá como un método de petición de ayuda. Además, la elevación de la escala F se ha encontrado asociada a pacientes con TP (Gaston *et al.*, 1996), probablemente por la inestabilidad emocional y el déficit en la capacidad de adaptación que implica, y ha sido validada incluso como un factor pronóstico de patologías crónicas tales como los TP (Cukrowicz *et al.*, 2004).

En las escalas clínicas, el grupo Sí TP presentaba una elevación significativa en las escalas Hipocondriasis, Depresión, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia e Introversión Social respecto al grupo No TP, Esto nos informa de que los integrantes del grupo Sí TP presentaban una mayor tendencia a manifestar síntomas físicos como expresión de malestar emocional, mayor presencia de síntomas depresivos, mayor sensibilidad interpersonal, mayor tendencia a manifestar estrés a través de tensión y ansiedad, mayor desorganización cognitiva y mayor tendencia a la evitación social, o al menos una mayor tendencia a la introversión social (Nichols, 2002).

También podemos resaltar que algunas de las características clínicas que se asocian a una mayor elevación de estas escalas, como el bajo control de las expresiones sintomáticas, las dificultades en las habilidades interpersonales o las dificultades para el afrontamiento efectivo de los problemas, forman parte de los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad de la DSM-IV-TR, como patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se manifiesta en la cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos (APA, 2004).

La conjunción de las diferencias en las escalas F, K, Paranoia y Esquizofrenia, pueden sugerir que los miembros del grupo Sí TP presentaban mayor grado de malestar atribuido a factores externos, como indica Nichols (2002). Este hecho estaría en relación con lo indicado por Phillips *et al.*, (2000) acerca de la tendencia de los pacientes con TP a no atribuir a su personalidad el origen de sus problemas y a buscar en el exterior la causa de los mismos. De esta forma se perpetúa su malestar y se incrementan sus dificultades; la elevación significativa en la escala Paranoia podría corroborar este hecho.

Como vimos anteriormente, los sujetos del grupo Sí TP habían ocupado un mayor número de puestos de trabajo con diferencias estadísticamente significativas respecto a los otros dos grupos. Probablemente este hecho se encuentre en relación con

las características de personalidad que se infieren del perfil obtenido en el MMPI-2 por los pacientes con trastorno de la personalidad, lo cual concuerda con lo referido por Phillips *et al.* (2001) sobre las dificultades que presentan los sujetos con TP para mantener de forma estable un empleo.

Tras realizar los análisis de regresión logística, se observó que las variaciones de algunas escalas predecían la pertenencia al grupo con diagnóstico positivo de TP. Así, la obtención de puntuaciones bajas en la escala K de validez y de puntuaciones elevadas en la escala Introversión Social aumentarían la probabilidad de pertenecer al grupo Sí TP. De esta forma, por cada aumento en un punto la probabilidad disminuía en un 5% hasta el 45% en el caso de la escala K y aumentaba en un 2%, hasta el 52% en el caso de la Introversión Social.

Estos resultados difieren de los obtenidos por Kamphuis *et al.* (2008) que encontraron que era la escala Desviación Psicopática la que predecía la pertenencia al grupo TP. No obstante, existen entre ambas investigaciones algunas diferencias metodológicas, tales como que en el estudio de estos autores, el método de diagnóstico de TP fue con una entrevista clínica general no estructurada, la patología del Eje I únicamente era Trastorno por Uso de Sustancias o Episodio Depresivo y el análisis estadístico fue diferente; además, el TP Antisocial tenía una presencia notable en el estudio de Kamphuis y no así en el nuestro.

La obtención de estos resultados en el análisis de regresión logística, hablaría de una probabilidad incrementada de pertenencia al grupo Sí TP de aquellos sujetos con una autoestima más baja, unos recursos de afrontamiento más limitados, escasa habilidades interpersonales y sociales, y una tendencia a la introversión y a la evitación social, lo que va en la misma línea de lo señalado por (Nichols, 2002) para pacientes con TP.

No hemos encontrado ningún estudio que caracterice la muestra con este mismo método, ni por la comparación de pruebas diagnósticas ni por el análisis estadístico. No obstante, sí existen estudios que emplean la entrevista IPDE y el perfil obtenido en el MMPI-2 para determinar la prevalencia de TP como el realizado por Riesco *et al.* (1998). El 91 % de los pacientes estudiados presentaba uno o más TP y las escalas del MMPI que más frecuentemente estaban elevadas en estos pacientes eran: Desviación Psicopática, Paranoia y Esquizofrenia. Esta discrepancia en el tipo de escalas que más caracterizaban a la muestra, en la prevalencia de TP en general y de cada TP específico

sea debida probablemente al pequeño tamaño de la muestra (n=56) y a que ésta estaba formada sólo por personas ingresadas en centros penitenciarios.

En otro estudio Baillés *et al.* encontraron que las escalas que diferenciaban a los sujetos con TP de aquellos que no presentaban TP fueron Paranoia y Manía (Baillés *et al.*, 2004). No obstante pensamos que los estudios no son comparables porque esta muestra estaba compuesta de tan sólo 30 pacientes, que presentaban pseudocrisis epilépticas y que se diagnosticaron con la SCID DSM-III-R.

Observamos, por tanto, que el cuestionario MMPI-2 caracterizó de forma diferente a los diferentes sujetos con TP o sin TP, tanto en nuestro estudio como en otros (Baillés *et al.*, 2004; Riesco *et al.*, 1998; Hills *et al.*, 1995). Esto nos hace pensar de nuevo en que no se trata tanto de elegir entre un diagnóstico categorial, que simplemente informe de si el paciente tiene o no un TP, o un diagnóstico dimensional, pues habitualmente no son intercambiables (Morey *et al.*, 2006; Skodol, 2005a; Hills *et al.*, 1995). Probablemente sea necesario, y de mayor utilidad en la práctica clínica, disponer de un diagnóstico categorial y además, de una representación dimensional de las características diferenciales de la personalidad de cada sujeto con TP (Oosthuizen *et al.*, 2008; Livesley, 2007).

5.2 Caracterización de los sujetos con Trastorno de la Personalidad según el MCMI-II.

5.2.1 Variaciones en los Índices de Alteración

Con relación a los resultados en los Índices de Alteración, se observó que los tres grupos de pacientes (Sí TP/Criterios Parciales/No TP) presentaba una puntuación de 0 la escala de validez, lo que nos informa de que el cuestionario era válido para su interpretación (Millon, 1998); este resultado era esperable ya que los cuestionarios no válidos se retiraron del estudio.

El análisis univariante realizado proporcionó diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en tres de las escalas de Índices de Alteración: Alteración, Sinceridad y Deseabilidad. El grupo Sí TP era el que presentaba puntuaciones más patológicas.

De modo similar a lo ocurrido con el MMPI-2, al comparar los grupos entre sí, pudimos observar que las diferencias fueron mayores entre el grupo Sí TP y el grupo No

TP que en el resto de las comparaciones. Entre estos dos grupos las tres escalas mostraron diferencias estadísticamente significativas mientras que, en la comparación de los grupos Sí TP y Criterios Parciales, sólo dos escalas, Deseabilidad y Alteración, alcanzaron diferencias significativas y éstas fueron de menor intensidad. Menores aun fueron las diferencias encontradas al comparar a los grupos Criterios Parciales y No TP, que sólo se diferenciaron en las puntuaciones obtenidas en la escala Alteración.

La obtención de puntuaciones más elevadas en las escalas Alteración y Sinceridad y puntuaciones disminuidas en la escala Deseabilidad nos podría estar indicando que los sujetos del grupo Sí TP se expresan más abiertamente, sin ocultar sintomatología, pero parecen ofrecer una peor imagen de sí mismos o presentar una más baja autoestima. No muestran tendencia a ofrecer buena impresión y acentúan la expresión de su angustia y su vulnerabilidad emocional (Millon, 1998), al igual que pudimos observar en los resultados obtenidos en el MMPI-2 por estos mismos pacientes. También podría ser reflejo de lo que indican Grossman y Craig (1994), que caracterizan a los sujetos con TP como personas que carecen de mecanismos adecuados para salvaguardar su imagen personal. No obstante hay autores que postulan que esta conjugación de puntuaciones, que como explicábamos muestra que el sujeto parece ofrecer una peor imagen de sí mismos, podría expresar sufrimiento o sería una forma de pedir ayuda más que un intento intencionado de parecer enfermo (Choca y Van Denburg, 1998).

5.2.2 Variaciones en los Patrones Clínicos de Personalidad

Respecto a los Patrones Clínicos de Personalidad, también se encontraron que existían diferencias significativas entre los tres grupos en las escalas Esquizoide, Evitativa, Agresivo-Sádica, Pasivo y Autodestructiva, con puntuaciones más elevadas en el grupo Sí TP.

Al comparar los grupos entre sí, se pudo observar que las diferencias fueron más significativas entre el grupo Sí TP y el grupo No TP que en el resto de las comparaciones. Así, el grupo Sí TP obtuvo puntuaciones significativas más elevadas, y por tanto más patológicas, que el grupo No TP en las escalas Esquizoide, Evitativa, Agresivo-Sádica, Pasivo y Autodestructiva. Sin embargo, las diferencias del grupo Sí TP con el de Criterios Parciales fueron sólo en tres escalas: Evitativa, Pasivo y Autodestructiva y con menor significación estadística. Las diferencias no llegaron a

alcanzar en ningún caso el nivel de significación estadística en la comparación entre los grupos Criterios Parciales y No TP. Este hecho corrobora de nuevo la validez de un instrumento dimensional, en este caso el MCMI-II, para caracterizar la patología de la personalidad.

La obtención de puntuaciones más elevadas en estos Patrones Clínicos de la Personalidad, en concreto en las escalas Esquizoide, Evitativa, Agresivo-Sádica, Pasivo y Autodestructiva, podría relacionarse con una mayor tendencia de estos sujetos al aislamiento social, a presentar resentimiento y miedo al rechazo y por la existencia de dificultades en las relaciones con los demás, con un patrón que puede variar entre la sumisión la intensificación en la expresión de sus carencias y la hostilidad, el desafío o el empleo de la proyección como mecanismo de defensa (Millon T, 1998; Choca y Van Denburg, 1998).

5.2.3 Variaciones en los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad

Respecto a los Síndromes de Patología Grave de la Personalidad, se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en las tres escalas que lo componen: Esquizotípica, Límite y Paranoide.

Al comparar los grupos entre sí, se observó que las diferencias fueron mayores entre el grupo Sí TP y el grupo No TP que en el resto de las comparaciones, de nuevo con unas puntuaciones superiores para el grupo que cumplía criterios completos de TP. Sin embargo las diferencias entre el grupo Sí TP y el grupo Criterios Parciales fueron sólo en dos de las escalas, Esquizotípica y Límite, y con menor significación estadística. Al comparar el grupo Criterios Parciales con el grupo No TP, sólo las diferencias en la escala Esquizotípica fueron significativas.

Esto puede estar en relación con la mayor tendencia al aislamiento, la suspicacia y la impulsividad que apuntan en su revisión Choca y Van Denburg (1998), para los pacientes con TP. De nuevo se ponen de manifiesto las dificultades en las relaciones interpersonales por el distanciamiento y desconfianza con los demás, ambivalencia e inestabilidad (Millon T, 1998)

5.2.4 Variaciones en los Síndromes Clínicos

Todos los Síndromes Clínicos que componen el cuestionario MCMI-II, a excepción de Hipomanía, ofrecieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos siendo el promedio de puntuación más elevado, en todos los casos, el del grupo con criterios completos de TP. El hecho de que sea la Hipomanía la escala en la que no encontremos diferencias, puede estar en relación con la alta prevalencia de Trastornos Depresivos en los tres grupos.

Al comparar los grupos entre sí, las mayores diferencias se observaron entre el grupo Sí TP y el grupo No TP que en el resto de las comparaciones. Las diferencias entre estos dos grupos se mantuvieron en todas las escalas. En la comparación entre el grupo Sí TP y el grupo Criterios Parciales, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, mientras que la comparación entre los grupos Criterios Parciales y No TP, sólo mostró diferencias significativas para las escalas Ansiedad, Trastorno Somatoforme y Trastorno Distímico.

Como indican Choca y Van Denburg, estas diferencias podrían estar en relación con la tendencia de los sujetos a presentar mayor patología de tipo Distímico y problemas relacionados con el uso de sustancias (Choca y Van Denburg, 1998). Este hecho se justificaría por la alta prevalencia de trastornos depresivos entre nuestros participantes, aunque esta prevalencia fue alta en los tres grupos y no mostraba diferencias significativas entre ellos. Por tanto, parece que las personas del grupo Sí TP, más que las del grupo No TP, tenían una mayor tendencia al bajo estado de ánimo. No obstante, también podríamos pensar que la elevación de estas escalas expresa una mayor tendencia a comunicar sus sentimientos de discomfort y tristeza, lo que estaría en relación con lo obtenido en las escalas de validez de este test y en las del MMPI-2.

Aunque según algunos autores (Hopwood *et al.*, 2007) los sujetos con TP presentan una mayor tendencia a presentar patología en el Eje I y de acuerdo con Millon los patrones de personalidad se encuentran en relación con síntomas propios de patologías del Eje I (Millon T, 1998), en nuestra muestra no fue así, pues los tres grupos presentaban una alta prevalencia de patologías del Eje I y sin diferencias significativas. Probablemente, como decíamos antes, sea debido a la alta prevalencia de Trastornos del Estado del Ánimo en los tres grupos.

5.2.5 Variaciones en los Síndromes Graves de la Personalidad.

Se encontraron de nuevo diferencias significativas entre los tres grupos en las tres escalas de los Síndromes Graves de la Personalidad, siendo las puntuaciones promedio más elevadas en el grupo Sí TP.

Al comparar los grupos entre sí, se observó que las diferencias fueron mayores entre el grupo Sí TP y el grupo No TP y se presentaron para dos de las tres escalas: Trastorno del Pensamiento y Depresión Mayor.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Sí TP y el grupo Criterios Parciales, y al comparar el grupo Criterios Parciales con el grupo No TP, las diferencias se presentaron nuevamente en Trastorno del Pensamiento y Depresión Mayor. Este hallazgo resulta sorprendente respecto a los obtenidos hasta ahora, en el sentido de que el grupo Sí TP y el de Criterios Parciales parecieron tener más diferencias en las puntuaciones obtenidas que las halladas entre el grupo Criterios Parciales y el grupo No TP.

En cuanto al valor interpretativo de estos resultados la escala Trastorno del Pensamiento indicaría que estos sujetos presentan actitudes de desconfianza, suspicacia y deseos de aislamiento, lo cual es coherente con la elevación de escalas anteriormente vista. La elevación de la escala Depresión Mayor informaría de sintomatología de tipo depresivo y se asociaría con un patrón de personalidad tímido, introvertido y quejumbroso (Millon T, 1998; Choca y Van Denburg, 1998)

A modo de resumen puede decirse que el MCMI-II fue capaz de diferenciar a los tres grupos de participantes y que estas diferencias fueron mayores entre el grupo Sí TP y el grupo No TP. De esta forma, el grupo Sí TP se caracterizó por mayores puntuaciones en las escalas Alteración, Sinceridad, Esquizoide, Evitativa, Agresivo-Sádica, Pasivo, Autodestructiva, Esquizotípica, Límite, Paranoide, Ansiedad, Trastorno Somatomorfo, Trastorno Distímico, Dependencia de Alcohol, Dependencia de Droga, Trastornos del Pensamiento, Depresión Mayor y menores puntuaciones en la escala Deseabilidad.

En el análisis de regresión logística realizado a cada subgrupo de escalas, se encontró que las variaciones en las puntuaciones de algunas escalas predecían la pertenencia al grupo Sí TP. Estas escalas fueron: Alteración, Sinceridad, Esquizotípica, Trastorno Distímico, Dependencia de la Droga y Trastorno del Pensamiento. La

probabilidad de pertenecer al grupo Sí TP por cada punto más en estas escalas aumentaba en un 2%, de forma que que aumentaba hasta el 52%.

Algunas escalas del MCMI-II tales como Esquizotípica, Trastorno Distímico, Dependencia de la Droga y Trastorno del Pensamiento hacen referencia a determinadas características relativas a sintomatología propia del Eje I. En nuestro estudio dichas escalas predicen la presencia de un TP. Esto estaría en concordancia con estudios que afirman que es la psicopatología propia de un trastorno del Eje I la que repercute en el establecimiento de un diagnóstico de TP (Franco *et al.*, 2004; First *et al.*, 2002; Ferro *et al.*, 1998; Johnson *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 1997; Stuart *et al.*, 1992; Svrakic, 1991) indicando que son los síntomas del Eje I los que favorecen el diagnóstico de TP. Por tanto iría en contra de lo afirmado en otros estudios que observan que la presencia de enfermedades del Eje I tendría una influencia muy ligera y no significativa en el cambio de los rasgos de los TP (Ferro *et al.*, 1998) y de otros que afirman que el diagnóstico de un TP es independiente de los síntomas propios del Eje I (Lenzenweger *et al.*, 2004; Loranger *et al.*, 1991).

5.3 Caracterización de los sujetos con Trastornos de la Personalidad según el TCI

Cuando procedimos a analizar los resultados obtenidos por nuestros participantes en el cuestionario TCI, se hallaron diferencias significativas entre los tres grupos en varias de las escalas y subescalas del Temperamento y del Carácter.

De esta manera, los tres grupos se diferenciaban en las puntuaciones obtenidas en las escalas Evitación del Riesgo y Persistencia de las escalas del Temperamento, mientras que en las del Carácter, se diferenciaban en las de Autodirectividad y Cooperatividad.

Al comparar los grupos entre sí, se observó que las diferencias eran mayores entre el grupo Sí TP y el grupo No TP que en el resto de las comparaciones, siendo la puntuación promedio más elevada para el grupo Sí TP. Entre estos dos grupos, las diferencias se encontraban sólo en puntuaciones más elevadas en Evitación del Riesgo en las escalas del Temperamento. Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en la comparación global, no había diferencias en la Persistencia.

En las escalas del Carácter, el grupo Sí TP presentó puntuaciones más elevadas en las escalas Autodirectividad y Cooperatividad. Esto confirma de nuevo que los

sujetos con TP muestran en el TCI perfiles claramente distintos de aquellos sin TP (Fassino S. *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2003; Gutiérrez *et al.*, 2002). Estos resultados estarían en la línea de los hallazgos de diferentes estudios en los que se han comparado los perfiles del TCI en sujetos con o sin TP y que han concluido que el TCI es un instrumento válido para el *screening* y el diagnóstico de los TP (Gárriz *et al.*, 2009).

Al comparar los grupos Sí TP y Criterios Parciales, se mantuvieron las diferencias en las mismas escalas que en la comparación entre los tres grupos, esto es en las escalas Evitación del Riesgo y Persistencia del Temperamento y en las escalas Autodirectividad y Cooperatividad del Carácter, aunque con menor significación estadística.

Menores aun fueron las diferencias al comparar el grupo Criterios Parciales con el grupo No TP, que sólo se diferenciaron en las puntuaciones obtenidas en la escala Persistencia del Temperamento.

De acuerdo con algunos autores (Bayón y Cañas de Paz, 2004; Cloninger, 2000; Mateos y de la Gándara, 2001; Bayón *et al.*, 1996; Svrakic *et al.*, 1993; Cloninger *et al.*, 1993), encontrar puntuaciones bajas en las dimensiones de Autodirectividad y Cooperatividad, define las características nucleares de todos los TP. Estos pacientes mostrarían poca capacidad para afrontar la vida, inseguridad en sí mismos, disminución de su capacidad de adaptar su comportamiento de acuerdo con los objetivos y valores propuestos y del sentimiento de pertenencia a la sociedad y de la empatía y una menor inclinación a ayudar a los demás (Cloninger, 2004). Al igual que en otros estudios (Richter *et al.*, 2009; Conrad *et al.*, 2007; Fassino *et al.*, 2004; Gutiérrez *et al.*, 2002), en el nuestro también son éstas escalas las que diferencian a los pacientes con TP de los que no lo padecen.

Esto incluso ha llevado a algunos autores a considerar que las puntuaciones en estas escalas podrían ser utilizadas como test de cribado para el diagnóstico de TP y como medida de la gravedad de la patología de la personalidad (Bayón y Cañas de Paz, 2004; Cloninger, 2000; Mateos y de la Gándara, 2001).

Cloninger propone realizar primero un test de cribado para diagnosticar la presencia de un TP, basándose en las escalas del Carácter, principalmente Autodirectividad y Cooperatividad. Estas escalas nos informarían de la madurez de la persona. Después se podría diferenciar los TP según un análisis de regresión de las escalas del Temperamento (Cloninger, 2000). De modo similar al modelo teórico que propone Cloninger (diagnosticar los TP en dos pasos) nosotros realizamos un análisis de

regresión logística tras haber identificado a las personas con TP mediante el diagnóstico categorial con la entrevista semiestructurada IPDE.

Aunque en nuestro estudio el análisis de regresión logística empleado se realizó sobre todas las escalas y no sólo sobre las de Temperamento, los resultados mostraron que puntuaciones elevadas en la escala Evitación del Riesgo y puntuaciones disminuidas en la escala Dependencia de la Recompensa predecían la presencia de un TP.

Así, en la escala Evitación del Riesgo que varía entre 0 y 35 puntos, un aumento en un punto, aumentaría un 2% la probabilidad de pertenecer al grupo Sí TP. Respecto a la escala Dependencia de la Recompensa, que varía entre 0 y 24 puntos, un aumento en un punto disminuiría la probabilidad de tal pertenencia un 3%.

Pero no sólo fueron las bajas puntuaciones en Autodirectividad y Cooperatividad las que caracterizaron al grupo Sí TP en nuestra muestra, sino también la obtención de altas puntuaciones en Evitación del Riesgo. Sin embargo, y como hemos explicado anteriormente, en el análisis multivariante, las escalas cuyas variaciones aumentarían la probabilidad de padecer un TP, serían las escalas Evitación del Riesgo y Dependencia de la Recompensa.

Esto estaría en concordancia con lo afirmado por Richter *et al.* (2009) que consideran que puntuaciones extremas en Evitación del Riesgo indican vulnerabilidad para padecer un TP. De esta forma, de modo similar a lo que ocurre en nuestro estudio, una persona con bajas puntuaciones en Autodirectividad y Cooperatividad, que definen un carácter inmaduro, tendría mayor o menor probabilidad de padecer un TP según las puntuaciones que obtuviera en las escalas del Temperamento Búsqueda de Novedades, Evitación del Riesgo y Dependencia de la Recompensa. En nuestra muestra las variaciones en estas dos últimas, Evitación del Riesgo y Dependencia de la Recompensa, son las que se asocian con una mayor probabilidad de pertenecer al grupo Sí TP frente al No TP. Estos resultados apoyan la utilidad de disponer de un diagnóstico dimensional que matice los rasgos y características de la personalidad de un sujeto en combinación con un diagnóstico categorial que indique claramente la presencia o ausencia de un TP (Richter *et al.*, 2009).

Aunque parece haber acuerdo entre los autores en que el TCI es un instrumento válido para detectar a pacientes con TP, existen claras discrepancias respecto a qué escalas concretas del instrumento detectan mejor la existencia de un TP (Richter *et al.*, 2009; Ha *et al.*, 2007; Conrad *et al.*, 2007; Farabaug *et al.*, 2005; Fassino *et al.*, 2004;

Karwautz *et al.*, 2003; Gutiérrez *et al.*, 2002; Mulder *et al.*, 1999; Bayón *et al.*, 1996; Cloninger *et al.*, 1993).

Esto puede ser debido a diferencias metodológicas tales como tamaño de la muestra, características de la patología del Eje I que presentan los participantes, método empleado para diagnosticar el TP o del análisis estadístico empleado. Los hallazgos que más frecuentemente se han asociado a la existencia de TP han sido la obtención de puntuaciones elevadas en Evitación del Riesgo (Fassino *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2003; Gutiérrez *et al.*, 2002) y en Autotrascendencia (Fassino *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2003) y puntuaciones disminuidas en Autodirectividad (Ha *et al.*, 2007; Fassino *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2003; Gutiérrez *et al.*, 2002), Cooperatividad (Fassino *et al.*, 2004; Gutiérrez *et al.*, 2002), Persistencia (Fassino *et al.*, 2004; Gutiérrez *et al.*, 2002) y Dependencia de la Recompensa (Fassino *et al.*, 2004).

De modo similar a lo observado por Richter *et al.* (2009) y a diferencia de lo encontrado por Fassino *et al.* (2004), observamos puntuaciones ligeramente disminuidas en la escala Búsqueda de Novedades en el grupo Sí TP, , aunque sin que llegaran a alcanzar el nivel de significación estadística. No obstante, sí se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones disminuidas de la subescala Rigidez Estoica vs Excitabilidad Exploratoria, de la escala Búsqueda de Novedades. Este hecho podría informar acerca de la inflexibilidad de la persona con TP para afrontar las situaciones vitales y las relaciones interpersonales (Mateos y de la Gándara, 2001).

Nuestros resultados parecen corroborar también los obtenidos por otros estudios (Richter *et al.*, 2009; Fassino *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2003; Gutiérrez *et al.*, 2002) que han encontrado que los pacientes con TP se caracterizaban por altas puntuaciones en la escala Evitación del Riesgo. Esta dimensión se ha relacionado con medidas de ansiedad cognitiva, depresión, hostilidad y baja autoestima (Bayón y Cañas de Paz, 2004) o puede indicar también inhibición o supresión de conductas, con cautela y anticipación de problemas futuros, lo que resultaría congruente con el significado de la subescala anteriormente referida.

Esto sugiere, de acuerdo con las propuestas de varios autores (Richter *et al.*, 2009; Nestadt *et al.*, 2008), que la expresión y presencia de los TP dependen más de un perfil de dimensiones de la personalidad y que no es sólo un único dato, una escala o una sola dimensión lo que permite señalar la presencia de un TP.

El hecho de que la Evitación del Riesgo se encuentre elevada en nuestra muestra, coincide con lo encontrado por otros autores (Fassino *et al.*, 2004; Karwautz

et al., 2003; Gutiérrez *et al.*, 2002) que asocian esta escala del TCI a la presencia de TP en general. No obstante, también hay estudios, al igual que ocurre en este trabajo, que observan que esta elevación se relaciona principalmente con los TP del grupo C (Ha *et al.*, 2007; Conrad *et al.*, 2007; Farabaug *et al.*, 2005; Mulder *et al.*, 1999; Ball *et al.*, 1997; Svrakic *et al.* 1993).

De modo similar a lo observado por Fassino *et al.* (2004), nuestros pacientes con diagnóstico categorial de TP, se caracterizaban por presentar bajas puntuaciones en la escala Dependencia de la Recompensa. Este hecho ha sido relacionado con la presencia de TP del Clúster A (Ha *et al.*, 2007; Conrad *et al.*, 2007; Farabaugh *et al.*, 2005; Mulder *et al.*, 1999; Svrakic *et al.* 1993) lo cual no coincide con nuestros resultados en los que la presencia del Clúster A es muy baja.

Bayón *et al.*, (1996) observaron que la obtención de altas puntuaciones en la escala Esquizotipia del MCMI-II se relacionaba con la presencia de elevadas puntuaciones en Evitación del Riesgo y bajas puntuaciones en Dependencia de la Recompensa, en los pacientes con TP, de modo similar a lo que hemos obtenido en el análisis de regresión logística de nuestros resultados. También estos autores observaron que elevaciones en las puntuaciones de las escalas Trastorno del Pensamiento y Delirio Psicótico del MCMI-II se asociaban con bajas puntuaciones en las escalas Autodirectividad y Cooperatividad del TCI, de modo similar a lo que observamos en nuestro estudio, aunque nosotros no hemos analizado estadísticamente esta relación entre los distintos cuestionarios.

Como dijimos anteriormente, encontramos que la presencia de puntuaciones disminuidas en la escala Dependencia de la Recompensa estaba asociada a la presencia de TP. Esto ha sido asociado a la presencia de TP del Clúster A en otros estudios (Battaglia *et al.*, 1996; Christodoulou *et al.* (1999), sin embargo en nuestro estudio esto no puede ser explicado por este motivo, pues la prevalencia de TP propios del Clúster A es muy baja. Probablemente podamos atribuir la elevación de la escala Evitación del Daño a las características de ansiedad social de nuestros participantes, situación que otros autores también han encontrado asociado a esta escala (Svrakic *et al.*, 1993, Ball *et al.*, 1997, Ha *et al.*, 2007) y que en nuestro caso estaría relacionada con la alta prevalencia del TP Evitativo y de los Trastornos de Ansiedad en el Eje I.

Esta explicación se reforzaría al observar que en ninguno de los análisis estadísticos que realizamos obtuvimos diferencias significativas en la escala Autotrascendencia. Porque encontrar elevadas puntuaciones en la escala

Autotrascendencia, en sujetos con baja Autodirectividad y Cooperatividad como ocurre en nuestro estudio, han sido relacionadas por algunos autores (Bayón *et al.*, 1996) con la predisposición a padecer síntomas psicóticos. Así, en nuestra muestra, los sujetos presentaban baja Autodirectividad y Cooperatividad, pero no se diferencian en la Autotrascendencia. Por tanto las bajas puntuaciones en Dependencia de la Recompensa serían más atribuibles a características de ansiedad que a la predisposición a padecer síntomas psicóticos.

Según la teoría de Cloninger, las dimensiones del Temperamento se corresponden con los impulsos emocionales básicos y están relacionadas con el grado de activación o inhibición de la persona y con el mantenimiento del comportamiento ante una situación determinada (Cloninger, 2004). Si analizamos en nuestro estudio el comportamiento de estas dimensiones, las personas con TP estarían caracterizadas por un Temperamento rígido, pesimista, poco perseverante y con tendencia a evitar las situaciones que le incomodan. Por otra parte el Carácter, que según el autor se refiere al conjunto de características de personalidad que se estructuran a lo largo del desarrollo por mecanismos de aprendizaje, en nuestros pacientes con TP, estaría caracterizado por inmadurez, falta de confianza en sus capacidades, dudas de identidad, baja autoestima, poca capacidad de adaptación, intolerancia, con poco interés por los demás a los que culpan, junto con las circunstancias, de sus problemas (Cloninger, 2004).

La anterior interpretación de la psicopatología que se expresaría en nuestros pacientes con TP, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas, estaría en concordancia con lo afirmado por Livesley (2008) y por Svračić (2008) que postulan que habría que definir la personalidad y sus trastornos independientemente de los rasgos subyacentes y hacerlo más bien según la capacidad de adaptación del individuo. O como afirma Wakefield (2008), el TP radicaría en la incapacidad del individuo para incorporar la inflexibilidad de sus rasgos de personalidad o de sus conductas como parte de la solución o como medio adaptativo a las demandas de la vida.

A modo de resumen, tras estudiar, analizar y discutir los resultados de nuestro estudio se observó que aproximadamente un 40% de los participantes presentaban un TP, en su mayoría (77%) del Clúster C. El perfil era el de personas jóvenes y en su mayoría mujeres, que acudieron a recibir ayuda psiquiátrica por sintomatología propia del Eje I.

Este grupo de sujetos que presentaba una alta comorbilidad con patologías del Eje I y del Eje III se diferenciaba claramente de aquellos que no presentaban un TP y de aquellos que sólo cumplían los criterios diagnósticos parcialmente. Las diferencias se dieron tanto en sus características sociodemográficas y clínicas, como en las puntuaciones obtenidas en las escalas de los cuestionarios autoaplicados que completaron.

La expresión de los rasgos de personalidad a través de los cuestionarios muestra que es posible realizar una evaluación dimensional de la personalidad que describa y caracterice de forma diversa a aquellos sujetos con o sin TP.

CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

1. Los participantes con diagnóstico categorial positivo de TP, según la entrevista semiestructurada IPDE, obtuvieron perfiles de personalidad en los cuestionarios dimensionales TCI, MMPI-2 y MCMI-II claramente diferentes a los sujetos con diagnóstico negativo. Los perfiles resultaron más patológicos en el caso de los sujetos con diagnóstico positivo de TP.

2. Existió una alta comorbilidad entre el diagnóstico clínico de patología psiquiátrica del Eje I y del Eje II.

3. Los pacientes con patología del Eje II presentan un perfil sociodemográfico diferente de aquellos que no presentaban dicha patología. En concreto, el grupo con TP presentó un menor consumo de alcohol, menor número de noviazgos, más puestos de trabajo diferentes, mayor frecuencia de estatus socioeconómico medio-bajo y menor vida sexual activa.

4. Los pacientes con comorbilidad entre los Ejes I y II no presentaron un perfil sociodemográfico diferente al que mostraron los sujetos sin tal comorbilidad.

5. Existió una mayor prevalencia de patología del Eje III en el grupo de participantes con patología del Eje II, que en el de aquellos sin esta patología.

6. Existe una combinación de puntuaciones en las escalas en cada uno de los cuestionarios dimensionales TCI, MMPI-2 y MCMI-II, capaz de diferenciar, de manera significativa, al grupo de participantes con un diagnóstico positivo de TP según la entrevista IPDE. En concreto, en el MMPI-2 el grupo con diagnóstico positivo de TP se caracteriza por la presencia de puntuaciones bajas en la escala K y puntuaciones elevadas en la escala Introversión Social. En el TCI, por puntuaciones disminuidas en la escala Dependencia de la Recompensa y puntuaciones elevadas en la escala Evitación del Riesgo y en el MCMI-II, por la existencia de altas puntuaciones en las escalas Alteración, Sinceridad, Esquizotipia, Depresiva, Dependencia de la Droga y Trastorno del Pensamiento.

LIMITACIONES

VIII. LIMITACIONES

Aunque ya se han ido explicando a lo largo del texto, queremos reflejar que este estudio presenta algunas limitaciones que es conveniente tenerlas en consideración a la hora de aconsejar interpretar los resultados obtenidos. Las limitaciones más importantes son las siguientes:

- el tamaño de la muestra, aunque suficiente para realizar los análisis previstos, no es muy grande y nos permite aplicar los resultados a nuestra población, pero no extrapolarlos a la población general o, en todo caso, hacerlo con mucha cautela;
- los participantes eran personas que acudían a un servicio de psiquiatría y esto podría estar favoreciendo que diversos síntomas propios de una patología del Eje I se confundieran con la patología propia de la personalidad. Esta posibilidad se ha tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados y se ha comentado previamente;
- no realizamos una selección aleatorizada de los participantes y esto podría favorecer que la muestra no fuera representativa, pero también podríamos considerar que quizá por esto mismo es una muestra más representativa y más cercana a la realidad cotidiana en la que trabajan los clínicos;
- el diagnóstico de la patología psiquiátrica del Eje I fue recogido de la historia clínica de los participantes, que había sido realizada por diferentes psiquiatras. No se siguió por tanto una entrevista semiestructurada que permitiera realizar los diagnósticos de una manera homogénea, aunque tal diagnóstico fue llevado a cabo por un especialista en psiquiatría y revisado conjuntamente en los casos dudosos, por uno de los miembros del equipo de investigación;
- en el cuestionario de variables sociodemográficas (Anexo V) que debía ser completado por los participantes se perdieron algunos datos, probablemente debido al cansancio del paciente, pues era el último que se les pedía que completaran. Aunque se intentaron completar con datos de la historia clínica y se realizó un envío por correo postal solicitando a los participantes que lo rellenaran y devolvieran de nuevo, en algunos casos no se llegaron a completar y es por ello que, en algunos análisis no se alcanzó la potencia estadística suficiente para incluirlos en el estudio;
- el excesivo número de variables analizadas pudiera llegar a favorecer que se den asociaciones estadísticas generadas por azar;
- fue necesario emplear el TCI y el MCMI-II, en lugar del TCI-R y del MCMI-III, porque en el momento de diseñar el estudio no contábamos con las versiones de estas pruebas en castellano validadas;

- en los análisis se ha considerado la presencia de cualquier TP, sin diferenciar por subtipos. Esto puede estar generando un sesgo ya que la expresión de rasgos y psicopatológica difiere en cada subtipo, pero responde a la realidad de los pacientes atendidos en nuestro Departamento.

BIBLIOGRAFÍA

IX. BIBLIOGRAFÍA

Alnaes R, Torgersen S. Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 95:336-342.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^a ed.). Washington, D.C.,1980.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth ed. Text Revision). American Psychiatric Association. Washington, D.C.,2004.

Amen DG, Stubblefield M, Carmicheal B, Thisted R. Brain SPECT findings and aggressiveness. *Ann Clin Psychiatry.* 1996;8:129-37.

Anderson SW, Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nat Neurosci.* 1999;2:1032-1037.

Araluce Iturbe KJ. Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica en toxicomanías. Patología o Trastornos duales. En: Iraurgi Castillo I y González Saiz F (Editores). Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Barcelona: Aula Médica;2002.p207-234.

Asarnow RF, Nuechterlein KH, Fogelson D, Subotnik KL, Payne DA, Russell AT, Asamen J, Kuppinger H, Kendler KS. Schizophrenia and Schizophrenia-Spectrum Personality Disorders in the First-Degree Relatives of Children With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.*2001;58:581-588.

Avila A. MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual. Madrid: TEA; 1998.

Baca Baldomero E y Roca Bennasar M. Personalidad y trastorno de la personalidad: historia y evolución de los conceptos. En: Roca Bennasar M. (Coordinador) Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Masson; 2004. p.3-33.

Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, Fernández del Moral A, Jiménez Arriero MA, González de Rivera JL, Saiz-Ruiz J and Oquendo MA. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry.* 2007;190:210-216.

Bagby RM, Marshall MB, Georgiades S. Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *J Personal Disord.* 2005;19:53-67.

Bailles E, Pintor L, Fernández-Egea E, Torres X, Matrai S, De Pablo J, Arroyo S. Psychiatric disorders, trauma, and MMPI profile in a Spanish sample of nonepileptic seizure patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 26;2004:310-315.

Ball SA. Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: introduction to special section. *J Pers.* 2001;69:2; 148-153.

Ball SA, Tennen H, Poling JC, Kranzler HR, Rounsaville BJ. Personality, Temperament, and Character Dimensions and the DSM-IV Personality Disorders in Substance Abusers. *J Abnor Psychol.* 1997;106:545-553.

Barcia D. Personalidades anormales y psicopáticas. En: Ruiz Ogara C, Barcia Salorio D y López-Ibor Aliño JJ (Editores). *Psiquiatría.* Barcelona: Toray;1982.

Barkataki I, Kumari V, Das M, Taylor P, Sharma T. Volumetric structural brain abnormalities in men with schizophrenia or antisocial personality disorder. *Behav Brain Res.* 2006;169:239-247.

Barnow S, Arens EA, Sieswerda S, Dinu-Biringer R, Spitzer C, Lang S. Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Jun;12:186-95.

Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger C. Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1999; 37: 292-298.

- Bayón C, Hill K, Svraric DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Dimensional assessment of personality in an out-patients sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *J psychiatr Res.* 1996; 30: 341-352.
- Bayón C, Cañas de Paz F. Categorización y diagnóstico. En: Roca Bennasar M. (Coordinador) *Trastornos de la Personalidad.* Barcelona: Masson; 2004. p. 177-185.
- Bayón C. Introducción. En: *Cuestionario de Temperamento y Carácter de Cloninger. Aplicación informática para la gestión de datos y generación de informes.* Madrid: 2004. p.10-12
- Beblo T, Driessen M, Mertens M, Wingefeld K, Piefke M, Rullkoetter N, Silva-Saavedra AM, Mensebach C, Reddemann L, Rau H, Markowitsch HJ, Wulff H, Lange W, Berea C, Ollech I, Woermann FG. Functional MRI correlatos of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder. *Psychol Med.* 2006; 36:845-56
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:295-302.
- Benjamin J, Li L, Patterson C, Greenberg BD, Murphy DL and Hamer DH. Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of Novelty Seeking. *Nat genet.* 1996;12:81-4.(a)
- Benjamin LS. *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.* 2th edition. New York: The Guildford Press;1996.(b)
- Benjamin J, Osher Y, Kotler M, Gritsenko I, Nemanov L, Belmaker RH, Ebstein RP. Association between tridimensional personality questionnaire (TPQ) traits and three functional polymorphisms: dopamine receptor D4 (DRD4), serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) and catechol O-methyltransferase (COMT). *Mol Psychiatry.* 2000: 5:96-100.
- Berlin HA, Rolls ET, Iversen SD. Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *Am J Psychiatry.* 2005; 162:2360-2373.
- Bernstein DP, Cohen P, Velez N, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:1237-1243.
- Berrios GE. Personality disorders: a conceptual history. En: Tyrer P and Stein G. (Editors). *Personality disorders reviewed.* London: Gaskell; 1993.
- Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry.* 2005; 162(5):833-5.
- Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patient with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *J NeurolNeurosurg Psychiatry.* 1997;63:83-88.
- Bieling P, MacQueen G. Trastorno Bipolar y personalidad: constructos, hallazgos y desafíos. En: *Depresión y Personalidad.* Barcelona: Elsevier Masson; 2007. p.175-212
- Black DW, Noyes R, Pfohl B, Goldstein RB, Blum N. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry.* 1993; 150 : 1226-32
- Blackburn R, Donnelly JP, Logan C, Renwick SJ. Convergent and discriminative validity of interview and questionnaire measures of personality disorder in mentality disordered offenders: a multitrait-multimethod analysis using confirmatory factor analysis. *J Personal Disord.* 2004;18:129-150.
- Bock C, Bukh JD, Vinberg M, Gether U, Kessing LV. The influence of comorbid personality disorder and neuroticism on treatment outcome in first episode depression. *Psychopathology.* 2010;43:197-204.

- Bouchard TJ Jr, Lykken DT, McGue M, Segal NL, Tellegen A. Sources of human psychological differences: the Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Science*. 1990 Oct 12;250:223-8.
- Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Dev Psychopathol*. 2009;21:1335-53.
- Brieger P, Sommer S, Bloink R, Marneros A. What becomes of children hospitalized for enuresis? Results of a catch-up study. *Eur Psychiatry*. 2001;16:27-32.
- Bradley R, Hilsenroth M, Guarnaccia C, Westen D. Relationship between clinician assessment and self-assessment of personality disorders using the SWAP-200 and PAI. *Psychol Assess*. 2007;19:225-9.
- Brown TA. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: comment on the special section. *J Abnorm Psychol*. 2005; 114: 551-556.
- Bodlund O, Ekselius L & Lindström E. Personality traits and disorders among psychiatric outpatients and normal subjects on the basis of the SCID screen questionnaire. *Nord J Psychiatry*. 1993; 47:425–433.
- Bouchard S, Godbout N, Sabourin S. Sexual attitudes and activities in women with borderline personality disorder involved in romantic relationships. *J Sex Marital Ther*. 2009; 35:106-121.
- Buchsbaum MS, Nenadic I, Hazlett E, Spiegel-Cohen J, Fleischman MB, Akhavan A, Silverman JM, Siever LJ. et al. Differential metabolic rates in prefrontal and temporal Brodmann areas in schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Schizophr Res*. 2002;54:141–50.
- Caballo VE. Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad. En: Caballo V (Coordinador) *Manual de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis;2004.
- Caldwell AB. What Do the MMPI Scales Fundamentally Measure? Some Hypotheses. *J Pers Assess*. 2001; 76:1–17.
- Cañas de Paz F. Síntomas, categorías y dimensiones. En: Roca Bennasar M. (Coordinador) *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Masson; 2004. p: 161-176.
- Casey PR, Tyrer PJ. Personality, functioning and symptomatology. *J Psychiatr Res*. 1986;20:363-74.
- Catarineu Navines S, Gili i Planas M. Modelos psicológicos y psicobiológicos de la personalidad. En: *Trastornos de la Personalidad*. Bernardo Arroyo M y Roca Bennasar M (coordinadores). Barcelona: Masson;1998.
- Chabrol H, Chouicha H, Montovany A, Callahan S, Duconge E, Sztulman H. Personality disorders in a non clinical sample of adolescents. *Encephale*. 2002; 286:520-4.
- Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Personal Disord*. 2004;18:526-41.
- Chen H, Cohen P, Johnson JG, Kasen S, Sneed JR, Crawford TN. Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *J Pers Disord*. 2004;18:507-25
- Christodoulou C, Deluca J, Johnson SK, Lange G, Gaudino EA, Natelson BH. Examination of Cloninger's basic dimensions of personality in fatigue illness: chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. *J Psychosom Res*. 1999; 47: 597–607.
- Choca JP and Van Denburg E. *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós: 1997.
- Clark LA, Livesley WJ, Schroeder ML, Irish S. The structure of maladaptive personality traits: convergent validity between two systems. *Psychol Assess*. 1996; 8:294–303.

- Clark LA y Harrison JA. Assessment instruments. En: Handbook of personality disorders. Livesley WJ (Ed). New York: The Guildford Press;2001. p. 277-306.
- Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu Rev Psychol.* 2007; 58: 227-257.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50:975–990.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RM. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality. Washington University, St Louis (MO). 1994.
- Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorder: A proposal. *J Personal Dis.* 2000; 14: 99-108.
- Cloninger CR. Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Cloninger. En: Temperament and Character Inventory Revised. Madrid. 2004.
- Cohen LJ, Kingston P, Bell A, Kwon J, Aronowitz B, Hollander E. Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2000; 41:4-12.
- Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2003; 182. (Suppl. 44) 3-10.
- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry.* 2006; 188: 423-431.
- Conrad R, Schilling G, Bausch C, Nadstawek J, Wartenberg HC, Wegener I, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R. Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain.* 2007; 133:197–209.
- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO-Personality Inventory NEO-PI-R and NEO Five Factor Inventory FFI Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Cukrowicz KC, Reardon ML, Donohue KF and Joiner TE. MMPI-2 F Scale as a Predictor of Acute Versus Chronic Disorder Classification. *Assessment.* 2004; 11: 145-151.
- Dahl AA. Some aspects of the DSM-III personality disorder illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1986 (Suppl328):61-7.
- Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation—a possible prelude to violence. *Science.* 2000;289:591-4.
- De Araujo GM, Pascalicchio TF, Sousa PS, Lin K, Ferreira LMF, Yacubian EMT. Psychiatric disorders in juvenile myoclonic epilepsy: a controlled study of 100 patients. *Epilepsy Behav.* 2007; 10: 437-441.
- De Brujin ERA, Grootens KP, Verkes RJ, Buchholz V, Hummelen JW, Hulstijn W. Neural correlates of impulsive responding in borderline personality disorder: ERP evidence for reduced action monitoring. *J Psych Res.* 2006; 40: 428-437.
- De Clercq B and De Fruyt F. Childhood antecedents of personality disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20:57-61.
- De Clercq B, De Fruyt F, Widiger TA. Integrating a developmental perspective in dimensional models of personality disorders. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29:154–162.
- De la Fuente JM, Vizueté C, Bobes J. Neuroimagen y trastornos de la personalidad. En: Arango C, Crespo-Facorro B, Bernardo M (Editores). Neuroimagen en psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2003.

- Díaz Marsá M, Cavero Álvarez M, Fombellida Velasco C, Carrasco Perera JL. Trastornos de la personalidad. En: Manual del residente de psiquiatría. 1992.
- Deeley Q, Daly E, Surguladze S, Tunstall N, Mezey G, Beer D, Ambikapathy A, Robertson D, Giampietro V, Brammer MJ, Clarke A, Dowsett J, Fahy T, Phillips ML, MURphy DG. Facial emotion processing in criminal psychopathy. *Br J Psychiatry*. 2006;189:533-539.
- Dickey CC, McCarley RW, Xu ML, Seidman LJ, Voglmaier MM, Niznikiewicz MA, Connor E, Sentón ME. MRI abnormalities of the hippocampus and cavum septi pellucidi in females with schizotypal personality disorder. *Schizophr Res*. 2007; 89:49-58.
- Dreesen L, Hoekstra R, Arntz A. Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disor*. 1997; 11:503-521.
- Durbin CE, Klein DN. Ten-Year Stability of Personality Disorders Among Outpatients With Mood Disorders. *J Abnorm Psychol*. 2006; 115: 75-84.
- Durrett CA, Westen D. The structure of Axis II disorders in adolescents: a Cluster- and factor-analytic investigation of DSM-IV categories and criteria. *J Personal Disord*. 2005; 19:440-461.
- Egan S, Nathan P, Lumley M. Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003; 37:484-491.
- Ebstein RP, Auerbach JG. Dopamine D4 receptor and serotonin transporter promoter polymorphism and temperament in early childhood. En Benjamin J, Ebstein RP, Belmaker RH (editors). *Molecular genetics and the human personality*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002.p.137-149.
- Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón M, Astray-Mochales J, Gènova-Maleras R, Pérez-Sania A, Sánchez-Perruca L, Aguilera-Guzmán M, González-Sanz F. Epidemiological usefulness of population-based electronic clinical records in primary care: estimation of the prevalence of chronic diseases. *Fam Pract*. 2009 Dec;26:445-54
- Farabaugh A, Ongur D, Fava M, et al. Personality disorders and the Tridimensional Personality Questionnaire factors in major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2005; 193:747-750.
- Farabaugh A, Mischoulon D, Schwartz F, Pender M, Fava M, Alpert J. Dysfunctional attitudes and personality disorder comorbidity during long-term treatment of MDD. *Depress and Anxiety*. 2006; 0:1-7.
- Fassino S, Daga GA, Delsedime N, Rogna L, Boggio S. Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 76:73-80.
- Feinberg ME, Button TM, Neiderhiser JM, Reiss D, Hetherington EM. Parenting and adolescent antisocial behavior and depression: evidence of genotype x parenting environment interaction. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:457-465.
- Fernández-Montalvo J, Landa N, Lopez-Goni JJ, Lorea I. Personality disorders in alcoholics: a comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addict Behav*. 2006 31:1442-1448.
- Ferro T, Klein DN, Schwartz JE, Kasch KL, Leader MA 30-Month stability of personality disorder diagnoses in depressed outpatients. *Am J Psychiatry* 1998; 155:653-659.
- Fidel Kinori G, Roncero Alonso C y Casas Brugué M. Adicción a sustancias y trastornos de la personalidad. En: Roca Bennasar M (coord.) *Trastornos de personalidad*. Barcelona: MAsso; 2004. p. 285-312.
- First MB, Bell CB, Cuthbert B, Krystal JH, Malison R, Oldford DR, Reiss D, Shea MT, Widiger TA, Wisner KL. Personality disorders and relations disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In: *A research agenda for DSM-V*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002.p.123-199.

Fogelson DL, Nuechterlein KH, Asarnow RA, Payne DL, Subotnik KL, Jacobson KC, Neale MC, Kendler KS. Avoidant personality disorder is a separable schizophrenia-spectrum personality disorder even when controlling for the presence of paranoid and schizotypal personality disorders. The UCLA family study. *Schizophr Res.* 2007;91:192-199.

Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, Novella L, Ansoldi M. Brief communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PSQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J Personal Disord.* 1998; 12:172-8.

Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, Novella L & Prolo F (2000) Patterns of covariation of DSM-IV Personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Compr Psychiatry.* 2000; 41: 206-215.

Franco MD, Sanmartín A, Giner J. Comorbilidad entre los trastornos mentales y los de la personalidad. En: Roca Bennasar M (Coordinador) *Trastornos de personalidad.* Barcelona 2004. p. 387-400.

Fusar-Poli P, Lazzaretti M, Ceruti M, Hobson R, Petruska K, Cortesi M, Pozzi E, Politi P. Depression after lung transplantation: causes and treatment. *Lung.* 2007;185:55-65.

García-Campayo J, Alda M, Sobradie N, Olivan B, Pascual A. Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *J Psychosom Res.* 2007a; 62:675-680.

Gárriz M, Gutiérrez F. Personality disorder screening: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37:148-52.

Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Ikonomidis N, Donias S, Giouzevas J, Dimitriou E. Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece. *Compr Psychiatry.* 1999; 40:299-307.

Gaston L, Brunet A, Koszycki D, Bradwejn J. MMPI profiles of acute and chronic PTSD in a civilian sample. *J Trauma Stress.* 1996; 9: 817-832.

Gili Planas M y Roca Bennasar M. Modelos sobre los trastornos de la personalidad. En: Roca Bennasar M. (Coordinador) *Trastornos de la Personalidad.* Barcelona: Masson; 2004.p.33-58.

Glenn AL and Raine A. The neurobiology of Psychopathy. *Psychiatr Clin N Am.* 2008; 463-75.

Goethals I, Audenaert K, Jacobs F, Van den Eynde F, Bernagie K, Kolindou A, Vervaeke M, Dierckx R, Van Heeringen C. Brain perfusion SPECT in impulsivity-related personality disorders. *Brain Res.* 2005;157:197-192.

Golomb M, Fava M, Abraham M, Rosenbaum JF. Gender differences in personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1995;152:579-82.

Green BA, Handel RW, Archer RP. External correlates of the MMPI-2 content component scales in mental health inpatients. *Assessment.* 2006; 13: 80-97.

Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry.* 1996; 153:1089-91. a

Grilo CM, Becker DF, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized young adults. *J Nerv Ment Dis.* 1996; 184: 754-757. b

Grilo CM, McGlashan, Quinlan DM, Walker ML, Greenfield D, Edell WS. Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry.* 1998;155:140-142.

Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG, Stout RL. Natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of

- remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68: 738-46.
- Grossman LS and Craig RJ. Comparison of the MCMI-II and 16pf validity scales. *J Pers Assess*. 1994;63: 384-89.
- Guaiana G and Barbui C. Admissions for personality disorders in Italy from 1988 to 1998. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006;30:2-20
- Gurrera RJ, Nakamura M, Kubicki M, Dickey CC, Niznikiewicz MA, Voglmaier MM, McCarley RW, Shenton ME. The uncinata fasciculus and extraversion in schizotypal personality disorder: a diffusion tensor imaging study. *Schizophr Res*.2007;90:360-362.
- Gutierrez F, Sangorrin J, Martin-Santos R, Torres X, Torrens M. Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *J Personal Dis*. 2002;16:344-359.
- Ha JH, Kim EJ, Abbey SE, Kim TS. Relationship between personality disorder symptoms and temperament in the young male general population of South Korea. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61: 59-66.
- Hansen JS, Bendtsen L, Jensen R. Predictors of treatment outcome in headache patients with the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III). *J Headache Pain*. 2007;8:28-34.
- Hathaway SR and McKinley JC. *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*. Madrid: TEA;1999.
- Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*. 2004; 11:726-740.
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 1097-1106.
- Haslam N. The dimensional view of personality disorders: a review of the taxometric evidence. *Clin Psychol Rev*. 2003;23:75-93.
- Hazlett EA, New AS, Newmark R, Haznedar MM, Lo JN, Speiser LJ, Chen AD, Mitropoulou V, Minzenberg M, Siever LJ, Buchsbaum MS. Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;58:614-623.
- Heumann K, Morey L. Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 458-500.
- Hills HA. Diagnosing personality disorders: an examination of the MMPI-2 and the MCMI-II *J Pers Assess*. 1995;65:21-34.
- Hong JP, Samuels J, Bienvenu OJ, Hsu F, Eaton WW, Costa PT, Nestadt G. The longitudinal relationship between personality disorder dimensions and global functioning in a community-residing population. *Psychol Med*. 2005;35: 891-895.
- Hopwood CJ, Morey LC, Shea MT, McGlashan TH, Sanislow CA, Grilo CM, Guderson JG, Zanarini MC, Skodol AE. Personality traits predict current and future functioning comparably for individuals with major depressive and personality disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195: 266-269.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Wiley Interscience. 2000.
- Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S. An investigation of the validity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition avoidant personality disorder construct as a prototype category and the psychometric properties of the diagnostic criteria. *Compr Psychiatry*. 2006;47:376-383.

Ilkjaer K, Kortegeard L, Hoerder K, Joergensen J, Kyvik K, Gillberg C. Personality disorders in a total population twin cohort with eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2004;45:261-267.

Intrator J, Hare RD, Stritzke P, et al. A brain imaging (single photon emission computerized tomography) study of semantic and affective processing in psychopaths. *Biol Psychiatry*. 1997;42:96-103.

Irle E, Lange C, Sachsse U. Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2005; 57:173-182.

Jablensky A. The classification of personality disorders: critical review and a need for rethinking. *Psychopathology*. 2002; 35: 112-116.

Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP & Edwards J. Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 83: 206-213.

Jane JS, Pagan JL, Turkheimer E, Fiedler ER, Oltmanns TF. The interrater reliability of the Structured Interview for DSM-IV Personality. *Compr Psychiatry*. 2006; 47:368-75.

Jaspers K. *Psicopatología general*. Segunda edición en castellano, del original *Allgemeine Psychopathologie*, Springer-Verlag, 1913. México D.F.: Fondo de cultura económica; 1996.

Johnson JG, Williams JB, Goetz RR, Rabkin JG, Lipsitz JD, Remien RH. Stability and change in personality disorder symptomatology: findings from a longitudinal study of HIV+ and HIV- men. *J Abnormal Psychol*. 1997; 106:154-158.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:265-275.

Kagan J. *Personalidad y temperamento: antecedentes históricos*. En: *Depresión y personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. p:3-18.

Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, Soulakova JN, Weissfeld LA, Rofey DL. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*. 2007;164:328-334.

Kantolarvi L, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Herva A, Karvonen JT, Kokkonen P, Jarvelin MR, Joukamaa M. Co occurrence of personality disorders with mood, anxiety, and substance use disorders in a young adult population. *J Personal Disord*. 2006; 20: 102-112.

Kantolarvi L. *Personality disorders in the northern Finland 1966 birth cohort study*. [Tesis Doctoral]Acta Univ. Oul. D 976, 2008

Kamphuis JH, Arbisi PA, Ben-Porath YS, McNulty JL. Detecting Comorbid Axis-II Status Among Inpatients Using the MPI-2 Restructured Clinical Scales. *Eur J Psychol Assess* 2008; 24:157-164.

Karwautz A, Troop NA, Rabe-Hesketh S, Collier DA, Treasure JL. Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *J Personal Disord*. 2003;17:73-85.

Kass F, Skodol AE, Charles E, Spitzer RL, Williams JBW. Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1985;142: 627-630.

Kelly BD, Casey P, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dowrick C. The role of personality disorder in 'difficult to reach' patients with depression: findings from the ODIN study. *Eur Psychiatry*. 2007;22:153-9.

Kendler K, Myers J, Torgersen S, Neale MC and Reichborn-Kjennerud T. The heritability of Cluster A personality disorders assessed by both personal interview and questionnaire. *Psychol Med*. 2007;37:655-65.

- Kendler K, Czajkowski N, Tambs C, Torgersen S, Aggen SH, Neale MC and Reichborn-Kjennerud T. Dimensional representations of DSM-IV Cluster A personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychol Med.* 2006; 36:1583-1591
- Kennedy SH, Katz R, Rockert W, Mendiowitz S, Ralevski E, Clews J. Assessment of personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A comparison of self-report and structured interview methods. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183:358-64.
- Keshavan MS, Duggal HS, Mc Laughlin NM, Montrose DM, Haas GL, Schooler NR. Personality dimensions in first-episode psychoses. *Am J Psychiatry.* 2005; 162:102-109.
- Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, et al. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry.* 1985;142: 207–212.
- Koo MS, Dickey CC, Park HJ, Kubicki M, JI NY, Bouix S, Pohl KM, Levitt JJ, Nakamura M, Shenton ME, McCarley RW. Smaller neocortical gray matter and larger sulcal cerebrospinal fluid volumes in neuroleptic-naïve women with schizotypal personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:1090-1100. a
- Koo MS, Levitt JJ, McCarley RW, Seidman LJ, Dickey CC, Niznikiewicz MA, Voglmaier MM, Zamani P, Long KR, Kim SS, Shenton ME. Reduction of caudate nucleus volumes in neuroleptic-naïve female subjects with schizotypal personality disorder. *Biol Psychiatry.* 2006;60:40-48. b
- Koponen S, Taiminen T, Kurki T, Portin R, Isoniemi H, Himanen L, Hinkka S, Salokangas RKR, Tenovuori O. MRI findings and axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year retrospective follow-up study. *Psychiatry Res.* 2006; 146:263-270.
- Kosson DS, Millar SK, Byrnes KA, Leveroni C. Testing neuropsychological hypotheses for cognitive deficits in psychopathic criminals: a study of global-local processing. *J Int Neuropsychol Soc.* 2007; 13:267-276.
- Krueger RF. Continuity of Axes I and II: toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *J Personal Disor.* 2005;19:233-261.
- Kupfer DJ. Dimensional models for research and diagnosis: a current dilemma. *J Abnorm Psychol.* 2005; 114:557–559.
- Kupper N, Gidron Y, Winter J, Denollet J. Association between type D personality, depression, and oxidative stress in patients with chronic heart failure. *Psychosom Med.* 2009 Nov;71:973-80.
- Lahortiga F y Cervera S. Instrumentos de evaluación. En: Roca Bennasar M (Coordinador) *Trastornos de personalidad.* Barcelona: Masson; 2004. p 401-421.
- Lahortiga F, Rodríguez Sosa T. *Trastornos de la Personalidad.* En: *Lecciones de Psiquiatría. 5º Curso de Medicina. Curso 2006-2007.* Editado por Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra (c) Clínica Universitaria de Navarra (Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica) D.L. NA-2537/2006. Pamplona; 2006.
- Lake III AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications and research relevance. *Headache.* 2005;45:493-506.
- Lange C, Kracht L, Herholz K, Sachsse U, Irlé E. Reduced glucose metabolism in temporo-parietal cortices of women with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2005; 30; 139:115-126.
- Lapierre D, Braun CMJ, Hodgins S. Ventral frontal deficits in psychopathy: neuropsychological test findings. *Neuropsychologia.* 1995;33:139–51.
- Lee KJ, Shin YW, Wee H, Kim YY, Kwon JS. Gray matter volume reduction in obsessive-compulsive disorder with schizotypal personality trait. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006; 30:1146-1149.

- Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, Benjamin J, Muller CR, Hamer DH, Murphy DL. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulation region. *Science*. 1996; 5292:1527-1531.
- Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff C. detecting personality disorders in a non clinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:345-351.
- Lenzenweger MF. Stability and change in personality disorder features: the Longitudinal Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:1009-1015.
- Lenzenweger MF, Johnson MD, Willet JB. Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorders features. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1015-1024.
- Lenzenweger MF, Clarkin JF. The personality disorders: history, development, and research issues. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF, editors. *Major theories of personality disorder*. 2nd edition. New York: Guilford Press; 2005. p. 1–42.
- Lenzenweger MF, Lane M, Loranger AW, et al. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2007;62:553–564.
- Lenzenweger MF. Epidemiology of Personality Disorders. *Ps chistr Clin N Am*. 2008; 31:395-403.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004;364:453–61.
- Lineham M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós; 2003.
- Lichtenstein P, Tuvyblad C, Larsson H, Carlström E. The Swedish Twin study of Child and Adolescent Development: the TCHAD-study. *Twin Res Hum Genet*. 2007;10:67-73.
- Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang JL. Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *J Abnorm Psychol*. 1994;103: 6-7.
- Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55:941–948.
- Livesley WJ. Behavioural and molecular genetic contributions to the dimensional classification of personality disorders. *J Personal Disord*. 2005; 19:131-155.
- Livesley WJ. Conceptual and taxonomic issues. En: Livesley WJ *Handbook of personality disorders*. New York: The Guildford Press; 2001.
- Livesley WJ. A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *J PersonalDisor*. 2007;21:199–224.
- Livesley WJ and Jang KL. The behavioural genetics of personality disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2008; 4:247-274.
- Livesley WJ. Research trends and directions in the study of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008; 31:545–559.
- Llopis Llácer JJ y De Vicente Manzanero MP. Diagnóstico del alcoholismo. En: Cuevas Badenes J y Sanchís Fortea (Editores). *Tratado de Alcoholología*. Madrid: 2000; p199-211
- Loney BR, Butler MA, Lima EN, Counts CA, Eckel LA. The relation between salivary cortisol, callous-unemotional traits, and conduct problems in an adolescent non-referred sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:30-36.
- López Ibor JJ. *Lecciones de psicología médica*. Madrid: Paz Montalvo; 1973.

- Lopez Ibor JJ. Introducción. En: Organización Mundial de la salud. International Personality Disorder Examination (IPDE) – DSM-IV Module. 1995.
- López-Ibor JJ. TRastornos de la Personalidad. En: Gelder MJ. López-Ibor JJ. Andrease N. (Editores). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; p 1095-1104.
- Loranger AW, Lenzenweger AF, Gartner V, Susman VL, Herzig J, Zammit GK, Gartner JD, Abrams RC, Young RC. Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 720-728.
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Bucheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RF, Ferguson B, et al. 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*. 1994;51:215-24.
- Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R & Hallmayer J. Prevalences of Personality Disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord*. 1992; 6: 87–96.
- Manuck SB, Flory JD, Ferrell RE, Dent KM, Mann JJ, Muldoon MF. Aggression and anger-related traits associated with a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene. *Biol Psychiatry*. 1999;1;45:603-614.
- Manuck SB, Flory JD, Ferrell RE, Mann JJ, Muldoon MF. A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity. *Psychiatry Res*. 2000; 24;95:9-23.
- Marañón I, Grijalvo J, Echeburua E. Do the IPDE and the MCMI-II assess the same personality disorders in patients with eating disorders? *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7:587-594.
- Marietán H. Personalidades psicopáticas. Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica. 1998;7(3). Disponible en: http://www.marietan.com/material_psicopatia/personalidades_psicopaticas.htm
- Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petrucci C, Daneluzzo E, Rossi A. Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology*. 2000; 33:69-74.
- Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS, Husband SD, Platt JJ. Impact for comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcome of behavioural treatment for cocaine dependence. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185:483-90.
- Marlowe DB, Husband SD, Bomieskie LM, Kirby KC, Platt JJ. Structured interview versus self-report test vantage for the assesment of personality pathology in cocaine dependence. *J Personal Disord*. 1997;11:177-90.
- Mateos M, de la Gándara JJ. Temperamento, Carácter, Personalidad. Madrid: Editorial SCM, 2001.
- McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment *BMC Psychiatry* 2010, 10:33 doi:10.1186/1471-244X-10-33
- McMahon RC, Enders C. Personality disorder factors predict recovery of employment functioning among treated cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009; 35:138-44.
- Meola G, Sansone V, Perani D, Scarone S, Cappa S, Dragoni C, Cattaneo E, Cotelli M, Gobbo C, FAzio F, Siciliano G, MAncuso M, Vitelli E, Zhang S, Krahe R, Moxley RT. Executive dysfunction and avoidant personality trait in myotonic dystrophy type 1 (DM1) and in proximal myotonic myopathy (PROMM/DM2). *Neuromuscu Disord*. 2003;13:813-821.
- Mercan S, Uzun M, Ertugrul A, Ozturk I, Demir B, Sulun T. Pscopathology and personality features in orthopedic patients with boxer's fractures. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:13-17.

- Mervielde I, De Clercq B, De Fruyt F, Van Leeuwen K. Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *J Personal Disord.* 2005; 19:171–201.
- Messina G, Colombo E, Cassinerio E, Ferri F, Curti R, Altamura C, Cappellini MD. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in young adult with thalassemia major. *Intern Emerg Med.* 2008 Dec;3:339-43.
- Mezzich JE, Coffman GA, Goodpastor SM. A format for DSM-III diagnostic formulation: experience with 1.111 consecutive patients. *Am J Psychiatry.* 1982; 139:591-596.
- Michels R. Personality Disorders in the Depressed: Seeing Clearly Through Blue Lenses. *Am J Psychiatry.* 2010 May;167:487-8.
- Millon T and Davis RD. Disorders of personality: DSM-IV and beyond. New York: Wiley; 1996.
- Millon T. MCMII-II Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Tea: Madrid, 1998.
- Millon T and Davis RD. Personality disorders in modern life. New York: Wiley; 2000.
- Millon T and Davis RD. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Masson: Barcelona; 2001.
- Moldin SO, Rice JP, Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E. Latent structure of DSM–III–R axis II psychopathology in a normal sample. *J Abnorm Psychol.* 2004;103: 259–266.
- Morán P, Coffey C, Mann A, Carlin JB, Patton GC. Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113: 233-236.
- Morán P, Stewart R, Brugha T, Bebbington P, Bhugra D, Jenkins R, Coid JW. Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey. *J Clin Psychiatry.* 2007;68: 69-74.
- Moreno-Jiménez B y Garrosa Hernández E. La evaluación de los trastornos de la personalidad. En: *Manual de Trastornos de la Personalidad. Síntesis: Madrid, 2004.*
- Morey LC, Hopwood CJ, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Yen S, Stout RL, Zanarini MC, Grilo CM, Sanislow CA, Mc Glashan T. Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychol Med.* 2006;23:1-12.
- Morey LC, Shea MT, Markowitz JC, Stout RL, Hopwood CJ, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Yen S, Sanislow CA, Skodol AE. State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2010 May;167(5):528-35.
- Moss HB, Yao JK, Panzak GL. Serotonergic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biol Psychiatry.* 1990;15;28:325-38.
- Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R, TCI scores and DSQ defences. *Psychol Med.* 1999;29:943-51.
- Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry.* 2002;159:359-371.
- Nakamura M, McCarley RW, Kubicki M, Dickey CC, Niznikiewicz MA, Voglmaier MM, Seidman LJ, Maier SE, Westin CF, Kikinis R, Shenton ME. Fronto-temporal disconnectivity in schizotypal personality disorder: a diffusion tensor imaging study. *Biol Psychiatry.* 2005;58:468-478.
- Nestadt G, Hsu FC, Samuels J, Bienvenu OJ, Reti I, Costa PT, Eaton WW. Latent structure of the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition personality disorder criteria. *Compr Psychiatry.* 2006;47:54-62.

Nestadt G, Costa Jr PT, Hsu FC, Samuels J, Bienvenu OJ, Eaton WW. The relationship between the five-factor model and latent Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition personality disorder dimensions. *Compr Psychiatry*. 2008;49:98-105.

New AS, Gelernter J, Yovell Y, Trestman RL, Nielsen DA, Silverman J, Mitropoulou V, Siever LJ. Tryptophan hydroxylase genotype is associated with impulsive-aggression measures: a preliminary study. *Am J Med Genet*. 1998;7;81:13-7.

New AS, Goodman M, Triebwasser J, Siever LJ. *Psychiatr Clin N Am*. 2008 ; 31:441-461.

Newton-Howes G, Tyrer P and Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: a meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*. 2006;188:13-20.

Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:34-8.

Nichols DS. Claves para la evaluación con el MMPI-2. Madrid: TEA Ediciones; 2002.

Nordlund C. Endocrinology and expectations in 1930s America: Louis Berman's ideas on new creations in human beings. *Br J Hist Sci*. 2007;40: 83–104.

Oquendo MA, Kronic A, Parsey RV, Milak M, Malone KM, Anderson A, Van Heertum RL, Mann JJ. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge in major depressive disorder with and without borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30:1163-1172.

O'Leary MM, Loney BR, Eckel LA. Gender differences in the association between psychopathic personality traits and cortisol response to induced stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32:183-191.

Oldham JM and Skodol AE. Personality disorders in the public sector. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(5):481-487.

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, Gallaher PE. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 1995;152:571-578.

Oldham JM, Skodol AE. Charting the future of Axis II. *J Personal Disord*. 2000; 14:17–29.

Organización Mundial de la salud. International Personality Disorder Examination (IPDE) – DSM-IV module. 1995.

Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Trastornos mentales y comportamiento. Madrid: Panamericana; 1992.

Oosthuizen P, Emsley R, Niehaus D, Koen L. The multidimensional assessment of psychopathology in mood and psychotic disorders. A proposal for Axis II in DSM-V/ICD-11. *Afr J Psychiatry*. 2008;11:260-263.

Orozco C, Meersman M, Verdejo A y Pérez M. Alteraciones y cambios de la personalidad después de daño cerebral. En: Caballo V. (Coordinador). *Manual de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis, 2004.

Ottosson H, Ekselius L, Grann M, Kullgren G. Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *J Personal Disord*. 2002; 16:283-292.

Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2007;48:145-154.

Pérez Urdániz A. Epidemiología. En: *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Masson; 2004. p.184-200.

- Pérez JF y Leal C. Validez y especificidad de los criterios diagnósticos en los trastornos de la personalidad. En: *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Masson; 2004. p. 359-386.
- Perseus KI, Anderson E, Asberg M, Samuelsson M. Helth-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Scand J Caring sci*.2006; 20: 302-307.
- Phillips KA and Gunderson JG. Personality disorders. En: *The American Psychiatric Press. Textbook of psychiatry*. Barcelona: Masson; 2000. p. 793-821.
- Pridmore S, Chambers A, McArthur M. Neuroimaging in psychopathy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005; 39:856-865.
- Pukrop R. and Krischer M. Changing views about personality disorders: comment about the prospective studies CIC, CLPS and MSAD. *J Personal Disor*. 2005;19: 563-572.
- Ravndal E, Vaglum P. The Millon Clinical Multiaxial Inventory II: Stability over Time? A Seven-Year Follow-Up Study of Substance Abusers in Treatment. *Eur Addict Res*. 2010 Apr 26;16:146-151.
- Reich J, Yates W & Nduaguba M. Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1989; 24:12-16.
- Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Neale MC, Orstavik RE, Torgersen S, Tambz C, Toysamb E, Harris JR and Kendler KS. Genetic and environmental influences on dimensional representations of DSM-IV Cluster C personality disorders: a population-based multivariate twin study. *Psychol Med*. 2007; 37:645-53.
- Retz W, Retz-Junginger P, Supprian T, Thome J, Rösler M. Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence: relation with personality disorders, impulsivity, and childhood ADHD psychopathology. *Behav Sci Law*. 2004;22:415-25.
- Rhee SH and Waldman ID. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psycho. Bull*. 2002; 128:490-529.
- Richter J, Brändström S. Personality disorder diagnosis by means of the temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry*. 2009; 50: 347-352.
- Riesco Y, Pérez Urdániz A, Rubio V, Izquierdo JA, Sánchez Iglesias S, Santos JM, Carrasco JL. The evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1998;26:151-154.
- Ro O, Martinsen EW, Hoffart A, Sexton H, Rosenvinge JH. The interaction of personality disorders and eating disorders: a two year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;38:106-111.
- Rohde P, Kahler CW, Lewinsohn PM, Brown RA. Psychiatric disorders, familial factors, and cigarette smoking: III. Associations with cessation by young adulthood among daily smokers. *Nicotine Tob Res*. 2004; 6: 509-522.
- Rosenbluth M, Kennedy SH, Bagby RM. Introducción. En: *Depresión y personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
- Rossberg JI, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2007; 48:225-230.
- Rozanski A, Blumenthal JA et Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99:2192-2217.
- Ruocco AC, Swirsky-Sacchetti T. Personality disorder symptomatology and neuropsychological functioning in closed head injury. *J Neuropsychiatry Clin Neuroscience* 2007;19:27-35.
- Russell JM, Kornstein SG, Shea MT et al.: Chronic depression and comorbid personality disorder: response to sertraline versus imipramine. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:554-561.

- Saiz Ruiz J y Saiz González D. Clasificaciones internacionales y trastornos de la personalidad. En: Roca Bennasar M. (Coordinador) Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Masson; 2004.
- Samuels JF, Nestadt G, Romanowski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III-R personality disorders in the community. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1055-62.
- Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd, Brown CH, Costa PT Jr, Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002;180:536-42.
- Sanjuán Arias J y Moltó MD. Trastornos de la Personalidad: genética y evolución. En: Bennasar Roca M (Coordinador) Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Masson; 2004. p. 59-91.
- Sansone RA, Sansone LA. Personality Disorders as Risk Factors for Eating Disorders: Clinical Implications. *Nutr Clin Pract* 2010; 25; 116
- Saper JR, Lake III AE. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. *Headache*, 2002;42:663-674.
- Schoenberg MR, Darwin D, Morgan Cd, Burke M. A comparison of the MCMI-III personality disorder and modifier indices with the MMPI-2 clinical and validity scales. *J Person Assess*. 2004;82:273 -280
- Schotte CK, De Doncker DA, Dmitruk D, Van Mulders I, D'Haenen H, Cosyns P. The ADP-IV questionnaire: differential validity and concordance with the semi-structured interview. *J Personal Disord*. 2004;18:405-19.
- Seva Diaz A. Evolución del concepto trastornos de la personalidad y su influencia sobre el actual estado epidemiológico del problema. En: Trastornos de la Personalidad. Rubio Larrosa V y Pérez Urdániz A. Madrid: Elsevier; 2003. p. 54-66.
- Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A. *Oxford Handbook of Psychiatry*: Oxford; 2005.
- Shea MT, Widiger T, Klein MH. Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1992; 60: 857-868.
- Shedler J, Western D. Refining personality disorders diagnosis: Integrating science and practice. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1350-1365.a
- Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: an alternative to the Five-Factor Model. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1743-1754.b
- Siever LJ, Torgersen S, Gunderson J, Livesley J and Kendler KS. The Borderline Diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry*. 2002; 51:964-968.
- Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 733-738.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA, Oldham JM. Functional impairment in schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:276-283.
- Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, Dyck IR, Stout RL, Morey LC, Shea MT, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Gunderson JG. Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1919-1925. a
- Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME and Stout RL. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Personal Disord*. 2005;19: 487:504. b
- Skodol AE, Jonson JG, Cohen P, Sneed JR, Crawford TN. Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *Br J Psychiatry*. 2007;190:415-420.

- Skodol AE. Longitudinal course and outcome of personality disorders. *Psychiatr Clin N Am.* 2008; 31:495-503.
- Schmahl C and Bremner JD. Neuroimaging in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2006;40:419-427.
- Schneider B, Maurer K, Sargk D, Heiskel H, Weber B, Frolich L, Georgi K, Fritze J, Seidler A. Concordance of DSM-IV Axis I and II diagnoses by personal and informant's interview. *Psychiatry Res.* 2004;30:127:121-36.
- Schnell K, Dietrich T, Schnitker R, Daumann J, Herpetz SC. Processing of autobiographical memory retrieval cues in borderline personality disorder. *J Affect Disord.* 2007; 97:253-259.
- Smith TL, Klein MH, Benjamin LS. Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II J Personal Disord. 2003;17:173-87.
- Soloff PH, Meltzer CD, Becker C, Greer PJ, Constantine D. Gender differences in a fenfluramine-activated FDG PET study of borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2005;138:183-195.
- Soldz S, Budman S, Demby A, Merry J. Diagnostic agreement between the Personality Disorder Examination and the MCMI-II. *J Pers Assess.* 1993;60:486-99.
- Soyka M, Preuss UW, Soller G, Zill P, Bondy B. Association of 5-HT1B receptor gene and antisocial behaviour in alcoholism. *J Neural Transm.* 2004;111: 101-109.
- Sprock J. Dimensional versus categorical classification of prototypic cases of personality disorder. *J Clin Psychol.* 2003; 59:991-1014.
- Stangl D, Pfohl G, Zimmerman M, et al. A structured interview for the DSM-III personality disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42:591–596.
- Stuart S, Simons AD, Thase ME, Pilkonis P. Are personality assessment valid in acute major depression? *J Affect Disord.* 1992; 24:581-289.
- Svrakic DM. Personality disorders. In: *European Handbook of psychiatry and mental health.* Seva A. (editor). Zaragoza; 1991. p. 1754-1778.
- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:991-999.
- Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayón C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106:189-195.
- Svrakic DM, Lecic-Tosevski D, Divac-Jovanovic M. DSM axis II: personality disorders or adaptation disorders? *Curr Opin Psychiatry.* 2008;22:111–117.
- Swinkels WAM, Duijsens IJ, Spinhoven P. Personality disorder traits in patients with epilepsy. *Seizure.* 2003;12:587-594.
- Swinkels WAM, Kuyk J, Dick van R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005;7:37-50.
- Takahashi T, Suzuki M, Zhou S, Tanino R, Hagino H, Kawasaki Y, Matsui M, Seto H, Kurachi M. Morphologic alterations of the parcellated superior temporal gyrus in schizophrenia spectrum. *Schizophr Res.* 2006;83:131– 143.
- Tebartz L, Ludaescher P, Thiel T, Büchert M, Hesslinger B, Bohus M, Rüsck N, Hennig J, Ebert D, LiebK. Evidence of disturbed amygdalar energy metabolism in patients with borderline personality disorder. *Neurosci Lett.* 2007;417:36–41.

Teofrasto. Los caracteres morales. Edición bilingüe de Manuel Fernández Galiano. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1985.

Timmerman IG, Emmelhamp PM. The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *Int J Law Psychiatry*. 2006;29:48-56.

Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K and Kringlen E. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41:416-425.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:590-596.

Torgersen S. Behavioural genetics of personality. *Curr Psychiatry Rep*. 2005;7:51-56.

Trull TJ, Widiger TA, Burr R. A Structured Interview for the Assessment of the Five-Factor Model of Personality: Facet-Level Relations to the axis II Personality Disorders. *J Pers*. 2001;69:175-198.

Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Ann Rev Clin Psychol*. 2005;1:355-380. a

Trull TJ. Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *J Personal Disord*. 2005;19:262-282. b

Trull TJ, Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R. Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:52-56.

Tummers JH, Derksen JL, van Alphen SP. Instability of personality characteristics and personality disorders during the lifespan: effects for assessment in older adults. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2010 Apr;41(2):87-95.

Turley B, Bates GW, Edwards J, Jackson HJ. MCMI-II personality disorders in recent-onset bipolar disorders. *J Clin Psychol*. 1992;48:320-9.

Tyrer P. The problem of severity in the classification of personality disorder. *J Personal Disord*. 2005; 19:309-314.

Tyrer P, Coombs N, Ibrahim F, Mathilakath A, Bajaj P, Ranger M, Rao B and Din RA. Critical developments in the assessment of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190:51-59.

Vázquez C, Ring J, Avia MD. Trastornos de la personalidad. En: Fuentenebro F y Vázquez C, editores. *Psicología médica y psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill; 1990.

Vázquez Roel JM. y Cittadini M. Trastornos de personalidad asociados a adicción a cocaína. Estudio sobre 526 pacientes. 8º Congreso virtual de psiquiatría. *Interpsiquis 2007*. [versión electrónica]

Verheul R, Bartak A, Widiger. Prevalence and construct validity of personality disorder nor otherwise specified (PDNOS). *J Personal Disord*. 2007; 21:359-70.

Verheul R. Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal Personal Disord*. 2005; 19:283-302.

Vrabel KR, Ro O, Martinsen EW, Hoffat A, Rosenvinge JH. Five-Year Prospective Study of Personality Disorders in Adults with Longstanding Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43:22-28)

Wakefield JC. The perils of dimensionalization: challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatr Clin N Am*. 2008;31:379-393.

Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:846-856.

- Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry*. 1999;156: 258–272. a
- Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part II. Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156: 273–285. b
- Whisman MA, Tolejko N, Chatav Y. Social consequences of personality disorders: probability and timing of marriage and probability of marital disruption. *J Pers Disord*. 2007;21:690-5.
- Widiger TA. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. *J Abnorm Psychol*. 1992;101:340-343.
- Widiger TA Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry*. 2003;2:131-135.
- Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Personal Disord*. 2005;19:110–130. a
- Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley J, Verheul R. Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of personality disorders*. 2005;19:315-388. b
- Widiger TA, Lowe JR. Five-factor model assessment of personality disorder. *J Pers Assess*. 2007;89:16–29.
- Widiger TA, Livesley WJ, Clark LA. An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychol Assess*. 2009;21:243-55.
- Williams ED, Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Halls C, Soni P, Gale PD, Robison RJ. Personality disorder in ADHD Part 1: Assessment of personality disorder in adult ADHD using data from a clinical trial of OROS methylphenidate. *Ann Clin Psychiatry*. 2010 May;22:84-93.
- Wu KD, Clark LA, Watson D. Relations between Obsessive-Compulsive Disorder and personality: beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Anxiety Disorders*. 2006; 20:695-717.
- Yang J, McCrae RR., Costa PT Jr, Yao S, Dai X, Cai T, Gao B. The cross-cultural generalizability of Axis-II constructs: an evaluation of two personality disorder assessment instruments in the People's Republic of china. *J Personal Disord*. 2000;14(3):249-263.
- Yang Y, Raine A, Lencz T, Bihrlle S, LaCasse L, Colletti P. Volume reduction in prefrontal gray matter in unsuccessful criminal psychopaths. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1103-1108.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004; 161:2108-2114.
- Zender R, Olshansky E. Women's mental health: depression and anxiety. *Nurs Clin North Am*. 2009;44:355-364.
- Zetzsche T, Frodl T, Preuss UW, Schmitt G, Seifert D, Leinsinger G, Born C, Reiser M, Möller HJ, Meisenzahl EM. Amygdala Volume and Depressive Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorder. *Biol Psychiatry*. 2006;60:302–310.
- Zhou S, Suzuki M, akahashi T, Hagino H, Kawasaki Y, Matsui M, Seto H, Kurachi M. Parietal lobe volume deficits in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2007;89:35–48.
- Zimmerman M and Coryell, W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46: 682-689.

Zimmerman M, Rothschild L, Chelmisky I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1911-1918.

Zimmerman M, Chelmisky I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin N Am*. 2008; 31:405-420.

ANEXOS

X. ANEXOS

ANEXO I. CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE TP

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES PARA UN TP

- A.** Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
- (1) cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 - (2) afectividad (p.ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
 - (3) actividad interpersonal
 - (4) control de los impulsos
- B.** Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C.** Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E.** El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F.** El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal).

ANEXO II. CRITERIOS CIE 10 PARA EL DIAGNÓSTICO DE TP

CRITERIOS GENERALES DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD ESPECÍFICOS

G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas:

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

G2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales (p.ej., no se limita a una situación o estímulo desencadenante).

G3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio G2.

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o la adolescencia.

G5. La desviación no puede ser explicada como una consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto. No obstante, pueden darse condiciones agudas o crónicas que se recogen en las categorías F00-F59 o F70-79 de esta clasificación y que coexisten o se superponen a la misma.

G6. La alteración no se debe a enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales.

ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: “Evaluación de los Trastornos de Personalidad: Comorbilidad y validez de los instrumentos utilizados en nuestro medio”

El Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra está llevando a cabo un estudio de investigación sobre la evaluación de la personalidad y sus trastornos, con el fin de perfeccionar su proceso diagnóstico. Para ello, necesita la colaboración de personas que voluntariamente acepten participar en él. El estudio implica la realización de:

- Cuatro cuestionarios auto-aplicados para el estudio de la personalidad (MMPI-2, MCMI-II, TCI, cuestionario de cribado IPDE) con enunciados de respuesta tipo “verdadero/falso”, cuya cumplimentación le supondrán unas dos horas aproximadamente.
- Un test de inteligencia (test de Raven) que valorará la capacidad mínima necesaria para la comprensión del contenido de los cuestionarios. Realizarlo le llevará cuarenta y cinco minutos aproximadamente.
- Una escala de noventa síntomas, a cumplimentar por el propio paciente (SCL-90 R), en la que empleará aproximadamente veinte minutos.
- Una entrevista semi-estructurada sobre patología de la personalidad, que le realizará un miembro del equipo de investigación.

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y se le garantiza la confidencialidad de las respuestas. Usted puede decidir retirarse de este estudio en el momento en que lo considere oportuno, sin que por ello se derive consecuencia alguna.

Yo _____ con DNI _____

He recibido del Dr. _____ información clara y a mi plena satisfacción sobre el estudio de investigación “Evaluación de los Trastornos de Personalidad: Comorbilidad y validez de los instrumentos utilizados en nuestro medio” en el que voluntariamente quiero participar. Sé que el estudio se hace con fines de investigación.

He leído y comprendido toda la información que figura en este impreso y he podido reflexionar sobre ella. Se me ha dado la oportunidad de formular todas aquellas dudas que me han surgido acerca del estudio y se ha respondido a ellas de forma satisfactoria. He recibido una copia de este formulario de consentimiento e información.

Doy mi consentimiento para que los resultados se utilicen, de manera anónima, en la investigación para la que se han diseñado.

Muchas gracias por su inestimable colaboración.

Firma:

Firma Dr.

Fdo.

Fdo.

Pamplona a ____ de _____ de _____

ANEXO IV. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN.



Clínica Universitaria
Facultad de Medicina
Universidad de Navarra

Teléfonos:
Central 948/ 25 54 00 25 59 00
Admisión 948/ 296290
Fax 948/ 17 22 54
Apartado, 4209
31080 PAMPLONA (España)

Comisión de Ética de Investigación

Doña PURIFICACIÓN DE CASTRO LORENZO, Doctora en Medicina, Secretaria de la Comisión de Ética de Investigación de la Clínica Universitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra,

CERTIFICA: que, en la sesión ordinaria celebrada el 20 de mayo de 2004, la Comisión examinó los aspectos éticos del proyecto 21/2004, presentado por la Dra. F. Lahortiga, titulado:

Evaluación de los Trastornos de Personalidad: Comorbilidad y validez de los instrumentos utilizados en nuestro medio

Después de evaluar el interés del estudio, y de considerar que la Dra. F. Lahortiga, ha seguido las indicaciones dadas por la Comisión, relativas a: aclarar el límite de edad de inclusión de los pacientes, la repercusión que la aplicación de los tests de personalidad puede tener para los pacientes y el contenido de los tests seleccionados, la Comisión decidió autorizar el proyecto

Y para que así conste, expide el presente certificado en Pamplona, a 18 de junio de dos mil cuatro.

Purificación de Castro
Secretaria

ANEXO V. HOJA DE RECOGIDA DE VARIABLES SOCIODEOGRÁFICAS Y DE EVOLUCIÓN CLÍNICA.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Le rogamos que, en la medida de lo posible, responda a las preguntas del cuestionario. Si considera que alguno de los datos solicitados invaden su privacidad puede dejar la casilla en blanco. En algunos apartados (por ejemplo, el nº 4) puede rellenar varias opciones de respuesta.

1. FILIACIÓN:

- Edad:
- Sexo: Mujer Varón
- ¿Cuántos cambios de residencia había tenido? (No incluya los debidos a estudios) _____.

2. ESTUDIOS

- ¿Qué estudios había completado?
 - básicos (EGB, ESO) bachillerato (BUP,4ºESO)
 - ciclos formativos medios diplomatura
 - licenciatura o módulo superior master doctorado
- ¿Recuerda cuándo finalizó sus estudios?
 - A su tiempo
 - Más tarde. ¿A qué fue debido que terminase más tarde?
 - Enfermedad propia
 - Enfermedad familiar de primer grado
 - Desadaptación
 - Mal rendimiento
 - Otros

3. PROFESIÓN

- ¿En qué situación profesional de las mostradas a continuación se encontraba?
 - autónomo contratado/a desempleado/a estudiante ama de casa funcionario/a
- ¿Cuánto tiempo llevaba en esta situación ? _____ (meses)
- ¿Cuántos puestos de trabajo diferentes había tenido tras finalizar sus estudios? _____
- ¿Cuántas veces le habían despedido del trabajo (antes de finalizar el contrato) o había solicitado la baja voluntaria? _____
- ¿Cuál considera que era su nivel socioeconómico?
 - 1.- Alto 4.- Medio-bajo
 - 2.- Medio-alto 5. Bajo
 - 3.- Medio

4. HISTORIA de la enfermedad:

- ¿A qué atribuye las dificultades por las que acudió a consulta?
 - Debidas a una enfermedad psiquiátrica o psicológica (Por ejemplo: episodio depresivo, estados de ansiedad, etc.)
 - Debidas a su modo de ser o de actuar (características de su personalidad)
 - Debidas a una enfermedad orgánica (por ejemplo: diabetes, hipotiroidismo, etc.)
 - Debidas a factores externos (problemas sociales, laborales, familiares, etc.)
 - **Si se debe a factores externos, ¿a cuál de ellos?
 - acontecimientos vitales (por ej: una separación-divorcio; nacimiento de un hijo, etc.)
 - factores familiares (por ej. fallecimiento de un familiar; ruptura de relaciones familiares, etc.)
 - factores sociales (por ej: pérdida del grupo de apoyo-amigos, etc.)
 - factores personales (por ej: pérdida de trabajo)
 - otros factores
- Contestar tan sólo si en la pregunta anterior ha atribuido sus dificultades a su modo de ser. ¿Desde cuándo considera que aparecieron las dificultades por su modo de ser?
 - Desde la niñez (hasta los 14 años) Desde la adolescencia (hasta los 20 años) En la edad adulta

Tratamientos anteriores

- ¿Qué tipo de tratamientos anteriores al momento del estudio había recibido?
 - Ninguno
 - Sólo farmacológico
 - Sólo psicoterapia

- Ambos. Fármacos y psicoterapia
- En el caso de que hubiera recibido anteriormente tratamiento con fármacos ¿Tomó los tratamientos el tiempo que su médico le indicó? Sí No
- En el caso de que hubiera recibido tratamiento de psicoterapia ¿cumplía las indicaciones que le daba el psicoterapeuta? Sí No

Antecedentes personales médico quirúrgicos:

- ¿Durante la infancia ha tenido alguna enfermedad diferente a las habituales?
 Sí No
- ¿Le habían operado alguna vez? Sí No ¿Cuántas veces? _____
- ¿Había tenido algún accidente que requiriera hospitalización? Sí No
- ¿Había tenido hospitalizaciones psiquiátricas? Sí No ¿Cuántas? _____.
- ¿Había tenido hospitalizaciones médicas? Sí No ¿Cuántas? _____.
- ¿Le habían realizado alguna prueba de imagen cerebral (TAC, Resonancia Magnética...)?
 Sí No
- ***Si ha contestado que SÍ, ¿cuál fue el resultado? Normal Patológica

5. HÁBITOS:

- ¿Fumaba tabaco? Sí No Ex fumador
- **¿Con qué frecuencia? Consumo esporádico Consumo fin de semana Consumo habitual
- ¿Bebía alcohol? Sí No
- **¿Con qué frecuencia? Consumo esporádico Consumo fin de semana Consumo habitual
- ¿Consumía algún otro tipo de drogas?: Sí No
- **¿Con qué frecuencia? Consumo esporádico Consumo fin de semana Consumo habitual
- ¿Practicaba deporte? Sí No Esporádico
- * ¿Qué tipo de deporte?: habituales (tenis, footing...) de riesgo (paracaidismo, rafting...)
 de contacto (karate...)

6. Hª FAMILIAR:

- ¿Cuál era el estado civil de sus padres? casados separados/divorciados solteros
 viudez (edad que tenía usted cuando falleció su padre madre: _____ años)
- ¿Cómo considera que era la relación entre sus padres? buena mala

7. Hª PERSONAL:

- ¿Cuál es el número aproximado de noviazgos que había tenido? _____
¿A qué edad fue el primero de ellos? _____ años
- ¿Cuál es el número de matrimonios que había tenido? _____
¿A qué edad fue el primero de ellos? _____ años
- ¿Mantén una vida sexual activa Sí No
- ¿Con que grado de satisfacción? bueno malo indiferente
- ¿Había tenido conflictos derivados por ello? Sí No
- *Si ha contestado que SÍ, ¿De qué tipo? físicos sociales personales
- ¿Había tenido antecedentes de abusos sexuales? sí no
- ¿Había tenido antecedentes de maltrato físico? sí no
- ¿Había tenido antecedentes de maltrato psicológico? sí no

8. VIDA ACTUAL:

- ¿Cuánto tiempo dedica a su trabajo? Tiempo de ocupación semanal: _____ horas
- ¿Cuánto tiempo dedica al ocio (aficiones)? Tiempo de ocupación semanal: _____ horas
- ¿Cuánto tiempo dedica a otras actividades (idiomas, informática, etc.)? Tiempo de ocupación semanal: _____ hora

**BECAS RECIBIDAS, PUBLICACIONES Y PARTICIPACIONES EN
CONGRESOS QUE ESTE ESTUDIO HA GENERADO**

XI. BECAS RECIBIDAS, PUBLICACIONES Y PARTICIPACIONES EN CONGRESOS QUE ESTE ESTUDIO HA GENERADO

BECAS Y AYUDAS CONCEDIDAS

1.- Concesión de una beca de la Fundación Universitaria de Navarra (Beca PIUNA) para el proyecto: “Evaluación de los Trastornos de Personalidad: Comorbilidad y validez de los instrumentos utilizados en nuestro medio”

2.- Concesión de una de las “Ayudas del Plan de Formación y de Investigación y Desarrollo (I + D)” del Gobierno de Navarra para el proyecto: “Evaluación de los Trastornos de Personalidad: Comorbilidad y validez de los instrumentos utilizados en nuestro medio”

PUBLICACIONES

- Chiclana Actis C. Atención integral para la patología integral. En: Casos Clínicos de Residentes de Psiquiatría. Glaxo Smith Kline. Madrid: Luzán, 2008.

- Chiclana Actis C., Rodríguez Sosa J.T. Evolución histórica del concepto de Trastorno de la Personalidad. An Psiquiatría. 2008;24(6):223-232.

- Chiclana Actis C, Rodríguez Sosa JT, Aubá Guedea E. Trastornos de la Personalidad. En: Ortuño F. Lecciones de Psiquiatría, p 257-84. Editorial Médica Panamericana: Madrid, 2009.

COMUNICACIONES ORALES

CONGRESOS INTERNACIONALES

1.- The influence of subjective distress on measuring Personality Disorders. 7th European ISSPD Congress of the International Society for the Study of Personality Disorders. June 6, 2006. Prague, Czech Republic.

2.- A dimensional correlate of the IPDE diagnosis: A contribution to the DSM-V. . 7th European ISSPD Congress of the International Society for the Study of Personality Disorders. June 7, 2006. Prague, Czech Republic.

CONGRESOS NACIONALES

- 1.- RMN cerebral en los Trastornos de la Personalidad (TP). X Congreso Nacional de Psiquiatría. Octubre 2006.
- 2.- Atención integral para la patología integral. XI Congreso Nacional de Psiquiatría. Santiago, septiembre 2007. Segundo premio a los mejores casos clínicos de la Sociedad Española de Psiquiatría 2007.

OTROS

- 1.- Chiclana Actis C. ¿Categorial o dimensional? ¿Qué pasará con la DSM-V?. En: La Personalidad hoy: viejos conceptos y nuevos horizontes 2008 Nov 10-14. Cursos de Otoño de la Universidad de Sevilla. Fundación Caja Rural (Sevilla) 2009.
- 2.- Chiclana Actis C. Importancia del diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad: nueve motivos a favor. En: La Personalidad hoy: viejos conceptos y nuevos horizontes 2008 Nov 10-14. Cursos de Otoño de la Universidad de Sevilla. Fundación Caja Rural (Sevilla) 2009.

COMUNICACIONES EN FORMATO POSTER

CONGRESOS INTERNACIONALES

- 1- Moreno Iñiguez M, Chiclana Actis, C, Seva Fernández A. “*Historia Clínica, Cuestionarios Autoaplicados y Entrevista Semiestructurada*”. VI ISSPD *European Congress on Personality Disorders*. V Congreso Nacional sobre Trastornos de la Personalidad de Zaragoza. Junio de 2004.
2. - Chiclana Actis C., Lahortiga Ramos, F., Sánchez Villegas A, Imirizaldu Pandilla M. *Influence of the psychosomatic symptoms in the personality disorder diagnosis. XXVII European Conference on Psychosomatic Research. XI Annual Meeting European Association for Consultation-Liasion Psychiatry and Psychosomatics*. XLII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Zaragoza. Junio 2008.

CONGRESOS NACIONALES

- 1.- Lahortiga Ramos F., Chiclana Actis C. Sánchez Villegas A., Larumbe M., Imirizaldu Pandilla M. Expresión del Trastorno de Personalidad en los instrumentos de evaluación dimensional. IX Congreso Nacional de Psiquiatría. Octubre 2005.
- 2.- Lahortiga Ramos F., Imirizaldu Pandilla M., Maestro C., Chiclana Actis C. Sánchez Villegas A., Caracterización del diagnóstico de Trastorno de personalidad no especificado. X Congreso Nacional de Psiquiatría. Octubre 2006
- 3.- Chiclana Actis C., Imirizaldu Pandilla M., Fernández Torrón R., Sánchez Villegas A, Lahortiga Ramos, F. RMN cerebral en los Trastornos de la Personalidad (TP). X Congreso Nacional de Psiquiatría. Octubre 2006. Poster seleccionado y expuesto oralmente para optar al premio al mejor poster.
- 4.- Lahortiga Ramos F, Imirizaldu Pandilla M, Maestro Martin C, Chiclana Actis C, Sánchez-Villegas A. Percepción subjetiva de psicopatología en pacientes con trastorno de la personalidad. XI Congreso Nacional de Psiquiatría. Santiago. Septiembre 2007
- 5.- Chiclana Actis, C., Imirizaldu Pandilla M., Mestro Martín C. Fernández Torrón R., Sánchez- Villegas A., Lahortiga Ramos F. Alteraciones estructurales cerebrales y variables de personalidad en pacientes con trastorno de la personalidad. XI Congreso Nacional de Psiquiatría. Santiago. Septiembre 2007