

GRAVEDAD Y CAMBIO EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Juan M. Ramos, Juan M. Sendra, Aintzane Sánchez, Ana Mena y
Carlos Rodríguez

Hospital Dr. R. Lafora, Madrid (España)

Resumen

El variado curso que caracteriza la evolución de los trastornos de la personalidad (TP) y la respuesta diversa de los pacientes a las intervenciones terapéuticas hacen que el concepto de gravedad de los TP esté en el debate actual de clínicos e investigadores. En un trabajo previo (Ramos, Sendra, Sánchez y Mena, 2015) propusimos un índice de gravedad basado en el solapamiento de rasgos patológicos; ahora analizamos el cambio en gravedad tras un tratamiento especializado de 6 meses. En 93 pacientes que completaron el programa (51,4% de la muestra total) hallamos una reducción de la perturbación general ($d= 1,193$) y afectiva ($d= 0,990$), de rasgos de TP y de gravedad ($d= 0,753$). Sin embargo, no aparecen efectos de interacción entre cambio y gravedad, ni ésta predice por sí sola el resultado terapéutico. Se discuten los datos a la luz de otros hallazgos. La estabilidad de los TP no parece residir en el cumplimiento de criterios diagnósticos, sino en un núcleo de vulnerabilidad compartido por todos los pacientes, independientemente de su categorización prototípica y de su fluctuación sintomatológica.

PALABRAS CLAVE: *trastorno de la personalidad, gravedad, cambio.*

Abstract

The varied course of evolution of personality disorders (PD) and patients' different responses to therapeutic interventions position the concept of severity of PD amongst the greatest concerns to clinicians and researchers. In a previous study (Ramos, Sendra, Sánchez, & Mena, 2015) we proposed an index of severity of PD based on the overlap of pathological traits; now we analyze the change in severity after 6 months of specialized treatment. In 93 patients who completed the program (51.4% of the total sample) we found a reduction in general ($d= 1.193$) and affective ($d= 0.990$) disturbance, also in PD traits and severity ($d= 0.753$). Nevertheless, interaction effects between change and severity did not appear; neither did severity by itself predict therapeutic results. We discuss the data in the light of other findings. The stability of the PD does not seem to reside in the fulfillment of diagnostic criteria, but in a core of vulnerability shared by all the patients, independently of the prototypical categorization and the symptomatology fluctuation.

KEY WORDS: *Personality disorder, severity, change.*

Introducción

Una de las características definitorias del trastorno de personalidad (TP) es su estabilidad en el tiempo (*American Psychiatric Association [APA], 2013*), la noción de mantenimiento a lo largo del ciclo vital, a partir de la adolescencia o inicio de la edad adulta, de un patrón inflexible de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas del entorno sociocultural del individuo, causando sufrimiento y disfuncionalidad. Pero la conceptualización de estabilidad y de cambio, así como su estimación empírica, entraña una enorme complejidad (Morey y Hopwood, 2013).

Los estudios longitudinales del curso de los TP a largo plazo (Gunderson *et al.*, 2011; Skodol *et al.*, 2005; Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2012), han permitido relativizar la estabilidad de los TP al encontrar que las personas con TP cambian con el tiempo más de lo esperado. Lenzenweger, Johnson y Willet (2004), por ejemplo, observaron una tasa de decremento de 1,4 criterios de TP por año, y Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk (2006), una reducción media de 3,4 criterios a los 10 años. Más recientemente, Gunderson, Weinberg y Choi-Kain (2013) han caracterizado el curso longitudinal del trastorno límite de la personalidad (TLP) como de “remisión dramática, inesperada y prevalente” (p.133). Estos datos podrían sugerir una mejora de los TP con el paso del tiempo o, como señalan Nelson-Gray, Mitchell, Kimbrel y Hurst (2007), también podría pensarse en la posibilidad de que se consiguiera un menor sufrimiento y una mayor funcionalidad debido a que el individuo hubiera ido encontrando una situación más compatible con sus rasgos personales.

Otros estudios (Bateman y Fonagy, 2009; Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer y Tyrer, 2010; Giesen-Bloo *et al.*, 2006; Huband, McMurrin, Evans y Duggan, 2007; Linehan *et al.*, 2006) han confirmado la posibilidad de cambio en los TP cuando se ha buscado expresamente la modificación de su patología en entornos terapéuticos especializados. Desde diversas orientaciones teóricas y con diferentes propuestas metodológicas se encuentran resultados similares en la tasa de remisión de los TP, en la mejora de la calidad de vida de quienes lo padecen y en la recuperación de su funcionalidad sociolaboral (Gabbard, 2007; Hadjipavlow y Ogradniczuk, 2010; Levy, 2008; Stoffers *et al.*, 2012).

Más sorprendente resulta el hallazgo de resultados también positivos tras el tratamiento no especializado de los TP que, además de ser el que más comúnmente reciben los pacientes con este diagnóstico, es menos costoso en recursos (Bender *et al.*, 2001; Zanarini, 2009).

De manera que se dibuja un diverso abanico de posibilidades en la evolución de los TP: algunas personas cambian con el curso natural de su vida; otras cambian gracias al tratamiento genérico habitual; otras lo hacen sólo tras un tratamiento especializado para TP; y existe también, finalmente, un grupo que parece no beneficiarse de ninguna intervención y mantener una grave patología hasta el final de sus días, acortados deliberadamente en un 8-10% de los casos (Fok *et al.*, 2012; Oldham, 2006).

Este diversificado curso del trastorno está sin duda relacionado con el concepto de gravedad, puesto que suele considerarse de mayor gravedad aquella patología que presenta mayor dificultad para el cambio y que precisa una mayor asignación de recursos. Por lo tanto, considerar el nivel de gravedad del TP contribuye no sólo a mejorar el pronóstico del resultado terapéutico (Bornstein, 1998; Hopwood *et al.*, 2011; Morey *et al.*, 2011; Verheul, 2012), sino que también atender a la gradual gravedad del TP facilita una mejor provisión de servicios (Yang, Coid y Tyrer, 2010).

Bateman y Fonagy (2013), por ejemplo, han sugerido recientemente que los TP más graves se benefician más de un tratamiento especializado como es la terapia basada en la mentalización (MBT), que de un tratamiento estándar o generalista que es beneficioso para los TP menos graves, subrayando la paradoja de que un tratamiento diseñado específicamente para TLP es más eficaz para los casos en los que se da comorbilidad con otros TP.

No obstante su reconocida importancia, aún no contamos con un criterio operativo consensuado de gravedad y la búsqueda de una medida adecuada sigue siendo un reto pendiente. Crawford, Koldobsky, Mulder y Tyrer (2011) encuentran en su revisión de publicaciones una frecuente indefinición del constructo y catalogan cinco propuestas diferentes de aproximación al mismo: (1) considerar más graves unas categorías de TP que otras categorías; (2) gravedad según el número de criterios cumplidos para una categoría de TP; (3) gravedad según el número de TP diagnosticados; (4) nivel de disfuncionalidad social; y (5) riesgo de daño propio o ajeno. El modelo de gravedad propuesto por Tyrer y Johnson (1996) se basa en el solapamiento de criterios diagnósticos. Diversos estudios han comprobado la utilidad de este modelo como predictor de comorbilidad (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2009; Pulay *et al.*, 2008; Tyrer *et al.*, 2009; Tyrer, Seivewright y Johnson, 2004), de alteración de la función social y del uso de servicios sanitarios (Yang *et al.*, 2010). El DSM-5 (APA, 2013) también se hace eco de las propuestas de establecer como criterio central del diagnóstico de TP la gravedad de la disfunción que ocasiona, aunque lo hace en la sección III, como un modelo dimensional alternativo al antiguo categorial, que se mantiene en la sección II; el modelo alternativo del DSM-5 incluye una escala de funcionamiento de la personalidad con cinco niveles de gravedad, desde el nivel 0 (nula o pequeña disfunción) al 4 (disfunción extrema). Y en esta misma línea se está trabajando para la revisión de la conceptualización de los TP en el sistema axiológico de la OMS, la CIE-11 (Tyrer *et al.*, 2011).

En un trabajo previo (Ramos, Sendra, Sánchez y Mena, 2015), propusimos un índice de gravedad de los TP basado en el concepto de solapamiento o acumulación de rasgos patológicos, y examinamos la relación entre la gravedad del TP y la perturbación sintomática general y afectiva, observando que, en el análisis multivariante, un modelo de personalidad esquizotípica, autodestructiva y pasivo-agresiva explicaba la perturbación mejor que la acumulación cuantitativa de rasgos patológicos. El presente trabajo pretende completar al anterior, contemplando esta vez el cambio de los síntomas generales y afectivos, de los rasgos de personalidad y de la gravedad misma tras seis meses de intervención.

Nuestro objetivo es verificar, en primer lugar, si se opera un cambio en gravedad tras un tratamiento especializado para personas con diagnóstico de TP y, en segundo lugar, si una conceptualización de la gravedad del TP como acumulación o solapamiento de escalas patológicas (evaluadas con el "Inventario clínico multiaxial de Millon-II" [MCMI-II]) es predictiva del resultado terapéutico, esto es, del cambio en la sintomatología general y afectiva. Dado que la gravedad es considerada mejor predictor del resultado terapéutico que el tipo de TP (Bornstein, 1998; Hopwood *et al.*, 2011; Morey *et al.*, 2011; Verheul, 2012), planteamos las siguientes hipótesis: primera, que el grupo de mayor gravedad del TP obtendrá un beneficio inferior al del grupo de menor gravedad; y, segunda, que el cambio en la gravedad del TP explicará la evolución del paciente mejor que el cambio en los rasgos patológicos individuales.

Método

Participantes

Participa en este estudio el conjunto de pacientes ($n= 199$) con diagnóstico de TP que fueron derivados a la Unidad especializada de Trastornos de Personalidad (UTP) del Hospital Dr. R. Lafora (Madrid) entre los años 2008 y 2014. Estas personas habían sido seleccionadas para su propuesta de ingreso mediante un cribado trifásico: (1) profesional facultativo de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, (2) comité de expertos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y (3) entrevistas individuales y familiares por parte de facultativos de la propia UTP. El patrón que caracteriza a los participantes incluye historia previa de tentativa autolítica, polimedicación, utilización reiterada de servicios de salud mental (urgencias, ingresos hospitalarios breves, consultas ambulatorias), relaciones familiares alteradas, inactividad laboral, dependencia de subsidios y ayudas sociales, además de un bloqueo sostenido en el progreso terapéutico ambulatorio.

Todos ellos participaron voluntariamente, tras la firma de un contrato terapéutico, en un programa de intervención de seis meses que se inspira en el modelo de comunidad terapéutica (Haigh y den Hartog, 2012), combinando un entorno hospitalario con un tratamiento interdisciplinar intensivo. Las intervenciones se enmarcan en un espacio de convivencia que propicia los valores de voluntariedad, respeto, participación y aprendizaje mutuo; en él los pacientes asumen la responsabilidad propia de su proceso terapéutico, la experiencia interpersonal adquiere un papel central y la persona recorre un proceso no lineal de varias etapas: reconceptualización de sus problemas, validación de sus limitaciones y empoderamiento para el abordaje más eficaz de los retos a que se ve sometido en su concreto entorno sociofamiliar. El programa incluye intervenciones individuales (medicación, psicoterapia, asesoramiento), actividades grupales sucesivas de amplio espectro (psicoeducativas, asamblearias, propulsoras de aceptación, integración, mentalización, autodirección y capacitación para afrontamiento) y sesiones familiares, en una labor integrada multiprofesional (facultativos, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social) a partir de un plan

terapéutico individual diseñado en equipo, desarrollado mediante una evaluación continuada e inserto en la red de recursos de salud mental de la Comunidad de Madrid. Forma parte del programa la evaluación psicométrica a partir de una batería de cuestionarios de autoinforme que el paciente libremente consiente, y de la que seleccionamos los instrumentos utilizados en esta investigación.

Del grupo inicial de pacientes se excluyen aquellos que no cumplimentaron los cuestionarios, o no lo hicieron adecuadamente, con lo que la muestra de estudio es de $n= 181$. De éstos, hay un grupo que abandonó el programa antes de su culminación (Grupo no adherente, $n= 88$), por lo que no se obtuvieron sus datos postratamiento. Por ello, aquellos análisis que requieren valoración pre-test del estudio se realizan únicamente con los datos procedentes del grupo que terminó el programa (Grupo adherente, $n= 93$).

Instrumentos

- a) "Cuestionario de 90 síntomas, revisado" (*Symptom Checklist 90 Revised, SCL-90-R*; Derogatis, 1992), versión en español de González de Rivera (2002). Es un cuestionario en el que el individuo puntúa en una escala de tipo Likert de 0 a 4 hasta qué punto se siente molesto en las últimas semanas por cada uno de los 90 síntomas indicados. Cuenta con 10 escalas y tres índices globales. Su fiabilidad es aceptable, con coeficientes de consistencia interna elevados ($\alpha > 0,81$) y test-retest superiores a 0,78. Para esta investigación nos servimos del Índice de gravedad global (GSI), que es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento sintomático.
- b) "Inventario de depresión de Beck" (*Beck Depression Inventory, BDI*; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), versión en español de Sanz y Vázquez (1998). Este inventario valora la intensidad de la sintomatología en la esfera afectiva, mediante la elección de una de las cuatro alternativas, puntuadas de 0 a 3, de entre 21 ítems. Su coeficiente de fiabilidad hallado en esta muestra con el método de las dos mitades es de 0,93.
- c) "Inventario clínico multiaxial de Millon-II" (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, MCMI-II*; Millon, 1999) versión en español. Este inventario consta de 175 ítems con respuesta dicotómica (verdadero/falso) y aporta un perfil de 10 escalas básicas de personalidad más tres escalas de personalidad patológica grave, así como otras escalas de síndromes clínicos que no son utilizados en este trabajo. La consistencia interna, según el autor, es satisfactoria, con coeficientes KR entre 0,81 y 0,95 (Millon, 1999).

Variables del estudio

Se estudian diferentes variables, de carácter sociodemográfico (edad y sexo) y clínico (rasgos de personalidad, gravedad del TP, perturbación global y perturbación afectiva), construidas en base a la explotación de los resultados obtenidos de la aplicación -al inicio y al final del programa- de los tres instrumentos psicométricos mencionados.

Para la evaluación de los aspectos relacionados con la personalidad, valorada con el instrumento MCMI-II, se construyen y analizan variables con las siguientes definiciones operativas:

- Rasgos: puntuación de tasa base (TB) en cada una de las 13 escalas de personalidad del MCMI-II (variable dimensional).
- Rasgos patológicos: cada una de las 13 escalas de personalidad del MCMI-II en las que la puntuación supera la TB de 75 (variable dicotómica: rasgo/no rasgo).
- Gravedad del TP: es el número de escalas del MCMI-II cuya puntuación supera la TB de 75. El rango posible oscila entre 0 y 13 escalas. Esta variable dimensional es dicotomizada para algunos análisis, estableciendo como gravedad baja (GB) un número de escalas menor de 6 ($n= 33$) y considerando gravedad alta (GA) cuando el número de escalas sea igual o mayor de 6 ($n= 46$).

Se utiliza como variable indicadora de la perturbación sintomática general la puntuación centil en el GSI del SCL-90-R por ser más fácilmente interpretable y la puntuación total del BDI como índice de perturbación afectiva.

Análisis de datos

Se utilizan técnicas estadísticas descriptivas adecuadas al análisis de variables continuas y categóricas para caracterizar la muestra. Las técnicas bivariantes utilizadas son la prueba *t*-Student para muestras independientes con el objeto de comprobar diferencias en perturbación general (GSI del SCL-90-R), en perturbación afectiva (BDI) y en rasgos de personalidad (MCMI-II) entre los grupos de gravedad dicotomizados (GB y GA), la prueba *t* de Student de muestras relacionadas para evaluar el cambio (diferencia de medias pre-postratamiento) en las mismas variables y en gravedad del TP (dimensional) y la prueba de chi-cuadrado para la comparación de proporciones. Se utilizan estrategias de modelado basadas en técnicas multivariantes de modelo lineal general (MLG) de medidas repetidas, estableciendo como factor intersujetos la gravedad dicotomizada (GB, GA) y como factor intrasujetos la diferencia de resultados obtenida entre el principio y el final de la intervención (pre, pos) en las medidas de perturbación general y afectiva; y la regresión lineal múltiple (RLM) para estudiar la asociación ajustada de las variables predictoras (rasgos de personalidad y gravedad del TP) con las variables dependientes (cambio postratamiento de la perturbación sintomática general y afectiva). Para el análisis de los datos se emplea el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v. 22 (IBM Corp., 2013).

Resultados

En la tabla 1 se pueden observar las características principales de toda la muestra en relación con las variables estudiadas. En ella se señalan también las características del grupo que termina el tratamiento ($n= 93$) y las del grupo que abandona prematuramente ($n= 88$), así como sus diferencias significativas. Se detectan diferencias entre las edades medias de los grupos con una mayor edad media del grupo adherente en relación con el no adherente. Existe también una

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra. Diferencias entre el grupo de los que terminan el programa de tratamiento y el grupo de los que abandonan prematuramente

Variables	Muestra total (n= 181)	Grupo adherente (n= 93)	Grupo no adherente (n= 88)	p
Edad (M y DT)	35,4 (8,0)	36,7 (7,9)	33,9 (7,9)	0,018
Edad (años)	n (%)	n (%)	n (%)	
19-24	19 (10,5)	7 (7,5)	12 (13,6)	0,174
25-34	65 (35,9)	29 (31,2)	36 (40,9)	
35-44	74 (40,9)	43 (46,2)	31 (35,3)	
45-54	23 (12,7)	14 (15,1)	9 (10,2)	
Sexo	n (%)	n (%)	n (%)	
Varón	31 (17,1)	16 (17,2)	15 (17)	0,977
Mujer	150 (82,9)	77 (82,8)	73 (83)	
Diagnóstico TP	n (%)	n (%)	n (%)	
Límite	107 (59,1)	55 (59,8)	52 (68,4)	0,110
Mixto	33 (18,2)	24 (26,1)	9 (11,8)	
Sin especificar	23 (12,7)	10 (10,9)	13 (17,1)	
Otros	5 (2,8)	3 (3,2)	2 (2,6)	
Rasgos patológicos	n (%)	n (%)	n (%)	
Esquizoide	52 (34,2)	27 (32,1)	25 (36,8)	0,550
Fóbico-evitativa	118 (77,6)	66 (78,6)	52 (76,5)	0,757
Dependiente	73 (48,0)	40 (47,6)	33 (48,5)	0,911
Histriónica	45 (29,6)	23 (27,4)	22 (32,3)	0,504
Narcisista	40 (26,3)	19 (22,6)	21 (30,9)	0,250
Antisocial	61 (40,1)	32 (38,1)	29 (42,6)	0,569
Agresivo-sádica	43 (23,8)	22 (26,2)	21 (30,9)	0,523
Compulsivo-rígida	34 (22,4)	25 (29,8)	9 (13,2)	0,015
Pasivo-agresiva	115 (75,7)	60 (71,4)	55 (80,9)	0,177
Autodestructiva	128 (84,2)	70 (83,3)	58 (85,3)	0,742
Esquizotípica	61 (40,1)	28 (33,3)	33 (48,5)	0,057
Límite	116 (76,3)	65 (77,4)	51 (75,0)	0,731
Paranoide	19 (12,5)	10 (11,9)	9 (13,2)	0,805
Gravedad del TP	n (%)	n (%)	n (%)	
Baja (1-5)	53 (34,9)	34 (40,5)	19 (27,9)	0,107
Alta (6-11)	99 (65,1)	50 (59,5)	49 (72,1)	
Perturbación general (SCL90-R)	n (%)	n (%)	n (%)	
Baja (0-75)	55 (30,4)	26 (28,0)	29 (32,9)	0,465
Alta (> 75)	126 (69,6)	67 (72,0)	59 (67,1)	
Perturbación general (M y DT)	77,1 (20,1)	76,7 (20,1)	77,4 (20,1)	0,812
Perturbación afectiva (BDI)	n (%)	n (%)	n (%)	
Mínima (1-9)	17 (9,4)	8 (8,7)	9 (10,3)	0,863
Leve (10-16)	12 (6,7)	5 (5,4)	7 (8,1)	
Moderada (17-29)	67 (37,2)	34 (37,0)	32 (36,8)	
Grave (> 29)	84 (46,7)	45 (48,9)	39 (44,8)	
Perturbación afectiva (M y DT)	27,8 (11,9)	27,9 (12,1)	27,5 (11,9)	0,807

Nota: En **negrita** se indican las diferencias significativas.

proporción significativamente superior del rasgo patológico compulsivo-rígido dentro del grupo adherente, que es más del doble del encontrado en el grupo no adherente.

En la tabla 2 se presentan las diferencias encontradas al inicio del programa de intervención entre los grupos de baja y alta gravedad del TP con respecto a las demás variables de estudio. No se encuentran diferencias por edad y sexo entre ambos grupos. Exceptuando las escalas dependiente, histriónica, compulsivo-rígida y paranoide, en todas las demás existe una significativa mayor puntuación para el grupo de alta gravedad. También las perturbaciones general y afectiva son superiores en este grupo en relación con el de baja gravedad.

Tabla 2

Comparación entre los grupos de gravedad baja y alta en las diferentes variables demográficas, sintomatológicas y de personalidad al inicio del tratamiento

Variable	GB	GA	t/χ^2	p	d	IC (95%)
Edad (M y DT)	36,8 (6,9)	34,9 (8,1)	1,417	0,159	0,247	-0,7-4,5
Sexo (n y %)						
Mujer	46 (86,8)	81 (81,8)	0,622	0,43	--	--
Varón	7 (13,2)	18 (18,1)				
MCMI-II (M y DT)						
Esquizoide	68,1 (14,9)	74,1 (21,7)	-1,987	0,049	-0,325	-11,8-(-0,1)
Fóbico-evitativa	81,9 (15,7)	92,9 (15,2)	-4,222	0,000	-0,715	-16,2-(-5,9)
Dependiente	70,4 (30,8)	69,1 (25,9)	0,28	0,78	0,047	-8,0-10,7
Histriónica	63,7 (20,4)	63,8 (24,6)	-0,022	0,982	-0,003	-7,5-7,3
Narcisista	55,5 (27,1)	66,1 (22,6)	-2,564	0,011	-0,426	-18,7-(-2,4)
Antisocial	65,8 (20,0)	78,3 (20,0)	-3,366	0,001	-0,573	-18,1-(-4,7)
Agresivo-sádica	62,0 (20,7)	74,2 (15,4)	-4,133	0,000	-0,679	-18,1-(-6,4)
Compulsivo-rígida	55,3 (26,5)	52,6 (26,0)	0,607	0,545	0,103	-6,1-11,5
Pasivo-agresiva	78,8 (23,0)	97,3 (16,4)	-5,735	0,000	-0,939	-24,9-(-12,1)
Autodestructiva	84,7 (20,4)	95,2 (11,8)	-4,038	0,000	-0,655	-15,7-(-5,4)
Esquizotípica	66,2 (14,7)	89,4 (24,8)	-6,247	0,000	-1,175	-30,5-(-15,9)
Límite	82,4 (22,2)	102,5 (15,6)	-6,513	0,000	-1,065	-26,2-(-14,0)
Paranoide	63,1 (8,3)	66,4 (12,8)	-1,708	0,09	-0,315	-7,2-0,1
GSI del SCL90-R (M y DT)	68,1 (26,3)	78,3 (16,5)	-2,568	0,012	-0,477	-18,1-(-2,3)
BDI (M y DT)	23,7 (12,1)	28,6 (12,0)	-2,385	0,018	-0,406	-8,9-(-0,8)

Notas: GB= Gravedad baja; GA= Gravedad alta; MCMI-II= Inventario clínico multiaxial de Millon-II; GSI= Índice global de gravedad; SCL90-R= Cuestionario de 90 síntomas, revisado; BDI= Inventario de depresión de Beck. En **negrita** se indican las diferencias significativas

Tras el tratamiento se observa una reducción significativa en la intensidad de los síntomas generales (GSI del SCL90-R), afectivos (BDI), en la gravedad del TP y en la puntuación media de 7 de los 13 rasgos de personalidad (MCMI-II): esquizoides, fóbico-evitativos, dependientes, pasivo-agresivos, autodestructivos, esquizotípicos y límites. El rasgo compulsivo-rígido es el único que aumenta de forma significativa al final del período de intervención (tabla 3 y figura 1).

Tabla 3

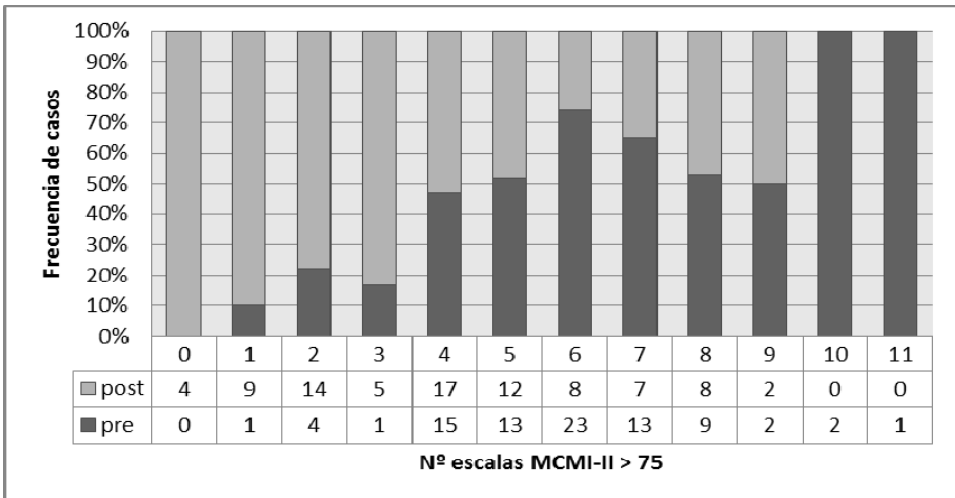
Diferencias de medias en el pre-postratamiento en gravedad del trastorno de la personalidad, rasgos de personalidad, perturbación general y afectiva

Variable	Pre (M y DT)	Pos (M y DT)	t	p	d	IC (95%)
Gravedad del TP*	5,7 (1,8)	4,1 (2,4)	5,331	0,000	0,753	1,0-2,2
Escalas MCMI-II						
Esquizoide	73,6 (18,4)	66,4 (20,5)	3,243	0,002	0,37	2,8-11,6
Fóbico-evitativa	89,5 (15,7)	76,8 (19,9)	6,08	0,000	0,716	8,6-16,9
Dependiente	71,4 (24,6)	56,8 (30,7)	4,643	0,000	0,526	8,3-20,8
Histriónica	61,0 (22,4)	60,5(22,5)	0,239	0,812	0,024	-4,0-5,1
Narcisista	60,4 (24,1)	61,7 (23,4)	-0,532	0,596	-0,055	-6,2-3,6
Antisocial	71,9 (20,2)	70,1 (19,0)	0,975	0,333	0,091	-1,9-5,4
Agresivo-sádica	69,2 (19,7)	67,8 (21,3)	0,742	0,46	0,068	-2,4-5,2
Compulsivo-rígida	58,9 (23,7)	66,7 (18,3)	-3,168	0,002	-0,37	-12,6-2,9
Pasivo-agresiva	87,6 (22,2)	70,89 (29,0)	5,275	0,000	0,652	10,4-23,0
Autodestructiva	91,5 (16,6)	73,2 (21,6)	7,183	0,000	0,959	13,2-23,3
Esquizotípica	78,6 (22,2)	66,7 (23,1)	5,504	0,000	0,525	8,0-16,2
Límite	93,9 (20,4)	75,5 (22,6)	6,746	0,000	0,853	12,9-23,7
Paranoide	64,2 (11,9)	65,1 (12,9)	-0,489	0,626	-0,072	-4,5-2,7
GSI del SCL90-R	76,6 (20,2)	45,2 (32,4)	9,785	0,000	1,192	25,0-37,7
BDI	27,9 (12,2)	15,4 (13,1)	10,078	0,000	0,99	10,1-15,0

Notas: *Gravedad del TP (trastorno de la personalidad)= número de escalas del MCMI-II cuya tasa base es >75. MCMI-II= Inventario clínico multiaxial de Millon-II; GSI= Índice global de gravedad; SCL90-R= Cuestionario de 90 síntomas, revisado; BDI= Inventario de depresión de Beck. En **negrita** se indican las diferencias significativas.

Figura 1

Distribución de casos según el número de rasgos patológicos (número de escalas del MCMI-II TB> 75) antes y después del tratamiento



Nota: MCMI-II= Escala clínica multiaxial de Millon-II.

En la tabla 4 se pueden observar las medias marginales estimadas obtenidas del modelo lineal general. Se detectan diferencias en las puntuaciones medias con un descenso significativo de las mismas al final de la intervención, tanto en la perturbación general ($p= 0,000$; $\eta_p^2= 0,242$) como en la afectiva ($p= 0,000$; $\eta_p^2= 0,542$) para los dos grupos de gravedad construidos. No se detecta efecto de interacción entre la gravedad y el cambio ($p= 0,891$; $\eta_p^2= 0,000$ en GSI y $p= 0,395$; $\eta_p^2= 0,009$ en BDI), como puede apreciarse gráficamente en la figura 2.

Tabla 4

Medias marginales estimadas en el modelo lineal general de la perturbación general y afectiva en los grupos de alta y baja gravedad del TP

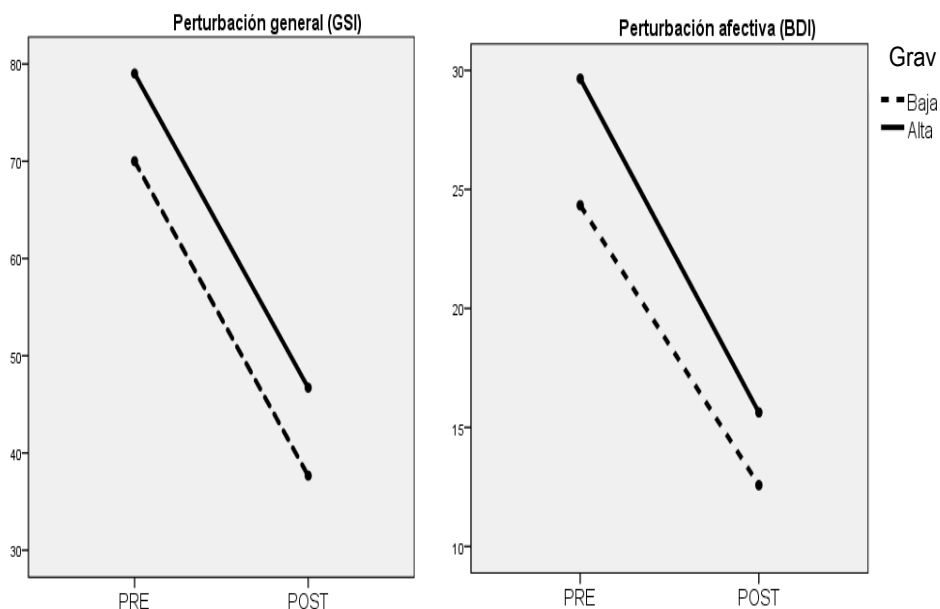
Variable	Grupo	Medida	M (DT)	IC 95%	Gravedad	Tiempo	Interacción
					p (η_p^2)	p (η_p^2)	p (η_p^2)
Perturbación general (GSI)	GB	Pre	70,0 (3,59)	62,8-77,2	0,059 (0,043)	0,000 (0,242)	0,891 (0,000)
		Pos	37,7 (5,55)	26,6-48,7			
	GA	Pre	79,0 (2,95)	73,1-84,9			
		Pos	46,7 (4,55)	37,6-55,8			
Perturbación afectiva (BDI)	GB	Pre	24,3 (2,13)	20,1-28,6	0,090 (0,035)	0,000 (0,542)	0,395 (0,009)
		Pos	12,6 (2,16)	8,3-16,9			
	GA	Pre	29,6 (1,75)	26,2-33,1			
		Pos	15,6 (1,77)	12,1-19,2			

Notas: GSI= Índice global de gravedad; BDI= Inventario de depresión de Beck; GB= Gravedad baja; GA= Gravedad alta. Significación (p) y potencia (η_p^2) de los efectos intersujetos (gravedad: general y afectiva), intrasujetos (tiempo: pre-postratamiento) y de la interacción de ambos. En **negrita** se indican las diferencias significativas.

Finalmente, en la tabla 5 se ofrecen las variables predictoras del cambio en perturbación general y afectiva en los análisis de regresión. La gravedad no resulta significativa, y únicamente la escala autodestructiva (en ambos casos) y la escala histriónica (en el caso del cambio en perturbación general) son retenidas por el modelo. La escala autodestructiva correlaciona positivamente ($r= 0,238$; $p= 0,015$) con el cambio pre-postratamiento en el índice de gravedad general (GSI) del SCL-90-R y con el cambio en el BDI ($r= 0,303$; $p= 0,003$); esta escala experimenta ella misma una reducción significativa tras el tratamiento ($M= 18,3$; $DT= 22,8$; $t= 7,183$; $p= 0,000$; IC 95%= 13,2-23,3). Por su parte, la escala histriónica exhibe una correlación positiva con el cambio en perturbación general ($r= 0,294$; $p= 0,003$), pero su puntuación se mantiene sin cambio significativo a los 6 meses ($M= 0,55$; $DT= 20,6$; $t= 0,239$; $p= 0,812$; IC 95%= -4,0-5,1).

Figura 2

Medias marginales estimadas en el modelo lineal general de la perturbación general y afectiva en los grupos de alta y baja gravedad del TP al inicio y al final del tratamiento

**Tabla 5**

Cambio en perturbación general y afectiva a partir de las escalas de rasgos de la personalidad (MCMI-II) y de la gravedad del TP en sus medidas pretratamiento

Variable	Escalas predictoras (MCMI-II)	β	R^2	p	t	p	IC (95%)
Perturbación general ^a	Histriónica	0,350	0,175	0,000	3,383	0,001	0,20-0,77
	Autodestructiva	0,302			2,923	0,005	0,18-0,96
Perturbación afectiva ^b	Autodestructiva	0,303	0,092	0,006	2,846	0,006	0,06-0,37

Notas: ^aMedida pre menos medida postratamiento en el Índice de gravedad global (GSI) del Cuestionario de 90 síntomas, revisado (SCL-90-R); ^bMedida pre menos medida postratamiento en el Inventario de depresión de Beck (BDI). MCMI-II= Inventario clínico multiaxial de Millon-II.

Discusión

El variado curso temporal de evolución de los TP y la respuesta diversa de los pacientes a las intervenciones terapéuticas diseñadas expresamente para abordar su particular psicopatología hacen que el concepto de gravedad del TP esté en el debate más actual de clínicos e investigadores (Crawford *et al.*, 2011; Moran y Crawford, 2013; Hopwood *et al.*, 2011; Skodol *et al.*, 2013; Tyrer *et al.*, 2011; Widiger y Trull, 2007). La proposición de niveles de gravedad y el hallazgo de

instrumentos válidos y fiables para su detección sigue siendo un reto pendiente, a pesar de los avances conseguidos, tanto para ofrecer a los pacientes la “dosis” adecuada de intervención (Bateman y Fonagy, 2013), como para administrar los recursos sanitarios escasos con criterios de eficiencia (Yang *et al.*, 2010).

Un índice plausible de gravedad del TP es la medida cuantitativa de acumulación de rasgos patológicos, tal como se expuso en otro trabajo (Ramos *et al.*, 2015). En esta nueva investigación hemos explorado el papel de la gravedad en el cambio de la sintomatología general y afectiva por un lado, y de los rasgos de personalidad por otro, en un grupo de pacientes con TP que culminaron un programa de tratamiento hospitalario basado en el modelo de comunidad terapéutica durante seis meses de ingreso.

Al inicio del programa de intervención, las personas con mayor gravedad del TP se caracterizan por tener también mayor perturbación sintomatológica general y afectiva, pero no se diferencian del resto ni en edad ni en sexo. Los rasgos de personalidad que les singularizan frente a las personas con menor gravedad del TP son, por orden de tamaño del efecto, los rasgos esquizotípicos, límites, pasivo-agresivos, fóbico-evitativos, agresivo-sádicos, autodestructivos, antisociales, narcisistas y esquizoides. Tras los seis meses del tratamiento programado, se observa en el grupo de adherentes una mejora en la sintomatología y una reducción de la gravedad del TP, con una magnitud alta ($d > 0,80$) y moderada ($d = 0,753$) del tamaño del efecto, respectivamente (Cohen, 1988). Los resultados de nuestra intervención, pese a parecer sorprendentes si se comparan con los de tratamientos ambulatorios habituales para esta tipología de pacientes graves, están en línea con los hallazgos de resultados de programas especializados para TLP (grupo mayoritario en nuestra muestra) de otros autores (Bateman y Fonagy, 2009; Clarkin *et al.*, 2007; Davidson *et al.*, 2010; Giesen-Bloo *et al.*, 2006; Huband *et al.*, 2007; Linehan *et al.*, 2006; McMMain, *et al.*, 2009; Stoffers *et al.*, 2012). Existe un amplio consenso en los principios que facilitan el cambio psicoterapéutico en general (Castonguay y Beutler, 2006) y que Goldfried (2013) sintetiza en los cinco siguientes: favorecer expectativas positivas y motivación, establecer una óptima alianza, ayudar a conocer mejor los determinantes de los problemas, facilitar experiencias correctivas y mantener las pruebas de realidad. En el campo específico del TLP también se ha promovido la investigación de los procesos de cambio (Clarkin y Levy, 2006), identificando diversos mecanismos potenciales de cambio: la mentalización o función reflexiva (Fonagy y Bateman, 2006), la integración de representaciones del sí mismo y de los otros y la regulación afectiva (Levy *et al.*, 2006), la atención plena, la validación y la eficacia interpersonal (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan, 2006). Tales mecanismos son estimulados por determinadas características que comparten las intervenciones diseñadas para TP que han probado su eficacia (Bateman, 2012; Gunderson *et al.*, 2013) y que son reproducidas en nuestro diseño de intervención: un clínico responsable dentro de un equipo multiprofesional, una estructura terapéutica aceptada expresamente que clarifica roles y procedimientos, una validación del paciente que integra aceptación en las dificultades y apoyo para el compromiso de cambio, una implicación personal del paciente como agente activo y una supervisión autocrítica y continuada de la interacción terapéutica.

Nuestros resultados no se apartan de lo que Haigh y den Hartog (2012) consideran “resultados realistas” de las comunidades terapéuticas en general: una reducción del malestar agudo, conductas de búsqueda de ayuda menos caóticas, sentido de identidad personal más integrado, mejora de las relaciones interpersonales y mejor satisfacción con la vida y mayor oportunidad de involucrarse en estudios o trabajo. Estos autores apuntan, además, que tales logros se consiguen probablemente mediante una mejorada mentalización y metacognición.

Pearce y Pickard (2013) proponen dos factores específicos compartidos por las diferentes comunidades terapéuticas que pueden explicar el importante efecto terapéutico que consiguen: (1) la promoción de un sentido de pertenencia y (2) la potenciación de la responsabilidad personal. Aunque ambos factores se dan en diverso grado en diferentes enfoques e intervenciones clínicas, su énfasis es distintivo en el modelo de comunidad terapéutica, y su específica combinación maximiza la posibilidad de cambio. Adquirir un sentido de pertenencia (primer factor) constituye una motivación humana fundamental, que necesita interacciones frecuentes y placenteras con otras personas en un marco temporalmente estable y duradero de cuidado afectivo mutuo (Baumeister y Leary, 1995). Pertenencia correlaciona con autoestima (Baumeister, Dori y Hastings, 1998), conducta afiliativa (Williams y Sommer, 1997) y autorregulación (De Wall, Baumeister y Vohs, 2008); por el contrario, la experiencia opuesta de soledad, rechazo o exclusión se asocia a tentativa suicida (Davidson, Wingate, Rasmussen y Slish, 2009), infelicidad, ansiedad, depresión, culpa, estrés y enfermedad (Hawkley, Burleson, Berntson y Cacioppo, 2003). Por otro lado, la responsabilidad personal (segundo factor) requiere un cambio de actitud básico: pasar del rol de paciente que se descontrola conductualmente “porque tiene un trastorno”, al rol de agente capaz de llevar mejor las riendas de sus decisiones y la aproximación a sus metas porque confía en su capacidad de autodirección. La percepción de autoeficacia puede ser considerada un índice de esta dimensión de agencia personal, y se asocia con una mayor autoestima, un estado afectivo positivo y un mayor bienestar (Deci y Ryan, 1987), y un estilo de afrontamiento no evitativo conduce a mayor cambio psicoterapéutico (Ramos, 2014).

Los rasgos que mejoran significativamente, ordenados por magnitud del cambio, son los autodestructivos y límites (tamaño elevado del efecto), fóbico-evitativos, pasivo-agresivos, dependientes, esquizotípicos, esquizoides y, en sentido contrario a los demás, los rasgos compulsivo-rígidos (magnitud moderada). Con la excepción de esta última, vemos que las escalas cuyas puntuaciones medias era inferiores al inicio del programa son las que tienden a permanecer sin cambio al final del mismo: narcisista, histriónica, paranoide, agresivo-sádica y antisocial; corresponden también, coherentemente, con la menor proporción de personas con tales rasgos patológicos (TB > 75) en el grupo inicial. Sin duda hay un sesgo intrínseco a la población de estudio, posiblemente explicativa del rechazo al ingreso hospitalario de seis meses de algunos perfiles al estar constituida por personalidades más exteriorizantes (histriónica, narcisista, antisocial y agresivo-sádica) y, más suspicaces (paranoide); aunque también pueden atribuirse estos hallazgos al hecho de que, según algunos autores, se trataría de alteraciones de

personalidad menos graves (Blackburn, 2000; Kernberg, 1984), por lo que no serían los prototipos de personalidad frecuentadores de un recurso hospitalario especializado (Gunderson y Links, 2008).

El comportamiento del rasgo compulsivo-rígido es atípico en el conjunto de las escalas, puesto que, como destacamos, no sólo se asocia a la adherencia terapéutica, sino que también se ve potenciado tras el tratamiento. Esto puede entenderse desde la persuasión de que se trata de una escala funcional (Choca y Van Denburg, 1998; Craig, 2005). Además del perfeccionismo negativo o disfuncional (relacionado con una excesiva preocupación por los errores y con una percepción de afilada actitud crítica), el modelo dual del perfeccionismo (Slade y Owens, 1998) define un perfeccionismo positivo o funcional, caracterizado por la tendencia al orden y al planteamiento de metas y criterios elevados (González, Ibáñez, Rovella, López y Padilla, 2013). La observación clínica del efecto beneficioso que producen la regularidad de rutinas y la disciplina promovidas por el entorno hospitalario y comunitario frente al caos y desorganización horaria que suelen presentar típicamente estos pacientes al ingreso, corrobora esta interpretación de rasgo favorecedor de funcionalidad, en la línea clarificadora de conceptualizar el estilo de personalidad como algo diferente de la patología de personalidad (Caballo, Guillén, Salazar e Iruña, 2011).

La diferente gravedad del TP (baja, alta) al inicio del programa no influye en el cambio asociado al tratamiento en sintomatología general y afectiva, ni al cambio en los rasgos de personalidad esquizoide, dependiente, histriónico, narcisista ni compulsivo-rígida; en el resto de escalas lo hace con una capacidad explicativa pequeña ($\eta_p^2 < 0,30$). En ninguna de las variables estudiadas aparece un efecto de interacción entre el cambio pre-postratamiento y la gravedad del TP, lo que se traduce en no encontrar diferencias en la evolución de los pacientes en función de la gravedad del TP; esto conlleva, por tanto, el rechazo de la primera de las hipótesis de partida. El tratamiento parece ejercer un efecto general e indiscriminado de aminorar los niveles de malestar y perturbación de los pacientes, así como de rebajar la alteración de la personalidad; pero el cambio no es mayor en las personas que partían de una menor gravedad del TP. La gravedad parece, pues, operar como un índice que agrupa cuantitativamente rasgos particulares de personalidad sin connotar ninguna novedad cualitativa. Esta irrelevancia mostrada por la gravedad en nuestros datos contradice lo esperado teóricamente (los trastornos más graves han de mejorar con mayor dificultad por definición del propio constructo), contradice la posición de diversos autores (que afirman que la gravedad del TP es mejor predictor del resultado terapéutico que el tipo de TP) (p. ej., Bateman y Fonagy, 2013; Bornstein, 1998; Hopwood *et al.*, 2011; Morey *et al.*, 2011; Verheul, 2012) y, además, es incongruente con lo que otros estudios han hallado empíricamente (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2009; Pulay *et al.*, 2008; Tyrer *et al.*, 2009; Tyrer *et al.*, 2004; Yang *et al.*, 2010). Posiblemente hay un efecto de extremidad en la selección muestral que anula las diferencias que podrían haber aflorado si la muestra hubiera sido más representativa de los diversos niveles de gravedad. El grupo total de los pacientes estudiados cumple los criterios diagnósticos de condición patológica mental grave (Slade, Powell, Rosen y Strathdee, 2000), con elevada frecuencia de autolesiones y tentativa autolítica,

importante disfunción sociolaboral, alta comorbilidad asociada, gran consumo de recursos sociosanitarios y enorme dificultad en el progreso terapéutico a nivel ambulatorio. En este nivel extremo de gravedad, la ulterior subdivisión en dos niveles más puede ser irrelevante para captar diferencias en respuesta al tratamiento, lo que explicaría que ambos subgrupos (gravedad baja y alta) exhiban un comportamiento indiferenciado en el cambio observado tras los seis meses de ingreso. Por lo tanto, en niveles altos de gravedad, el índice de solapamiento agrupa cuantitativamente rasgos patológicos sin aportar novedad cualitativa.

La gravedad del TP, por otra parte, no predice el cambio ni en perturbación general ni afectiva tras el tratamiento. En contra de la segunda hipótesis planteada, y en coherencia con hallazgos previos (Ramos *et al.*, 2015), encontramos que una determinada configuración cualitativa de rasgos explica el cambio observado tras el programa de intervención mejor que la gravedad. El rasgo autodestructivo está asociado al cambio en sintomatología general y afectiva y mantiene una correlación positiva con la mejora, lo que se ha de interpretar desde la perspectiva de que es la reducción de este rasgo tras el tratamiento la relacionada con la mejora sintomatológica. El rasgo histriónico, en cambio, se mantiene inalterado tras los seis meses, y su mantenimiento aparece asociado a la mejora en sintomatología general; el estilo histriónico parece ejercer una influencia favorecedora de la mejoría clínica cuando no excede el umbral de trastorno (Caballo *et al.*, 2011). En un marco de comunidad terapéutica, se ha facilitado el cambio de una actitud y comportamiento destructivo a una actitud y comportamiento de autocuidado (reducción del rasgo autodestructivo), efecto atribuible -al menos en parte- a la experiencia emocional correctiva de una convivencia respetuosa, fomentada por un estilo relacional donde el individuo "se deja ver" (mantenimiento del rasgo histriónico) en lugar de apartarse por desinterés o por miedo, y fomenta su responsabilidad personal (Pearce y Pickard, 2013).

Sanislow *et al.* (2009) encontraron, en un estudio longitudinal de 10 años, que la estructura latente de distintos TP (equizotípicos, límites, evitativos y obsesivo-compulsivos) correlacionaba más con el avance del tiempo, de manera que se hacía cada vez más difícil encontrar trastornos diferentes. Resulta destacable el hecho de que el grupo de pacientes ($n= 733$) no evolucionó a mayor patología, sino al contrario, lo que supone una nueva luz a la hora de entender -y compatibilizar- este hallazgo con la noción seminal de que una mayor patología o gravedad equivaldría a una mayor acumulación de diagnósticos de TP (Tyrer y Johnson, 1996; Tyrer *et al.*, 2011). La estabilidad del TP no parece residir en el cumplimiento de los criterios diagnósticos, cuya naturaleza heterogénea y cuya utilización politética producen graves problemas de validez discriminativa, sino en un núcleo compartido por todos los TP independientemente de su categorización prototípica (Berghuis, Kamphuis y Verheul, 2012). Ese núcleo se mantendría tanto en el caso de producirse un aumento de la gravedad de la patología, cuando se solapan más criterios diagnósticos de diferentes TP (aportación de Tyrer y Johnson, 1996) como en el caso de producirse una disminución de la gravedad, cuando las características diagnósticas se hacen más indistinguibles (aportación de Sanislow *et al.* 2009). Según estos últimos autores, sólo algunos aspectos son duraderos en

cada constructo diagnóstico -en el caso de TLP, por ejemplo, los criterios afectivos resisten al cambio más que los conductuales (Zanarini *et al.*, 2007)-, y la comorbilidad típica hallada en los TP (Lynam y Widiger, 2001) puede reflejar también rasgos centrales compartidos por los diferentes TP.

Los análisis multivariantes, identificando núcleos de variación que afloran sobre la variación conjunta de escalas interrelacionadas, podrían hacer despuntar ese núcleo común básico relacionado con la gravedad y con la mejora terapéutica. Pero los análisis efectuados con las escalas del MCMI-II no parecen haber servido en esta tarea decantadora, tal vez por haberse tomado como unidad de análisis las escalas de personalidad, no las personas, ya que a cada persona le caracteriza una constelación particular de rasgos (perfil) que se nutre de la puntuación de todas las escalas individuales y que le dota para una adaptación mejor o peor favorecida en un entorno socio-familiar concreto donde desarrolla su vida (Nelson-Gray *et al.*, 2007). Teniendo en cuenta que más del 75% de los pacientes de la muestra compartían un patrón de rasgos comunes (autodestructivo, fóbico-evitativo, límite y pasivo-agresivo), deducimos que, en niveles graves del TP, es posible que estos rasgos expresen una estructura latente común.

De las limitaciones de nuestro trabajo destacamos, en primer lugar, la utilización exclusiva de variables procedentes de instrumentos autoinformados, lo que ofrece una visión parcial, subjetiva y susceptible de sufrir sesgos que habría de ser completada y corregida con indicadores más objetivos de la respuesta de los pacientes al programa de intervención. En segundo lugar, existe un alto grado de correlación entre las variables de estudio, lo que da lugar a la presencia de información redundante y dificultad en la interpretación de algunos resultados; este problema, sin embargo, es común en la investigación de la salud con constructos personales. Además, las características de nuestra muestra la hacen representativa de lo que se puede considerar una condición patológica mental grave (Slade *et al.*, 2000), y este sesgo muestral podría explicar la ausencia de diferencias en dos subniveles superiores de gravedad, por lo que sería adecuado replicar el estudio con muestras de pacientes menos graves, atendidos en recursos de menor nivel de especialización, como centros de atención primaria, centros de salud mental y hospitales de día. Por otra parte, el análisis agrupado de los datos hace perder la idiosincrasia individual de una concreta configuración de la personalidad que resulta más o menos adaptada al entorno (y, por tanto, más o menos patológica) en función de las dinámicas transacciones específicas establecidas entre el organismo y su medio social. Finalmente, hubiera sido deseable poder recabar información también de la evolución del grupo de pacientes no adherentes al programa, que podría haber actuado de grupo de control en un diseño de evaluación del tratamiento frente al no tratamiento; no obstante, éste no ha sido un objetivo de este estudio. Sin duda, algunos de los retos que se plantean en la futura investigación de los TP están en relación con el conocimiento de los resultados terapéuticos obtenidos por este tipo de dispositivos a medio/largo plazo en el medio habitual del paciente fuera del contexto institucional, así como la posibilidad de controlar de forma eficaz las posibles variables externas no conocidas o no exploradas, que puedan estar condicionando la aparición de sesgos y conduciendo a interpretaciones erróneas.

Están aún abiertas muchas preguntas acerca de la conceptualización, evaluación y abordaje de los TP. Tyrer (2007) propuso concebir el TP como condición de vulnerabilidad o diátesis más que como trastorno. Desde una perspectiva transaccional organismo-entorno, a los rasgos “estables” y característicos del individuo es preciso añadir la estrategia de afrontamiento que el individuo pone en juego en un contexto determinado para explicar mejor las consecuencias adaptativas de un proceso que concebimos como trastorno precisamente por tales consecuencias (Svrakic, Lecic-Tosevski y Divac-Jovanovic, 2008). Si los cambios posibles en TP se relacionan con tales estrategias, hacia ellas deberíamos de concentrar el esfuerzo y el foco de la intervención terapéutica en cualquier nivel de gravedad.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) DSM 5. Arlington, VA: Autor.
- Bernstein, R. F. (1998). Reconceptualizing personality disorder diagnosis in the DSM-V: the discriminant validity challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 333-343.
- Bateman, A. (2012). Treating borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 169, 560-563.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalisation-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 203, 221-227.
- Baumeister, R. F., Dori, G. A. y Hastings, S. (1998). Belongingness and temporal bracketing in personal accounts of changes in self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 32, 222-235.
- Baumeister, R. F. y Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York, NY: Guilford.
- Berghuis, H., Kamphuis J. H. y Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorders*, 26, 704-716.
- Blackburn, R. (2000) Treatment or incapacitation? Implications of research on personality disorders for the management of dangerous offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 5, 1-21.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Saiz-Gonzalez, M. D., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M. A. y de Leon, J. (2009). Severity of personality disorder and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 149-155.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. y Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Bornstein, R. F. (1998). Dependency in the personality disorders: intensity, insight, expression, and defense. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 175-189.

- Caballo, V. E., Guillén, J. L., Salazar, I. C. e Iruñia, M. J. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del "Cuestionario exploratorio de personalidad-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 277-302.
- Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (Dir.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Choca, J. y Van Denburg, F. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 405-410.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. Nueva Jersey, NJ: Routledge.
- Craig, R. (2005). New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). Nueva York, NY: Wiley.
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R. y Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25, 321-330.
- Davidson, K. M., Wingate, L., Rasmussen, K. y Sligh, M. (2009). Hope as a predictor of interpersonal suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 499-507.
- Davidson, K. M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S. J. y Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for BPD: prospective 6-year follow up. *British Journal of Psychiatry*, 197, 456-462.
- De Wall, C., Baumeister, R. y Vohs, K. (2008). Stated with belongingness? Effects of acceptance, rejection, and task framing on self-regulatory performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1367-1382.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1024-1037.
- Derogatis, L. R. (1992). *The SCL-90-R*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Fok, M. L., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F. J. y Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 104-107.
- Fonagy, P. y Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Gabbard, G. O. (2007). Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 853-855.
- Giesen-Bloo, J., van Dick, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. y Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder; randomized trial of schema-focused therapy vs transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review*, 33, 862-869.
- González de Rivera, J. L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas* (versión española del SCL-90-R). Madrid: TEA.
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A., López, M. y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 81-101.
- Gunderson, J. G. y Links, P. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide* (2ª ed). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

- Gunderson, J. G., Weinberg, I. y Choi-Kain, L. (2013). Borderline personality disorder. *Focus*, 11, 129-145.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A y Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder psychopathology and function from de Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- Hadjipavlow, G. y Ogrodniczuk, J.S. (2010). Promising psychotherapies for personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 5, 202-210.
- Haigh, R. y den Hartog, H. (2012). Contemporary therapeutic communities: complex treatment for complex needs. En J. Sarkar y G. Adshead (Dir.), *Clinical topics in personality disorders* (pp. 307-320). Londres: Royal College of Psychiatrists.
- Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G. y Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 105-120.
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Pinto, A., Markowitz, J. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C. y Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style and traits. *Journal of Personality Disorders*, 25, 305-320.
- Huband, N., McMurrin, M., Evans, C. y Duggan, C. (2007). Social problem-solving plus psychoeducation for adults with personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 307-313.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics, v. 22.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kvarstein, E. y Karterud, S. (2012). Large variations of global functioning over five years in treated patients with personality traits and disorders. *Journal of Personality Disorders*, 26, 141-161.
- Lenzenweger, M. F., Johnson, M. D. y Willet, J. B. (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1015-1024.
- Levy, K. N. (2008). Psychotherapies and lasting change. *American Journal of Psychiatry*, 165, 556-559.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H. y Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 481-501.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S.K. y Lindenboim N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. y Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Lynam, D. R. y Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 401-412.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. y Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.

- Millon, T. (1999). *Inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCM-II)*. Madrid: TEA.
- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F. y Skodol, A. E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93, 347-353.
- Morey, L. C. y Hopwood, C. J. (2013). Stability and change in personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 499-528.
- Moran, P. y Crawford, M. J. (2013). Assessing the severity of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 163-164.
- Nelson-Gray, R. O, Mitchell, J. T., Kimbrel, N. A. y Hurst, R. M. (2007). The development and maintenance of personality disorders: a behavioral perspective. *The Behavior Analyst Today*, 8, 443-482.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.
- Pearce, S. y Pickard, H. (2013). How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome. *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 636-645.
- Pulay, A. J., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Huang, B., Chou, S. P. y Grant, B. F. (2008). The relationship of impairment to personality disorder severity among individuals with specific axis I disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Personality Disorders*, 22, 405-417.
- Ramos, J. M. (2014, noviembre). Intervención en trastornos de personalidad: influencia del estilo de afrontamiento en el cambio sintomatológico y caracterial. En G. Buela-Casal, J. C. Sierra y T. Ramiro-Sánchez (dirs.), *Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology*. Granada: AEPC.
- Ramos, J. M., Sendra, J. M., Sánchez, A. y Mena, A. (2015). Perturbación sintomática general y afectiva en los trastornos de la personalidad: influencia de la gravedad frente al tipo de trastorno. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23, 65-83.
- Sanislow, C. A., Little, T. D., Ansell, E. B., Grilo, C. M., Daversa, M., Markowitz, J. C., Pinto, A., Shea, M. T., Yen, S., Skodol, A. E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., y McGlashan, T. H. (2009). Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 507-519.
- Sanz, J y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E. y Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implication. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.
- Skodol, A. E., Krueger, R. F., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Bell, C. C., Alarcon, R. D., Siever, L. J. y Oldham, J. M. (2013). Personality disorders in DSM-5 section III. *Focus*, 11, 187-188.
- Slade, M., Powell, R., Rosen, A. y Strathdee, G. (2000). Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 78-85.
- Slade, P. D. y Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 8, CD005652.
- Svrakic, D. M., Lecic-Tosevski, D. y Divac-Jovanovic, M. (2008). DSM axis II: personality disorders or adaptation disorders? *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 111-117.

- Tyrer, P. (2007). Personality diathesis: a superior explanation than disorder. *Psychological Medicine*, *37*, 1521-1525.
- Tyrer, P. y Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1593-1597.
- Tyrer, P., Cooper, S., Rutter, D., Seivewright, H., Duggan, C., Maden, T., Barrett, B., Joyce, E., Rao, B., Nur, U., Cicchetti, D., Crawford, M. y Byford, S. (2009). The assessment of dangerous and severe personality disorder: lessons from a randomised controlled trial linked to qualitative analysis. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *20*, 132-146.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y., Koldobsky, N., Lecic-Tosevski, D., Ndeti, D., Swales, M., Clark, L. A. y Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International classification of diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, *5*, 246-259.
- Tyrer, P., Seivewright, H. y Johnson, T. (2004). The Nottingham study of neurotic disorder: predictors of 12 year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, *34*, 1385-1394.
- Verheul, R. (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: a heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*, 369-371.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist*, *62*, 71-83.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pederson, G. y Urnes, O. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*, 1-7.
- Williams, K. D. y Sommer, K. L. (1997). Social ostracism by coworkers: does rejection lead to loafing or compensation? *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*, 693-706.
- Yang, M., Coid, J. y Tyrer, P. (2010). Personality pathology recorded by severity: national survey. *British Journal of Psychiatry*, *197*, 193-199.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy for borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*, 373-377.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. y Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. y Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 476-483.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. L. y McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow up study. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 929-935.

RECIBIDO: 23 de septiembre de 2014

ACEPTADO: 22 de marzo de 2015