

PERTURBACIÓN SINTOMÁTICA GENERAL Y AFECTIVA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD FRENTE AL TIPO DE TRASTORNO¹

Juan M. Ramos, Juan M. Sendra, Aintzane Sánchez y Ana Mena
Hospital Dr. R. Lafora, Madrid (España)

Resumen

Diversos modelos centrados en la gravedad del trastorno de personalidad (TP) se erigen como alternativa a los tradicionales planteamientos categoriales, confirmando su alto valor predictivo en la evaluación del funcionamiento social y en la comorbilidad con otros trastornos. En este trabajo examinamos la relación entre gravedad del TP (acumulación de diferentes rasgos de personalidad patológica e intensidad de cada uno de ellos) y grado de malestar sintomático en una muestra de 142 pacientes. El análisis bivariante confirma en el grupo de alta gravedad un mayor nivel de perturbación general ($p= 0,013$) y afectiva ($p= 0,036$). El análisis multivariante detecta, sin embargo, que la intensidad de rasgos esquizotípicos, autodestructivos y pasivo-agresivos explica la perturbación sintomática mejor que la acumulación de rasgos de personalidad patológica. Se discuten estos hallazgos en el contexto de la complejidad conceptual y evaluativa del constructo TP. La búsqueda de un índice adecuado de gravedad sigue pendiente en el esfuerzo por mejorar la planificación y una provisión objetiva de recursos sociosanitarios.

PALABRAS CLAVE: *trastornos de la personalidad, gravedad, análisis multivariante.*

Abstract

Several models focused on the severity of personality disorders (PD) have been proposed as an alternative to the traditional categorical approach, confirming their high predictive value in the evaluation of social functioning and comorbidity with other disorders. In this work, we examined the relationship between personality severity (accumulation of different traits of pathological personality and intensity of each of them) and degree of symptomatic disturbance in a sample of 142 patients. The bivariate analysis confirms that the high personality severity group has higher level of affective ($p= .036$) and general ($p= .013$) disruption. However, multivariate analysis found that the intensity of schizotypal, self-destructive and passive-aggressive traits explains symptomatic disturbance better than the accumulation of traits. These findings are discussed in the context of conceptual and evaluative complexity of the personality disorder construct. The search for an appropriate index of severity is still pending in the

effort to improve the planning and objective provision of social and health resources.

KEY WORDS: *personality disorders, severity, multivariate analysis.*

Introducción

Se estima que entre el 4 y el 12% de la población adulta tiene un diagnóstico de trastorno de personalidad (TP) (Coid, Yang, Tyrer, Roberts y Ullrich, 2006; Grant, Hasin *et al.*, 2004; Huang *et al.*, 2009; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001), porcentaje que se ve incrementado entre la población clínica (Newton-Howes *et al.*, 2010) y aún más si consideramos la carga de patología que escapa al diagnóstico formal (Blagov, Bradley y Westen, 2007). Con esta elevada prevalencia, la planificación de una asignación proporcionada de recursos sociosanitarios, habitualmente intensivos y costosos, parece necesaria, aunque se ve limitada al no existir una adecuada medida de la gravedad del diagnóstico de TP (Yang, Coid y Tyrer, 2010).

El TP es definido como 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, es generalizado en un amplio rango de situaciones y comporta malestar significativo o perjuicios en importantes áreas del funcionamiento del individuo (*American Psychiatric Association, APA, 2013*). De hecho, a las personas con TP les caracteriza ser portadoras de un intenso sufrimiento subjetivo y de una mala calidad de vida (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011; Semerari y Dimaggio, 2008; Zanarini, 2008), peor salud y riesgo aumentado de mortalidad temprana (Fok *et al.*, 2012). También tienen un rango más limitado de emociones, actitudes y comportamientos con los que manejar los estresores y dificultades de la vida cotidiana (Gask, Evans y Kessler, 2013).

El sufrimiento que padecen es variable, episódico, con tendencia a la cronificación en la medida en que, con el curso del tiempo, se enquistan las consecuencias de la desadaptación sociolaboral y la deteriorada calidad de vida (Fok *et al.*, 2012). Dos estudios multicéntricos comunitarios han examinado el curso longitudinal de los trastornos de la personalidad (TTPP) (el MSAD [Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2012] y el CLPS [Skodol, Gunderson, *et al.*, 2005; Gunderson *et al.*, 2011]) y han encontrado que las personas con TP cambian con el tiempo más de lo esperado y los criterios diagnósticos que cumplen se van haciendo cada vez más similares entre ellos, difuminando así las fronteras que separan los diferentes subtipos de TP (Sanislow *et al.*, 2009). Cuando la perturbación de la personalidad se hace más grave, se funden los prototipos clásicos de TP (Yang *et al.*, 2010), lo que parece relacionarse con el hecho de que la categoría de TP "no especificado" suele usarse más frecuentemente que cualquier otro diagnóstico simple (Verheul y Widiger, 2004). Además, la mayoría de las personas tratadas en servicios especializados para TP cumplen criterios diagnósticos de varios subtipos de TP (Crawford, Koldobsky, Mulder y Tyrer, 2011).

Existe actualmente un importante debate acerca del planteamiento categorial tradicional y propuestas más dimensionales en la clasificación de los TP (Skodol, Oldham *et al.*, 2005; Widiger y Trull, 2007). Algunos autores (Tyrer, 2012; Tyrer, Crawford y Mulder, 2011), de acuerdo con la próxima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud, han abogado por un planteamiento dimensional basado en la gravedad, al considerar que aspectos como la elevada comorbilidad compartida entre los diferentes *clústers*, la excesiva utilización de la categoría TP “no especificado” y el no incluir el grado de gravedad del trastorno convertirían a las clasificaciones en poco útiles para la planificación y provisión de servicios (Tyrer *et al.*, 2007), así como para predecir el resultado terapéutico (Bornstein, 1998, citado en Morey *et al.*, 2011; Hopwood *et al.*, 2011).

Este debate, que ha tenido un eco menor en la literatura hispana (Caballo, 2013), ha sido, sin embargo, muy polémico en el proceso de redacción del DSM-5 y, al no encontrarse una solución integradora, se ha optado por la yuxtaposición: se garantiza la continuidad manteniendo en la sección segunda la clasificación precedente y, a la vez, se intentan paliar sus limitaciones con una novedosa propuesta dimensional introducida en la sección tercera, denominada “Medidas y modelos emergentes”, con la esperanza de que ambas sirvan para la práctica clínica y para la investigación. Este modelo alternativo de clasificación adopta una perspectiva funcionalista: el TP está caracterizado por un déficit en el funcionamiento de la personalidad y el factor singular predictivo más importante propuesto en la valoración de su psicopatología es la gravedad generalizada. El TP está determinado por un continuum de perturbación de personalidad más una especificación de elementos estilísticos derivados de la constelación de los síntomas del TP y de los rasgos de personalidad (APA, 2013).

La búsqueda de un índice adecuado de gravedad puso en marcha un prometedor esfuerzo de investigación. Crawford *et al.* (2011), en su revisión de más de 300 artículos publicados entre 1950 y 2008 que consideran la gravedad de los TP, encuentran una frecuente indefinición del constructo y cinco propuestas diferentes de aproximación al mismo: (1) algunas categorías se consideran más graves que otras; (2) número de criterios cumplidos para una categoría de TP; (3) número de TTPP 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 y comprende cuatro niveles, desde la ausencia de trastorno (0), pasando por las dificultades de personalidad por debajo del umbral diagnóstico (1), el trastorno simple en un único *clúster* (2), hasta el trastorno difuso en más de dos *clústers* (3). Diversos estudios han comprobado la utilidad de este modelo como predictor de comorbilidad con los trastornos del antiguo eje I del DSM-IV (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2009; Pulay *et al.*, 2008; Tyrer *et al.*, 2009; Tyrer, Seivewright y Johnson, 2004). Otros autores (Yang *et al.*, 2010), en un estudio epidemiológico con una muestra poblacional de más de 8.000 adultos británicos, han confirmado la hipótesis de que una mayor gravedad en la perturbación de la personalidad se relaciona con una mayor alteración de la función social (desempleo, conducta criminal) y comorbilidad (otros

trastornos mentales, uso de servicios sanitarios), por lo que se deduce la mayor incapacidad resultante de presentar patología en más de un dominio.

Las ventajas de utilizar un modelo centrado en la gravedad podrían estar relacionadas con la combinación de las perspectivas dimensional y categorial, la reducción del estigma asociado al diagnóstico y la mejora del solapamiento de prototipos del TP (Yang *et al.*, 2010). Además, este tipo de modelos permiten la diferenciación entre la gravedad del TP (perturbación de la experiencia interna y conducta), por un lado, y la de la sintomatología asociada (depresión, ansiedad, consumo de tóxicos...), por el otro (Bateman y Fonagy, 2013). De esta forma, el TP es conceptualizado como un constructo diferente al resto de los trastornos mentales (Kendell, 2002), una entidad híbrida compuesta de rasgos estables de personalidad y de conductas sintomáticas expresadas intermitentemente en un intento de manejar mejor o compensar estos rasgos patológicos (Leichsenring *et al.*, 2011); el fracaso de este intento adaptativo ocasiona sufrimiento, disfunción y morbilidad sintomática (Linehan, 1993; Livesley, 1998; Zanarini y Frankenburg, 2007). A este respecto, Tyrer (2007) propuso concebir el TP como condición de vulnerabilidad o diátesis más que como trastorno, basándose en los argumentos siguientes: aparece tempranamente en el curso vital; toma diferentes formas de expresión según el contexto temporal y situacional; se asocia a otros trastornos; y es aceptado como componente intrínseco del funcionamiento personal. Esta visión permite, de una manera directa y simple, graduar la vulnerabilidad en una dimensión de gravedad: a mayor vulnerabilidad, mayor probabilidad de sufrir episodios de fracaso adaptativo, mayor intensidad de sufrimiento, disfunción y morbilidad y -en definitiva- mayor necesidad de recepción de ayuda.

A partir de este marco teórico, el presente trabajo propone un nuevo índice de gravedad del TP basado en el concepto de acumulación de escalas patológicas, es decir, el número de escalas del "Inventario clínico multiaxial de Millon-II" (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1999) (ver más adelante el apartado Instrumentos) que superan el punto de corte establecido para su consideración patológica.

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación existente entre la gravedad del TP y el malestar sintomático del paciente y establecer diferencias entre la consideración actual de categorías diagnósticas y el planteamiento dimensional como factores explicativos de la perturbación. En concreto, queremos verificar si la acumulación o solapamiento de varios rasgos patológicos de personalidad explica mejor que la intensidad de cada uno de ellos la perturbación general y afectiva que manifiestan tener los pacientes con diagnóstico de TP.

Método

Participantes

Se estudia el total de pacientes ($n= 142$) con diagnóstico de TP derivados a la Unidad especializada de Trastornos de Personalidad (UTP) del Hospital Dr. R. Lafora (Madrid) entre los años 2008 y 2013. Los pacientes son seleccionados para su ingreso mediante un cribado trifásico: profesional facultativo de un Centro de

Salud Mental (CSM) de la Comunidad de Madrid que propone el ingreso, Comité de Expertos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM) y entrevistas en la propia UTP. El patrón característico incluye una historia de tentativas autolíticas frecuentes previas, polimedicación, utilización frecuente de servicios de salud mental (urgencias, ingresos hospitalarios breves, consultas ambulatorias), relaciones familiares alteradas, inactividad laboral, dependencia de subsidios y ayudas sociales y bloqueo en el progreso terapéutico.

Instrumentos

- a) "Cuestionario de 90 síntomas revisado" (*Symptom Checklist 90 Revised*, SCL-90-R; Derogatis, 1992) (versión en español de González de Rivera, 2002). El SCL-90-R es un autoinforme 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 global de gravedad (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). El BDI es un autoinforme de 21 ítems, que valora la intensidad de la sintomatología en la esfera afectiva, mediante la elección de una de cuatro alternativas, puntuadas de 0 a 3. Su coeficiente de fiabilidad, 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). Autoadministrado, consta de 175 ítems con respuesta dicotómica (verdadero/falso) y aporta un perfil de 10 escalas básicas de personalidad más 3 escalas de personalidad patológica grave, así como otras escalas de síndromes clínicos que no son utilizados en este trabajo. La consistencia interna es satisfactoria, con coeficientes KR entre 0,81 y 0,95.

Procedimiento

Todos los pacientes aceptaron, mediante la firma de un contrato terapéutico, la participación voluntaria en el programa terapéutico y el compromiso de cumplir las normas de las que fueron informados antes de ingresar en la unidad hospitalaria. Durante la primera semana de ingreso completan varios cuestionarios, entre los que se encontraban los instrumentos seleccionados en este trabajo.

Para la evaluación de los aspectos relacionados con la personalidad, valorado con el instrumento MCMI-II, se construyeron y analizaron variables con las siguientes definiciones operativas:

- Acumulación de rasgos: es el número de escalas del MCMI-II cuya puntuación supera la tasa base (T.B.) de 75. El rango posible oscila entre 0 y 13 escalas.
- Gravedad del TP: variable dicotómica con dos condiciones, baja (cuando la acumulación de escalas es menor de 6) y alta (acumulación igual o mayor de 6).
- Rasgos: cada una de las 13 escalas de personalidad del MCMI-II.

Se utilizó la puntuación del GSI del SCL-90-R como variable indicadora de la perturbación sintomática general y la puntuación total del BDI como variable de perturbación afectiva. Se categorizó la primera en baja y alta gravedad sintomática en función de si la puntuación del GSI es inferior o superior a la media, respectivamente. La segunda se categoriza en función de la puntuación directa del BDI en cuatro niveles: sin significación clínica (1-9), leve (10-16), moderada (17-29) y grave (>29).

Análisis estadístico

Se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas adecuadas al análisis de variables continuas y categóricas para caracterizar la muestra y técnicas bivariantes (análisis de varianza para la comparación de medias) y multivariantes (regresión lineal múltiple y regresión logística) para estudiar la asociación ajustada de las variables independientes (edad, sexo, diagnóstico, rasgos de personalidad y gravedad) con las variables dependientes (perturbación sintomática y perturbación afectiva).

En el análisis multivariante se utilizaron diferentes métodos de selección y de modelado con las técnicas de regresión mencionadas para la identificación de los modelos más explicativos a través de los coeficientes de determinación de cada modelo. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS v.17.0 (SPSS Inc., 2008).

Resultados

En la tabla 1 se puede observar las características principales de la muestra en relación con las variables estudiadas. Más del 80% de los pacientes son mujeres, el grupo de edad más representativo es el de 35-44 años, seguido del de 25-34 años, representando entre los dos casi el 80% de la muestra, siendo la edad media 35,5 años. El diagnóstico de derivación más frecuente es el trastorno límite de personalidad (TLP), que supone más del 60% del total. Más del 75% de los pacientes presentan puntuaciones altas en las escalas autodestructiva, fóbico-evitativa, límite y pasivo-agresiva conjuntamente. Un 64% de los pacientes cumplen criterios de alta gravedad de TP al tener 6 ó más escalas patológicas en el MCMI-II. La perturbación sintomática general es alta en un 64% y la afectiva es grave en un 43%.

La figura 1 representa la distribución de frecuencias de la acumulación de rasgos, dibujando una curva aproximadamente simétrica en torno a las 6 escalas patológicas acumuladas.

Tabla 1

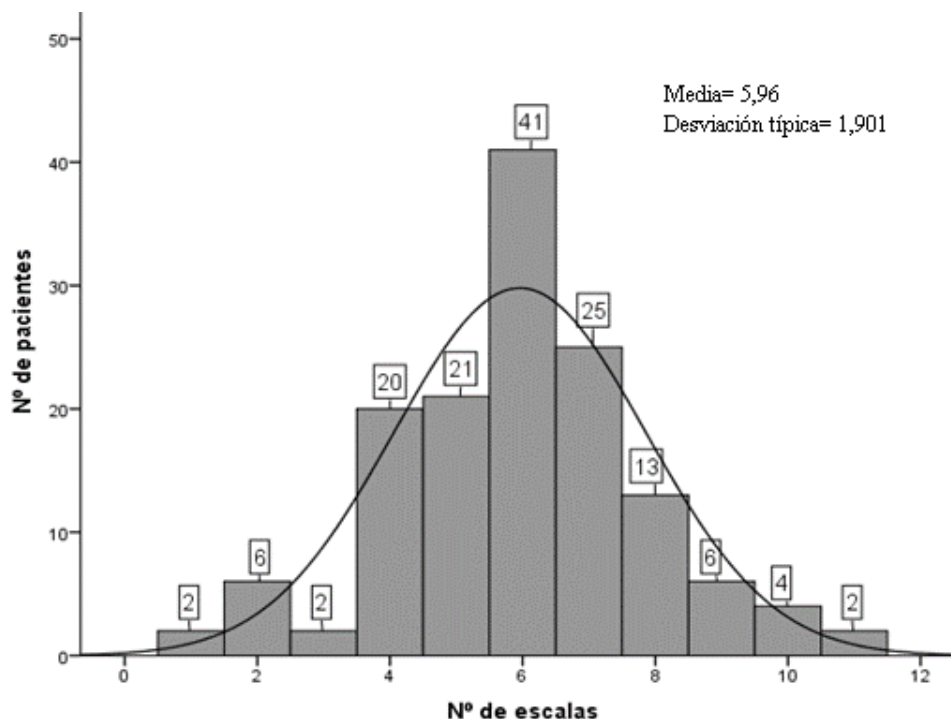
Características sociodemográficas de la muestra, diagnóstico de remisión y principales resultados de las pruebas psicométricas realizadas (n= 142)

Variable	N (%)
Edad	
18-24	12 (8,5)
25-34	54 (38,0)
35-44	59 (41,5)
45-54	17 (12,0)
Edad (años): $M = 35,5$; $DT = 7,7$	
Sexo	
Hombre	25 (17,6)
Mujer	117 (82,4)
Diagnóstico trastorno de la personalidad (según el DSM-IV)	
Límite	87 (61,3)
Mixto	27 (19,0)
Sin especificar	23 (16,2)
Otros	5 (3,5)
Patrón de personalidad según el MCMI-II (tasa base >75)	
Esquizoide	50 (35,2)
Fóbico-evitativa	110 (77,5)
Dependiente	68 (47,9)
Histriónica	40 (28,2)
Narcisista	37 (26,1)
Antisocial	56 (39,4)
Agresivo-sádica	42 (29,6)
Compulsivo-rígida	32 (22,5)
Pasivo-agresiva	107 (75,4)
Autodestructiva	120 (84,5)
Esquizotípica	57 (40,1)
Límite	108 (76,1)
Paranoide	19 (13,4)
Gravedad del TP (Nº escalas del MCMI-II; tasa base >75)	
Baja (1-5)	51 (35,9)
Alta (6-11)	91 (64,1)
Perturbación sintomática general (puntuación GSI)	
Baja (0-75)	51 (35,9)
Alta (> 75)	91 (64,1)
Perturbación sintomática general (GSI): $M = 74,9$; $DT = 20,8$	
Perturbación afectiva (puntuación BDI)	
Sin significación clínica (1-9)	17 (12,0)
Leve (10-16)	7 (4,9)
Moderada (17-29)	57 (40,1)
Grave (> 29)	61 (43,0)
Perturbación afectiva (BDI): $M = 27,2$; $DT = 12,3$	

Nota: MCMI-II= Inventario clínico multiaxial de Millon-II; TP= trastorno de la personalidad; GSI= índice global de gravedad del Cuestionario de 90 síntomas revisado; BDI= Inventario de depresión de Beck.

Figura 1

Distribución de frecuencias de la variable acumulación de rasgos (número de escalas con puntuación de tasa base mayor de 75 en el MCMI-II)



Nota: MCMI-II= Inventario clínico multiaxial de Millon-II

La tabla 2 presenta la matriz de correlaciones entre las variables, y la tabla 3 la relación entre distintas variables independientes y la perturbación sintomática general (ANOVA). Un mayor grado de gravedad de TP se asocia de forma significativa con una mayor puntuación en el GSI, mientras en la edad, el sexo y el diagnóstico de derivación no se observan diferencias.

El mismo análisis tomando como variable dependiente a la perturbación afectiva se muestra en la tabla 4, en la que podemos observar que las mujeres y, la mayor gravedad de TP se asocian significativamente con la misma.

Tabla 2
Correlaciones (r de Pearson) entre la edad, las variables sintomáticas, los trastornos de la personalidad y la acumulación de rasgos

	BDI	GSI	Esquizoide	Fóbica	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial	Agresivo/sádica	Compulsiva	Pasivo agresiva	Autodestructiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide	Acumulación
Edad	0,15	0,15	0,07	-0,12	0,20*	-0,05	-0,17*	-0,28**	-0,18*	0,24**	-0,26**	-0,07	-0,14	-0,16	-0,14	-0,12
BDI	1	0,53**	0,29**	0,35**	0,16	-0,25**	-0,32**	-0,17*	-0,09	-0,07	0,11	0,36**	0,43**	0,24**	-0,00	0,18*
GSI		1	0,21*	0,42**	0,19*	-0,21*	-0,26**	-0,14	-0,15	-0,12	0,26**	0,47**	0,39**	0,36**	-0,01	0,23**
Esquizoide			1	0,55**	0,27**	-0,70**	-0,49**	-0,46**	-0,34**	0,33**	-0,34**	0,13	0,53**	-0,15	-0,11	0,08
Fóbica				1	0,25*	-0,62**	-0,48**	-0,21*	-0,22**	-0,06	0,17*	0,56**	0,71**	0,26**	-0,14	0,27**
Dependiente					1	-0,21*	-0,47**	-0,65**	-0,57**	0,28**	-0,32**	0,38**	0,12	-0,01	-0,21*	-0,09
Histriónica						1	0,68**	0,53**	0,43**	-0,30**	0,26**	-0,16	-0,43**	0,15	0,22**	0,14
Narcisista							1	0,69**	0,74**	-0,16	0,43**	-0,19*	-0,31**	0,20*	0,41**	0,37**
Antisocial								1	0,74**	-0,45**	0,58**	-0,10	-0,08	0,38**	0,26**	0,41**
Agresivo/sádica									1	-0,18*	0,59**	-0,05	-0,07	0,38**	0,47**	0,48**
Compulsiva										1	-0,53**	-0,24**	-0,15	-0,46**	0,00	-0,10
Pasivo agresiva											1	0,44**	0,19*	0,73**	0,24**	0,52**
Autodestructiva												1	0,38**	0,64**	-0,06	0,32**
Esquizotípica													1	0,31**	0,01	0,39**
Límite														1	0,14	0,53**
Paranoide															1	0,37**

Notas: BDI= Inventario de depresión de Beck; GSI= Índice global de gravedad del Cuestionario de 90 síntomas revisado. *p≤0,05; ** p≤0,01.

Tabla 3

Comparación de medias de las variables edad, sexo, diagnóstico de remisión y gravedad del trastorno de la personalidad frente a la perturbación sintomática general (GSI)

Variable	M (DT)	IC (95%)	p
Edad			
18-24	71,3 (28,3)	53,3 - 89,2	0,659
25-34	74,3 (20,3)	68,8 - 79,8	
35-44	74,6 (21,5)	69,0 - 80,2	
45-54	80,4 (13,9)	73,2 - 87,6	
Sexo			
Hombre	74,6 (20,9)	67,5 - 84,8	0,738
Mujer	76,2 (20,9)	70,8 - 78,4	
Diagnóstico de trastorno de la personalidad (según el DSM-IV)			
Límite	73,2 (22,3)	68,5 - 78,0	0,514
Mixto	74,8 (21,3)	66,4 - 83,2	
Sin especificar	80,0 (15,4)	73,3 - 86,7	
Otros	80,6 (6,5)	72,5 - 88,7	
Otros	80,6 (6,5)	72,5 - 88,7	
Gravedad de TP (Nº escalas MCMI-II tasa base >75)			
Baja (1-5)	69,1 (25,6)	61,9 - 76,3	0,013
Alta (6-11)	78,1 (16,9)	74,6 - 81,7	

Nota: GSI= Índice global de gravedad del Cuestionario de 90 síntomas revisado; TP= trastorno de la personalidad; MCMI-II= Inventario clínico multiaxial de Millon-II.

Tabla 4

Comparación de medias de las variables edad, sexo, diagnóstico de remisión y gravedad del trastorno de la personalidad frente a la perturbación afectiva (BDI)

Variable	M (DT)	IC (95%)	p
Edad			
18-24	21,2 (12,7)	19,1 - 35,3	0,334
25-34	25,7 (10,9)	22,7 - 28,7	
35-44	27,1 (12,1)	24,0 - 30,3	
45-54	32,0 (15,9)	23,8 - 40,2	
Sexo			
Hombre	21,8	17,9 - 25,6	0,014
Mujer	28,3	26,0 - 30,6	
Diagnóstico de trastorno de la personalidad (según el DSM-IV)			
Límite	26,4 (12,5)	23,7 - 29,1	0,460
Mixto	27,5 (11,6)	22,9 - 32,1	
Sin especificar	30,5 (12,0)	25,3 - 35,7	
Otros	23,2 (11,8)	8,5 - 37,9	
Otros	23,2 (11,8)	8,5 - 37,9	
Gravedad de TP (Nº escalas MCMI-II tasa base >75)			
Baja (1-5)	24,3 (11,9)	20,9 - 27,7	0,036
Alta (6-11)	28,8 (12,2)	26,3 - 31,3	

Nota: BDI= Inventario de depresión de Beck; TP= trastorno de la personalidad; MCMI-II= Inventario clínico multiaxial de Millon-II.

En la tabla 5 se reflejan los resultados de la aplicación de las técnicas multivariantes. Respecto a la perturbación sintomática general, el rasgo agresivo-sádico se comporta como factor protector y el rasgo autodestructivo como factor de riesgo con ambas técnicas estadísticas, mientras la edad y los rasgos pasivo-agresivo y esquizotípico son variables asociadas positivamente solamente en la regresión lineal. En cuanto a la perturbación afectiva, la edad, el sexo y el rasgo esquizotípico están asociados de forma positiva con ella empleando ambas técnicas, destacando especialmente una mayor gravedad afectiva en las mujeres con respecto a los hombres. Los rasgos autodestructivo y esquizotípico se asocian a una mayor perturbación afectiva, mientras el rasgo narcisista lo hace de forma inversa, si consideramos únicamente los resultados de la regresión lineal.

Tabla 5
Regresión lineal múltiple y regresión logística. Resultados de los modelos finales seleccionados

Técnica utilizada	Variable dependiente	Variables independientes*	B / Exp(B)	IC (95%)	p
Regresión lineal múltiple	Perturbación sintomática (GSI)	Edad	0,48	0,11 - 0,86	0,012
		Agresivo-sádica	-0,30	(-0,51) - (-0,09)	0,006
		Pasivo-agresiva	0,32	0,11 - 0,52	0,003
		Autodestructiva	0,33	0,10 - 0,57	0,006
		Esquizotípica	0,21	0,09 - 0,34	0,001
Regresión logística	Perturbación sintomática (GSI)	Agresivo-sádica	0,93	0,89 - 0,98	0,003
		Autodestructiva	1,07	1,01 - 1,12	0,012
Regresión lineal múltiple	Perturbación afectiva (BDI)	Edad	0,21	(-0,01) - 0,42	0,064
		Sexo**	7,55	3,14 - 11,97	0,001
		Narcisista	-0,17	(-0,28) - 0,06	0,002
		Agresivo-sádica	0,17	0,03 - (-0,31)	0,016
		Autodestructiva	0,17	0,06 - 0,29	0,003
		Esquizotípica	0,15	0,07 - 0,23	0,000
Regresión logística	Perturbación afectiva (BDI)	Edad	1,07	1,01 - 1,13	0,020
		Sexo**	13,77	2,82 - 67,26	0,001
		Esquizotípica	1,03	1,00 - 1,06	0,030

Notas: GSI= Índice global de gravedad del Cuestionario de 90 síntomas revisado; BDI= Inventario de depresión de Beck. *Se muestran las variables independientes con resultados significativos (método intro) o las finalmente retenidas (métodos hacia adelante y hacia atrás); **Resultados expresados sobre las mujeres.

Discusión

En este trabajo hemos pretendido evaluar la propuesta de incluir la gravedad como un constructo básico para mejorar la concepción teórica y el abordaje práctico de los TP. Su importancia se ha reflejado en el reciente sistema de clasificación de la APA (2013) y en la propuesta de renovación de la clasificación de la OMS (Tyler *et al.*, 2011), en un intento por mejorar nuestro limitado conocimiento respecto a la génesis y desarrollo de estos trastornos, en los que no sólo carecemos de biomarcadores fiables, sino que tampoco contamos con un marco teórico fundamental y coherente (Livesley, 2001; Moran y Crawford, 2013).

Diversas propuestas se han ido ofreciendo en la búsqueda de una conceptualización útil de la gravedad de la perturbación de la personalidad (Crawford *et al.*, 2011). El modelo de gravedad de Tyrer y Johnson (1996) viene recibiendo apoyos a través de hallazgos empíricos de diversas investigaciones. Así, aquellos pacientes que tienen un TP complejo (cumplen más de una categoría o clúster de TP específico) tienen una mayor probabilidad de estar desempleados (Tyrer, 2008), presentar una historia de mayor frecuencia de autolesiones (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2009), tener un curso más cronicado de ansiedad o depresión (Tyrer, Seivewright y Johnson, 2004), presentar un mayor abuso de alcohol y drogas (Grant, Stinson *et al.*, 2004) y sufrir un mayor nivel de discapacidad (Pulay *et al.*, 2008).

Nosotros, con una modificación de este modelo, hemos tratado de verificar si la acumulación o solapamiento de varios rasgos patológicos autoinformados explicaría mejor que la intensidad de cada uno de ellos y mejor que el diagnóstico categorial de TP la perturbación general y afectiva que manifiestan tener los pacientes con diagnóstico de TP. Las características de nuestra muestra la hacen representativa de lo que se puede considerar una condición patológica mental grave (Slade, Powell, Rosen y Strathdee, 2000), con elevada frecuencia de autolesiones y tentativas autolíticas, importante disfunción sociolaboral, alta comorbilidad asociada, gran consumo de recursos sociosanitarios y enorme dificultad en el progreso terapéutico a nivel ambulatorio. En este grupo observamos cómo un gran número de pacientes presenta unas altas puntuaciones en diferentes escalas del MCMI-II, lo que reflejaría una mayor gravedad del trastorno, en línea con la conceptualización que hemos explicitado, y que corresponde con el hallazgo diacrónico de otros autores (Sanislow *et al.* 2009), los cuales han encontrado una importante correlación entre las características diagnósticas de distintos TP con el paso del tiempo, lo que haría más difícil discriminar entre diferentes trastornos. En concreto, más del 70% de nuestra muestra exhibe un patrón común en varias escalas patológicas: fóbico-evitativa, pasivo-agresiva, autodestructiva y límite. Otra expresión de esta gravedad patológica se refleja en el hecho de que casi dos tercios de nuestros pacientes exhiben una alta gravedad del TP y una elevada perturbación sintomática general, presentando más del 80% de los mismos una moderada-grave perturbación afectiva.

Nuestros resultados muestran que el grupo de gravedad alta del TP tiene mayor nivel de perturbación general y afectiva en relación con el grupo de gravedad baja. Este hallazgo parece confirmar la hipótesis de partida y apoyar, aunque con diferente metodología, la perspectiva de Tyrer y sus colaboradores. Sin embargo, cuando se aplica el análisis multivariante, en el que se obtienen valores ajustados del efecto de cada variable independiente, detectamos que una determinada configuración de rasgos, y no su acumulación, ni tampoco su agrupación en clústeres, es la que explica mejor tanto la perturbación sintomática como el malestar emocional autorreferidos.

La escala esquizotípica es uno de los rasgos patológicos asociados tanto a una mayor perturbación general como afectiva. Quizás este hecho pudiera guardar relación con el mayor incumplimiento terapéutico detectado en investigaciones previas (Sendra, Ramos, Mena y Sánchez, 2013). Esta misma asociación se

encuentra para la escala autodestructiva, aunque en este caso el resultado parece más previsible por el sesgo cognitivo negativo que conlleva este rasgo. En sentido inverso se comporta la escala narcisista, en probable relación con un autojuicio favorable. Por su parte, la escala pasivo-agresiva se asocia a perturbación general, pero no a perturbación afectiva, lo que posiblemente esté relacionado con un estilo atribucional externalizador que dificultaría el proceso de autoculpabilización propio de la sintomatología depresiva (Alloy *et al.*, 1999), pero que no inhibiría otros procesos como la hostilidad, la vigilancia aprensiva, la obsesividad, etc., que contribuyen a la puntuación del GSI (Derogatis, 1992). Más desconcertante es el papel representado por la escala agresivo-sádica, asociada positivamente con el BDI pero negativamente con el GSI; tal vez este resultado "discordante" podría ser interpretado a partir de la orientación activo-discordante que da sustento teórico a la escala (Millon, 1999), o reflejar directamente la complejidad del entramado de correlaciones con el resto de las escalas: su correlación bivariada con el BDI y con el GSI no es significativa, pero su correlación parcial es positiva con el BDI, cuando se controla con la escala narcisista, y es negativa con el GSI, cuando se controla con la escala límite. Creemos que estos resultados pudieran estar condicionados por la consideración dimensional de las escalas en este análisis, que no implica necesariamente la valoración de grados patológicos de la personalidad, ya que se ha prescindido de la superación de los puntos de corte, y las escalas de MCMI permiten un acercamiento a estilos normales de personalidad, no sólo a trastornos (Choca y Van Denburg, 1998). Craig (2005) advierte que algunas escalas, como la histriónica, narcisista y compulsiva, si no correlacionan con otras ni con síndromes clínicos, pueden ser incluso indicativas de salud mental. Es posible que la manera como correlacionen con el resto de las escalas marquen también la diferencia entre fortalezas y debilidades de una concreta configuración individual de la personalidad, complicando la interpretación de resultados globales.

Una reflexión merece la configuración de resultados obtenidos en torno al trastorno límite. El núcleo de la muestra (61,3%) recibió ese diagnóstico y, en contra de lo teóricamente esperado por la carga de perturbación sintomática asociada al TLP (ver, p. ej., Leichsenring *et al.*, 2011), no hemos obtenido diferencias entre ese grupo de pacientes y el resto ni en sintomatología afectiva -BDI- ni general -GSI-. Tampoco la escala límite del MCMI-II (aproximación dimensional) ha resultado explicativa de la perturbación sintomatológica en el análisis multivariado cuando las demás variables entran en juego. En primer lugar, es preciso tener en cuenta que todos los pacientes de la muestra cumplen criterios de trastorno mental grave (Slade *et al.*, 2000), por lo que podemos deducir que en el grupo que no recibe el diagnóstico categorial de TLP habría habido una selección de los más graves, anulando las diferencias en comorbilidad y perturbación que encuentran otros estudios. Además, los grupos no son excluyentes: dentro de los no-TLP se incluyen trastornos mixtos (con TLP) y trastornos no especificados (con criterios TLP cuyo número no llega al umbral requerido). En segundo lugar, ninguno de los pacientes que puntúa por encima del punto de corte de la escala límite del MCMI-II (perspectiva de los rasgos dimensionales) puntúa sólo en la escala límite, lo que pone en evidencia que tampoco los rasgos son excluyentes, y su combinación es compleja, como se ha

comentado. Esta reflexión aporta un argumento más a favor de la unidimensionalidad del concepto de gravedad: en nuestra muestra no son más graves los que reciben un diagnóstico de TLP frente a los demás diagnósticos, pero entre los TP graves predominan los TLP. Adviértase, así mismo, que no toda la muestra de TP graves muestran una perturbación grave en GSI y BDI, lo que puede ser entendido desde el marco teórico de partida: el modelo de TP como diátesis (Tyrer, 2007), así como la propuesta de concebir los TP como trastornos de adaptación (Svrakic, Lecic-Tosevski y Divac-Jovanovic, 2008).

Nuestros hallazgos pueden ser relevantes, en el intento de identificar un índice adecuado de gravedad del TP, ya que ponen en duda la utilidad de seguir considerando como criterio la "acumulación de escalas que superan el punto de corte del MCMI-II", al menos para explicar la gravedad sintomática general y afectiva percibidas.

Por otra parte, creemos que un modelo de gravedad debe incorporar el concepto de perturbación en la función social, puesto que, como reconocen algunos autores (Yang *et al.*, 2010), la dificultad social en el TP ha sido un tema crucial para el diagnóstico ya desde los tiempos de Schneider. Existen pruebas de una mayor disfunción social asociada a elevados niveles de alteración de la personalidad (Tyrer *et al.*, 2005), lo que hace más probable su futura inclusión en el concepto de gravedad de los TP. Esta estrecha relación entre ambos conceptos se muestra en las consecuencias del TP, que primordialmente genera una importante disfunción social, concepto diferente a la discapacidad, rol o actuación social. Aunque otras patologías mentales también ocasionan un deterioro variable en la función social, es el TP el que de forma característica se encuentra relacionado con el mismo. En la práctica, esta disfunción social conduce frecuentemente al descuido y negligencia en el mantenimiento básico de la vivienda, en la alimentación, seguridad y autocuidado personal y de la familia y en la interacción social adecuada, entre otros aspectos (Newton-Howes, Tyrer y Weaver, 2008). De hecho, la propia disfunción social mantenida en el tiempo se convierte en el mejor predictor de perturbación de la personalidad, por encima de otros factores como puede ser la resistencia al tratamiento (Seivewright, Tyrer y Johnson, 2004). A pesar del avance que supone la inclusión del modelo funcional alternativo en el reciente DSM-5 (2013), sigue vigente el reto de una mejor definición de la disfunción (Crawford *et al.*, 2011) para futuras investigaciones. Debido a estos motivos, la disfunción social o interpersonal se alza actualmente como uno de los ámbitos nucleares de interés para los investigadores (Caballo, Salazar, Iurtia, Olivares y Olivares, 2014; Ramos, 2013), y su abordaje terapéutico constituye un reto debido a la conocida resistencia al cambio de este factor (Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned y Elwood, 2010; Gunderson *et al.*, 2011; Levy, 2008; Zanarini y Frankenburg, 2007; Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2012), constituyéndose por tanto en una de las claves en la reconceptualización del TP.

Hay que hacer mención a algunas limitaciones de nuestro trabajo, como la utilización de variables procedentes de instrumentos autoinformados, lo que conlleva una mayor carga de subjetividad en la medida, imposible de controlar en el análisis de los datos. Por otra parte, existe un alto grado de correlación tanto entre las variables dependientes como entre las independientes, así como entre

ambos tipos, especialmente al considerar las diferentes escalas de personalidad, lo que da lugar a la presencia de información redundante y dificultad en la interpretación de algunos resultados.

Dado que la gravedad es considerada mejor predictor del resultado terapéutico que el tipo de TP (Bornstein, 1998, citado en Morey *et al.*, 2011; Hopwood *et al.*, 2011; Verheul, 2012), cabría plantearse como línea futura de investigación la obtención de resultados postratamiento que nos permitiese verificar si el grupo de mayor gravedad de TP se beneficia de la intervención terapéutica de manera diferente al grupo de menor gravedad, lo que supondría avanzar en las propuestas de asignación adecuada de recursos terapéuticos especializados para TP según el grado de gravedad, como recientemente han realizado Bateman y Fonagy (2013).

Finalmente, es conveniente tener en cuenta que la personalidad no puede ser vista como una entidad clara y estable que permita una valoración adecuada y correcta (Tyrer *et al.*, 2007). Además, se pueden evaluar estilos sin inferir necesariamente una patología (Caballo, Guillén, Salazar e Irurtia, 2011). Nuestros esfuerzos deberían centrarse en la evaluación de la función de la personalidad más allá de la consideración de un trastorno en particular (Berghuis, Kamphuis y Verheul, 2012), ya que la personalidad actúa de forma diferente en función del contexto concreto y de otras variables como la edad y las propias necesidades, como se deduce de una teoría de la personalidad como diátesis (Tyrer, 2007). Por todo ello, todavía constituye un desafío para investigadores y clínicos la mejora de la conceptualización de la naturaleza del TP, de los sistemas diagnósticos, de los instrumentos de evaluación y del diseño de intervención.

Referencias

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Tashman, N. A., L Steinberg, D., Rose, D. y Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour research and therapy*, 37, 503-531.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) (DSM 5). Arlington, VA: Autor.
- 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.
- 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.
- Blagov, P. S., Bradley, R. y Westen, D. (2007). Under the axis II radar: clinically relevant personality constellations that escape DSM-IV diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 477-483.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Dervic, K., Pérez-Rodríguez, M. M., Saiz-González, M. D., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M. A. y de León, J. (2009). Severity of personality disorder and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 149-155.

- Caballo, V. E. (2013). Los trastornos de la personalidad en el DSM-5: una oportunidad perdida para el progreso del campo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 215-320.
- Caballo, V. E., Guillén, J. L., Salazar, I. C. e Irurtia, 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.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 401-423.
- Choca, J. y Van Denburg, F. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. y Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.
- Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., Harned, M. S. y Elwood, L. (2010). Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services*, 61, 1106-1111.
- 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.
- 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.
- Gask, L., Evans, M. y Kessler, D. (2013). Personality disorder. *British Medical Journal*, 347, f5276.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson D. A., Chou S. P., Ruan W. J. y Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948-958.
- González de Rivera, J. L. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas* (versión española del SCL-90-R). Madrid: TEA.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from de National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 361-368.
- 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.
- 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.
- Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., de Graaf, R., Gureje, O., Karam, A. N., Lee, S., Lépine, J. P., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suliman, S., Vilagut, G. y Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 195, 46-53.

- Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 180, 110-115.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. S y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- Livesley, W.J. (2001). *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment*. Nueva York, NY: Guilford.
- Levy, K. N. (2008). Psychotherapies and lasting change. *American Journal of Psychiatry*, 165, 556-559.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)*. Madrid: TEA.
- Moran, P. y Crawford, M. J. (2013). Assessing the severity of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 163-164.
- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F. y Skodol, A. E. (2011). Towards a model for assessing level of personality functioning in DSM5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93, 347-353.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. y Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 453-460.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. y Weaver, T. (2008). Social functioning of patients with personality disorder in secondary care. *Psychiatric Services*, 59, 1033-1037.
- 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. (2013). Capacitación social en trastornos de personalidad graves. Diferencias pre-post tratamiento en medidas de autoinforme. En R. Quevedo-Blasco y V.J. Quevedo-Blasco (dirs.), *Avances en Psicología Clínica. 2013. Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (pp. 447-454). Granada: AEPC.
- 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 squizotypal, 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.
- Seivewright, H., Tyrer P. y Johnson, T. (2004). Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 104-109.
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (2008). *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento*. Bilbao: DDB.
- Sendra, J. M., Ramos, J. M., Mena, A., Sánchez, A. (2013, Noviembre). *Estudio de los factores asociados a la adherencia terapéutica en una unidad de trastornos de personalidad*. Comunicación presentada en la XXVIII Reunión de la Asociación Castellana y Leonesa de Psiquiatría, Segovia, España.

- 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., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L. C., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H. y Gunderson, J. G. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1919-1925.
- 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.
- SPSS Inc. (2008). *SPSS Statistics 17.0*. Chicago, IL: Autor.
- 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.
- Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590-596.
- Tyrer, P. (2007). Personality diathesis: a superior explanation than disorder. *Psychological Medicine, 37*, 1521-1525.
- Tyrer, P. (2008). Personality disorder and public mental health. *Clinical Medicine, 8*, 423-427.
- Tyrer, P. (2012). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: a classification of personality disorders that has had its day. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*, 372-374.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahim, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., Rao B. y Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 190*, 51-59.
- 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. y Mulder, R. (2011). Reclassifying personality disorders. *Lancet, 377*, 1814-1815.
- 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. y Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1593-1597.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., Mclean, C., Rao, B. y Johnson, T. (2005). The social functioning questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry, 51*, 265-275.
- 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.
- Verheul, R. y Widiger, T.A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders, 18*, 309-319.

- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist*, 62, 71-83.
- 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. (2008). Reasons for change in BPD (and other axis II disorders). *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 505-515.
- Zanarini, M. C. y Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21, 518-535.
- 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.

RECIBIDO: 23 de marzo de 2014

ACEPTADO: 25 de junio de 2014