

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Diferencias en el funcionamiento psicológico y social de tres grupos de pacientes graves con trastornos de la personalidad según sexo

Trabajo de Fin de Máster en Psicología General Sanitaria

Laura Rodríguez Mondragón

Tutora académica: Dra. Ana R. Sepúlveda García

RESUMEN:

Los trastornos de personalidad son un reto para la práctica clínica debido a su compleja etiología. El presente trabajo trata de identificar la influencia diferencial de variables de funcionamiento psicológico y social en una muestra de pacientes con tres distintos diagnósticos de trastorno de personalidad. Para la medición de las variables objeto de estudio se utilizó una batería de cuestionarios ampliamente utilizados en la práctica diagnóstica. Se realizaron análisis exploratorios bivariantes y multivariantes en muestras segmentadas por sexo y edad. Los principales resultados obtenidos identifican la influencia de diversas variables para cada sexo por grupo de edad en cada trastorno de la personalidad.

Palabras Clave: trastornos, personalidad, límite, sexo.

Participación de la alumna en el TFM: Revisión bibliográfica sobre la personalidad y sus trastornos, aplicación de la evaluación, depuración de la base de datos, evaluación de los instrumentos, análisis y discusión de los resultados.

Madrid, 2 de Junio de 2017

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

I. PARTE TEÓRICA

1. MARCO TEÓRICO

- 1.1 ¿Qué es personalidad?
- 1.2 Las teorías de la personalidad
- 1.3 Trastornos de la Personalidad
 - 2.3.1 Diagnóstico y clasificación
 - 2.3.2 Tipos de Trastornos de la Personalidad
 - 2.3.3 ¿Enfoques dimensionales o categoriales?
 - 2.3.4 Prevalencia de los Trastornos de Personalidad
- 2.4 Trastorno Límite de la Personalidad
 - 2.4.1 Características clínicas
 - 2.4.2 Etiología
 - 2.4.3 Epidemiología y curso
 - 2.4.4 Tratamiento

II. PARTE EMPÍRICA

3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- 4.1 Generales
- 4.2 Específicos
- 4.3 Hipótesis

4 MÉTODO

- 4.1. Diseño de la investigación
- 4.2. Participantes
- 4.3. Procedimiento
- 4.4. Variables de estudio
- 4.5. Instrumentos
- 4.6. Análisis de datos

5 RESULTADOS

6 DISCUSIÓN

- 6.1 Limitaciones del estudio
- 6.2 Implicaciones clínicas y líneas de investigación

7 CONCLUSIONES

8 REFERENCIAS

9 ANEXOS

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Durante el primer cuatrimestre he realizado las Prácticas Curriculares en el Hospital Lafora, en la Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP), siendo la Dra. Ana Rosa Sepúlveda la tutora académica, y el Dr. Juan Manuel Ramos el tutor profesional. De esta manera, he tenido la oportunidad de intervenir en el programa de tratamiento específico para este tipo de trastornos que suponen un reto para la clínica y que para mí han sido un ámbito de *aprendizaje* de estrategias y habilidades para la práctica profesional. La base de datos de los cuestionarios cumplimentados por los pacientes, ha permitido la realización del presente estudio.

La prevalencia de los Trastornos de Personalidad (TP) se estima alrededor del 10% al 13% (Mosquera, 2004), aumentando notablemente en muestras clínicas, llegando a alcanzar del 30% al 50% de los pacientes ambulatorios. Se está tratando de avanzar en la intervención desde diversos ámbitos, ya que las personas con este tipo de trastornos presentan diferentes dificultades y necesidades; suponiendo un alto coste por la necesidad de atención institucional, sanitaria y social; empeorando el pronóstico y reduciendo la esperanza de vida de estas personas, estando asociado a una mortalidad prematura y al suicidio (Tyrer, Reed y Crawford, 2015; Fok et al., 2014, 2012; Newton-Howes et al., 2010). Estos trastornos también se considera factores de riesgo independientes para futuros problemas de salud (Moran et al., 2016), teniendo importantes implicaciones en el ámbito laboral de forma que para algunas personas con TP esta problemática es muy incapacitante, impidiendo iniciar alguna actividad laboral, perdiendo oportunidades de empleo, y llegando a situaciones de dependencia económica, con la consiguiente necesidad de recursos y ayudas sociales. Por otro lado, a nivel familiar también tiene importantes consecuencias, suponiendo una importante sobrecarga como cuidador, y provocando un alto grado de disfuncionalidad y dependencia (Coid et al., 2009).

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ¿Qué es *personalidad*?

El término *personalidad*, es probablemente uno de los más utilizados tanto en el lenguaje cotidiano como en el ámbito de la Psicología, sin embargo, su definición no es tarea sencilla. Como ocurre con otros términos en este campo, no existe una definición compartida, y la mayoría de los teóricos de la personalidad han optado por alguna aproximación a su definición.

Entre las múltiples definiciones de *personalidad*, Allport (1937) indicaba que existían cinco tipos de definiciones: aditivas, integrativas, jerárquicas, adaptativas y distintivas (Moreno Jiménez, 2007). Este tipo de definiciones consideran la personalidad como un conjunto de variables integradas, organizadas jerárquicamente con una función de respuesta al ambiente específico de cada persona. Las diferencias entre unas y otras consisten frecuentemente en el énfasis que cada autor pone en un aspecto determinado.

Eysenck (1947) proponía que *“la personalidad era la suma total de los patrones de conducta, actuales o potenciales, de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente”*. Mischel (1976) define la personalidad como *“los patrones típicos de conducta (incluidos emociones y pensamientos) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de la vida”*. Staats (1977) afirmaba que la personalidad es el conjunto de repertorios conductuales de una persona, mientras que Pelechano (1995) mantenía que la personalidad es lo que identifica a una persona a lo largo del ciclo vital.

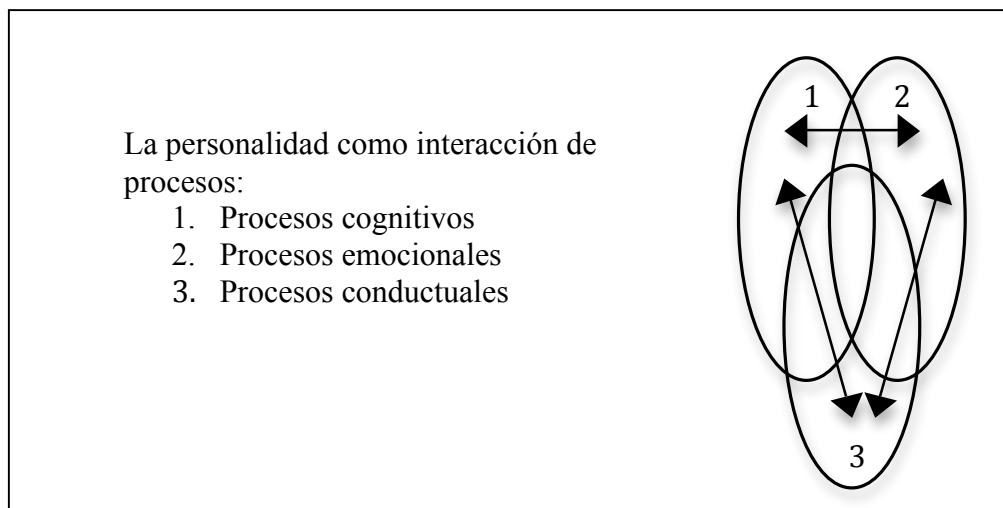
Las definiciones son valiosas en función de la capacidad que tengan de generar programas de investigación, y su valor proviene de las propuestas de estudio que puede generar y la capacidad que tiene para acotar el campo de estudio. Las definiciones de personalidad suelen funcionar como una especie de “iceberg”, (Moreno Jiménez, 2007). Es fundamental enmarcar las definiciones atendiendo al marco cultural en el que aparece y su contexto.

Históricamente, la personalidad ha sido comprendida y formulada como el número y la naturaleza de sus componentes, dimensiones o rasgos. De esta manera, se ha optado por la elaboración de una taxonomía mediante la enumeración de sus componentes. De forma complementaria, se ha estudiado la personalidad centrada en los procesos.

El enfoque de la personalidad como un proceso enfatiza que es el sistema de interacción de los procesos psíquicos de la persona, y podría definirse como “*la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que identifican la conducta de la persona*”, es decir, un sistema de procesos psicológicos que identifica a cada persona. Este tipo de definición supone que la personalidad no puede considerarse como una entidad, sino que sería un sistema de interacciones, que no tiene otra existencia que la que proviene del flujo de relaciones psíquicas; por lo tanto, la personalidad no es otra cosa que los procesos que la forman, su interacción y su capacidad de autorregulación.

Pervin (1998) propone que la personalidad es “*una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que orientan y guían la vida de una persona*” (ver Figura 1).

Figura 1. Interacción de procesos que forman la personalidad.



Este modelo de personalidad insiste en la importancia de los procesos que generan y mantienen perfiles de conducta y de interacción con la realidad. La autorregulación entre procesos cognitivos, emocionales y de las conductas proviene de su propia interacción, determinando la expresión de las mismas y la frecuencia de su aparición.

Dos conceptos que algunos autores definen como afines a la personalidad (Moreno Jiménez, 2007) mientras que para otros autores serían componentes (Caballo, 2004), como son el temperamento y el carácter.

El *Temperamento*, se refiere a la dimensión biológica de la persona, es decir, a las influencias innatas, genéticas y constitucionales que moderan la personalidad. Por otro lado, el *Carácter*

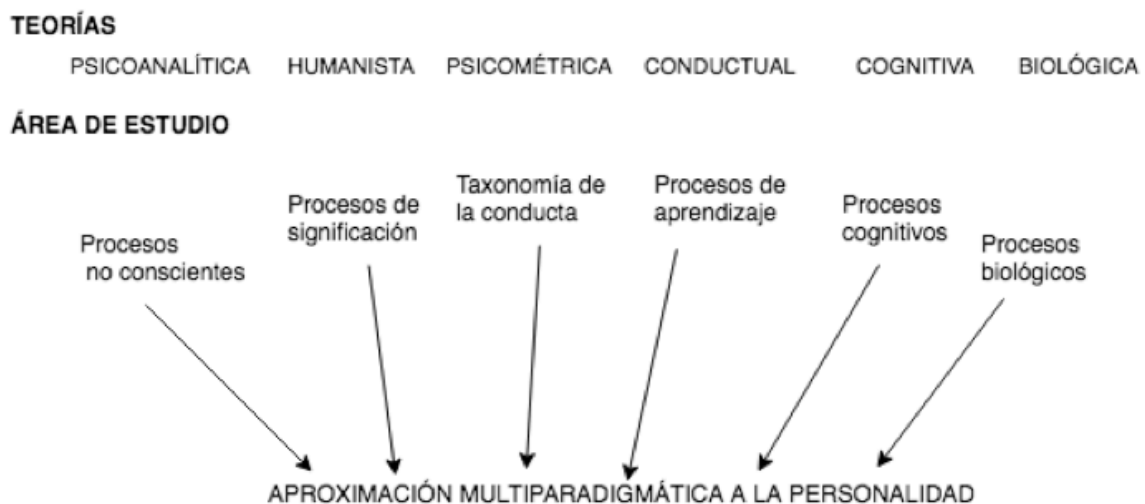
hace referencia a factores psicosociales, aprendidos, que influyen sobre la personalidad. Buena parte del carácter se forma a lo largo de la experiencia y del proceso de socialización. Los esquemas se encontrarían dentro del concepto de carácter al ser algo aprendido, durante la infancia. Estas construcciones serían elementos organizados a partir de experiencias y reacciones pasadas que forman un cuerpo relativamente compacto y persistente de conocimiento capaz de dirigir las valoraciones y percepciones posteriores (Segal, 1988). El carácter, por lo tanto, reflejaría la dimensión psicológica de la personalidad (Sperry, 1999).

2.2. Las teorías de la personalidad

A lo largo de la historia de la Psicología de la Personalidad se han formulado diferentes teorías para establecer un modelo de funcionamiento de la personalidad. Pese a los numerosos esfuerzos de diversos autores, ninguno de los modelos se ha impuesto como modelo único o predominante. Se distinguen cinco grandes enfoques o modelos teóricos: psicoanalítico, humanista, psicométrico, cognitivo conductual, cognitivo y biológico.

Kuhn (1971) emplea el término “paradigma” para referirse a los grandes modelos teóricos y afirma que estos son inconmensurables. Dicho autor afirma que cada uno de los modelos ha surgido como respuesta a la necesidad de explicación de cuestiones que los modelos previos no conseguían explicar; por ello, perviven conjuntamente para explicar la complejidad de ésta, dando lugar a una aproximación *multiparadigmática*.

Figura 2. Orientaciones en el estudio de la personalidad (Adaptada de Moreno Jiménez, 2007).



Este es un enfoque integrativo, mediante el uso de las diferentes teorías para explicar los distintos aspectos de la personalidad al no ser ninguna completa (Moreno y Sebastián, 1986).

La medición de la personalidad comenzó a través del concepto de *rasgo*. Los rasgos de personalidad son la unidad de análisis más extendida y común. Su función es descriptiva y disposicional, expresando la regularidad de las conductas. Un rasgo puede ser descrito como “*un conjunto, organizado y coherente, de emociones, pensamientos y conductas*” (Avía y Vázquez, 1998). Guilford proponía que existían diferentes tipos de rasgos: temperamentales, competenciales y motivacionales.

En general, se desarrollaron varias taxonomías multidimensionales para determinar cuáles son los rasgos estructurales de la personalidad para describirla y evaluarla de forma completa. Su enfoque nomotético le sirve para obtener datos y estructuras que pueden ser aplicadas de a la población para establecer comparaciones y diferencias entre las personas.

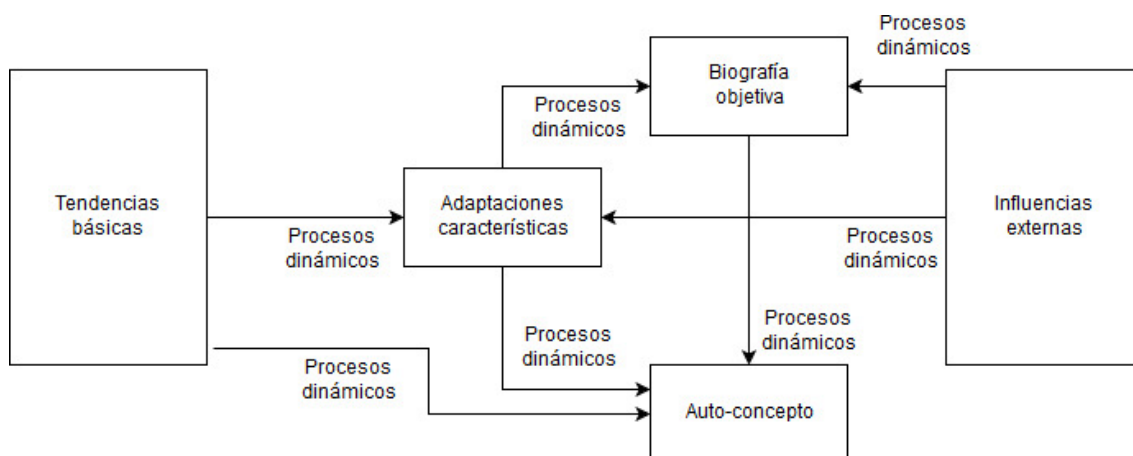
Cattell (Cattell y Kline, 19877) fue uno de los pioneros en el desarrollo de la psicología científica de la personalidad. Estableció tres tipos de fuentes: los datos L (Life), que provenían de la observación de terceros y con los que obtuvo una resolución de 15 factores que explicarían gran parte de la varianza de la personalidad; los datos Q (Questionnaire), a partir de autoinformes de las personas; y los datos T (True), de la asociación entre una conducta y un registro psicofisiológico, por ejemplo. A partir de la sistematización del análisis factorial, se desarrolló el *Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad* y, complementariamente, desarrolló una línea de investigación para determinar el número y la naturaleza de los rasgos básicos. y aisló 21 factores o rasgos independientes de la cultura, denominándolos *Índices Universales de Personalidad*. Cada uno de estos rasgos tenía un peso diferencial en la predicción, y tenía en cuenta no sólo a los rasgos de personalidad, sino también a las actitudes o los sentimientos.

Eysenck (1990) desarrolló un enfoque diferente proponiendo tres grandes rasgos de personalidad: extraversión, neuroticismo y psicoticismo; conocido como el modelo PEN. Según autor, dicha propuesta está fundamentada en bases biológicas que serían la heredabilidad de los rasgos, y la fundamentación fisiológica identificable de los mismos.

La *extraversión* se fundamentaba en la excitabilidad o nivel de reactividad y activación del sistema nervioso central. Una activación fácil del sistema generaría niveles de activación altos. El *neuroticismo* describía la estabilidad o inestabilidad emocional. Las personas con alto neuroticismo serían más inestables emocionalmente, presentarían mayores niveles de ansiedad, preocupación y tensión; así como tendencia a la culpabilidad, alta reactividad a los sucesos negativos y dificultad para volver a su estado normal. Esto se manifestaría a través de sintomatología psicósomática. Propuso su fundamentación de biológica en el sistema nervioso autónomo, en el sistema límbico y sus estructuras. El *psicoticismo* hace referencia a la tendencia a la disconformidad y desviación social, y se caracteriza por conductas de alejamiento y distanciamiento personal; por otro lado, con un matiz positivo, por un pensamiento divergente, excéntrico, original y creativo. Su fundamentación biológica se basa en mecanismos neuroendocrinos, como la presencia de niveles altos de andrógenos, el exceso de dopamina y el déficit de serotonina.

Goldberg (1981) propuso el modelo pentafactorial conocido como el *Big Five*. Se desarrolló en la década de los sesenta y se basa en los términos lingüísticos que la gente utiliza para describir a las personas. Es un modelo muy utilizado, y los cinco rasgos que propone son la extraversión, el neuroticismo, la apertura a la experiencia, la amabilidad y la responsabilidad. Para la evaluación de estos cinco factores, Costa y McCrae (2002) desarrollaron el *Inventario de Personalidad NEO Revisado*. Dichos autores han estudiado la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo (Costa y McCrae, 1988) y la influencia de los factores genéticos en los rasgos de personalidad (Costa y McCrae, 1992). La varianza explicada por la genética es moderadamente alta (40%). Los autores señalan que los rasgos son disposiciones reales de conducta y, por ello, tienen un valor causal en la misma.

Figura 3. Modelo de personalidad de Costa y McCrae.



Robert Cloninger (1993) desarrolló su modelo a partir del planteamiento inicial de Eysenck, tratando de encontrar una fundamentación psicofisiológica a los rasgos de conducta. Desde esta perspectiva, el temperamento sería el fundamento de la conducta adaptativa, tanto en su manifestación *normal* o *anormal*, entre las cuales habría una clara continuidad. El modelo propuesto inicialmente por Cloninger era un modelo trifactorial y un neurotransmisor asociado a cada dimensión: la evitación del daño con la serotonina, la dependencia de la recompensa con la norepinefrina y la búsqueda de novedades con la dopamina. Para su evaluación diseñó el *Tridimensional Personality Questionnaire* (Cloninger, Przybeck y Svrakic, 1991). Posteriormente añadió una dimensión al temperamento, la persistencia; y tres variables que determinarían el carácter a través de la historia de aprendizaje: la autodirección, la cooperación y la autotrascendencia (modelo de siete factores), y diseñó el cuestionario de evaluación de la personalidad normal llamado el *Temperament, Character Inventory* (TCI, Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993).

Millon propuso un modelo desde una perspectiva integradora entre la estructura y la dinámica de la personalidad. En 1969, publicó sus primeras conceptualizaciones sobre los TP en un *modelo biosocial* (Tabla 1). En 1990, propuso un *modelo bioevolutivo*, que completaba su modelo anterior, trató de unir la perspectiva nomotética a partir de los rasgos, con la idiográfica, atendiendo a las diferencias individuales, y puso énfasis en los factores biológicos y contextuales de su historia. Presentó una amplia teoría sobre los trastornos de personalidad (TP) y este modelo se ha relacionado con la clasificación de los TP en un eje independiente, basándose en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II, 1968), reconceptualización que se hizo de los TP en el Manual DSM-III (APA, 1980).

Tabla 1. Patrones de personalidad (Millon, 1969).

Patrones básicos y personalidades patológicas leves	
A. Patrón básico de Retraimiento	
Patrón pasivo-retraído:	Personalidad asocial
Patrón activo-retraído:	Personalidad evasiva
B. Patrón básico de Dependencia	
Patrón pasivo-dependiente:	Personalidad sumisa
Patrón activo-dependiente:	Personalidad gregaria
C. Patrón básico de Independencia	
Patrón pasivo-independiente:	Personalidad narcisista
Patrón activo-independiente:	Personalidad agresiva
D. Patrón básico de Ambivalencia	
Patrón pasivo-ambivalente:	Personalidad resignada
Patrón activo-ambivalente:	Personalidad negativista

Personalidades patológicas propiamente dichas	
E. Patrones límite	
Patrón límite-retraído:	Personalidad esquizoide
Patrón límite dependiente-ambivalente:	Personalidad cicloide
Patrón límite independiente-ambivalente:	Personalidad paranoide

“La normalidad y la patología son conceptos relativos: son cotas arbitrariamente establecidas dentro de un continuo o gradiente. La psicopatología va modelándose de acuerdo con los mismos procesos y principios que intervienen en el desarrollo y aprendizaje normales.... algunos individuos alcanzan actitudes caracterizadas por una deficiente capacidad de adaptación, mientras que otros no las alcanzan“ (Millon, 1976).

Para Millon, los TP son extensiones patológicas *“que emergen de los patrones de personalidad normal como resultado de interacciones complejas de disposiciones biológicas, aprendizaje desadaptativo, y especialmente por cambios ambientales estresantes”* (Millon, 1985). Su propuesta aúna las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, dentro de un *continuum* bipolar y en su reformulación propone tres polaridades evolutivas: dolor-placer, actividad-pasividad y sí mismo-otros (Tabla 2).

Tabla 2. Correspondencia de los Constructos Psicológicos y las Polaridades Evolutivas (Millon, 1990).

Polaridades Evolutivas	Dolor-Placer	Activo-Pasivo	Sí mismo-Otros
Constructos Psicológicos			
Principios del Aprendizaje	Reforzadores + y – del aprendizaje	Modos de comportamiento respondiente vs. operante	Control de Reforzamiento Interno vs. Externo
Conceptos psicoanalíticos	Tendencias instintivas del Ello	Instrumentalizaciones de la realidad por parte del Yo	Estructura del Sí mismo vs. Relaciones de objeto
Componentes de la motivación y emoción	Valencias agradables y desagradables de la Emoción	Intensidad de la activación Alta vs. Baja	Disposiciones motivacionales Competitivas vs. Cooperativas
Sustratos neurobiológicos	Sustratos del Estado de Ánimo	Sustratos del Arousal	Sustratos del Género (Masculino vs. Femenino)

La dinámica de la personalidad incluye la adaptación y el ajuste de la persona a las demandas de la vida, de manera que tiene grandes implicaciones en la salud mental.

2.3. Los Trastornos de la Personalidad

La personalidad, como se ha expuesto previamente, tiene que ver con las diferencias individuales en áreas como el pensamiento, la emoción y el comportamiento, a lo largo del tiempo y situaciones (Matthews, 2009).

La personalidad *normal* y *anormal* se sitúan en un continuo y algunos autores consideran que resulta desafortunado el término *trastorno* para las patologías de la personalidad; prefieren hablar de *estilos* o *patrones*, ya que no están formados por una causa única como puede ser en el caso de una enfermedad médica (Millon, 1998; Millon y Grossman, 2006). El funcionamiento normalizado de la personalidad incluye capacidades como la flexibilidad y la adaptación. En la personalidad patológica es característico el uso repetido de estrategias, mediante conductas poco adaptativas. Las personas con un trastorno de la personalidad persisten en el uso de este tipo de conductas una y otra vez, se caracterizan por la rigidez y la poca flexibilidad, y valoran pocas conductas alternativas. Como resultado, suelen tener dificultades en el funcionamiento psicosocial, derivando en una pobre calidad de vida.

Los TP son un conjunto de trastornos heterogéneos, de etiología multifactorial compleja, que se asocian a dificultades en las relaciones interpersonales y a una amplia gama de dificultades en las personas que los padecen (Tyrer, Reed, y Crawford, 2015). Desde diversos ámbitos científicos han tratado de hallarse bases sólidas a la idea de que la manera en que la persona se relaciona con los demás pueda ser en sí misma patológica (Livesley, 2001).

Como se ha señalado previamente, la personalidad es el resultado de construir la imagen de uno mismo, dar significado al mundo, relacionarse con los demás, encontrar soluciones a los problemas planteados día a día por el entorno. Hay múltiples mecanismos implicados en dichas tareas, y si estos no funcionan correctamente, extendiéndose a la vida interna y a la vida social, puede tomar la forma de un TP.

En los TP graves a menudo encontramos alta comorbilidad con los trastornos depresivos o de ansiedad generalizada (Grant et al., 2005), suponiendo un alto coste por la necesidad de

atención institucional, sanitaria y social; empeorando el pronóstico y reduciendo la esperanza de vida de estas personas, estando asociado a una mortalidad prematura y al suicidio (Tyrer, Reed y Crawford, 2015b; Fok et al., 2014, 2012; Newton-Howes et al., 2010). Estos trastornos también se considera factores de riesgo independientes para futuros problemas de salud (Moran et al., 2016), teniendo importantes implicaciones en el ámbito laboral de forma que para algunas personas con TP esta problemática es muy incapacitante, impidiendo iniciar alguna actividad laboral, perdiendo oportunidades de empleo, y llegando a situaciones de dependencia económica, con la consiguiente necesidad de recursos y ayudas sociales. Por otro lado, a nivel familiar también tiene importantes consecuencias, suponiendo una importante sobrecarga como cuidador, y provocando un alto grado de disfuncionalidad y dependencia (Coid et al., 2009).

2.3.1 Diagnóstico y clasificación

Existen varios sistemas de clasificación en el que se recogen las características de los TP, donde se trata de definir, conceptualizar y describir distintos subtipos de TP (Tabla 3). Desde que fueron introducidos en las categorías del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-III* (DSM-III; APA,1980) se conceptualizaron usando un enfoque categorial y para realizar un diagnóstico, deben cumplirse unos criterios específicos.

En el DSM-IV-TR (APA, 2002), los TP están organizados en un eje separado del resto de trastornos clasificados, y son definidos como *patrones persistentes de percibir, de relacionarse con, y de pensar sobre el entorno y sobre uno mismo de forma inflexible y desadaptativa, tanto en contextos sociales como en los personales, causándose un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo que aparecen al inicio de la edad adulta*. Dicha clasificación enumera un serie de criterios diagnósticos generales.

En la versión actualizada del *Manual DSM-5* (APA, 2013), los TP se definen como "un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo en su cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de la impulsividad".

Tabla 3. Evolución de las taxonomías de los TP.

Millon, (1969) DSM-II	DSM-III* (1980)	Millon, (1990)	DSM-IV (1994)	DSM-5 (2013)
Personalidad asocial Personalidad evasiva	TP Esquizoide TP Evitación	TP Esquizoide TP Evitación TP Depresiva	TP Esquizoide TP Evitación	TP Esquizoide TP Evasiva
Personalidad sumisa Personalidad gregaria Personalidad narcisista Personalidad agresiva	TP Dependencia TP Histriónica TP Narcisista TP Antisocial	TP Dependencia TP Histriónica TP Narcisista TP Antisocial TP Sádica	TP Dependencia TP Histriónica TP Narcisista TP Antisocial	TP Dependiente TP Histriónica TP Narcisista TP Antisocial
Personalidad resignada Personalidad negativista	TP Compulsiva TP Pasiv-Agresiva	TP Ob-Compulsiva TP Pasiv-Agresiva TP Masoquista	TP Ob-Compulsiva	TP Ob-Compulsiva
Personalidad esquizoide Personalidad cicloide Personalidad paranoide	TP Esquizotípica TP Límite TP Paranoide	TP Esquizotípica TP Límite TP Paranoide	TP Esquizotípica TP Límite TP Paranoide	TP Esquizotípica TP Límite TP Paranoide

*DSM-III-R (1987): Sin cambios en la clasificación de los TP; **DSM-IV-TR (2002): Sin cambios en la clasificación previa.

La publicación de esta última edición se presentó como una oportunidad para revisar las categorías diagnósticas previas, y proponer una clasificación más próxima a lo dimensional. Como se puede observar, la nueva edición mantiene los tres grupos de TP como eran planteados en su edición anterior (Caballo, 2013; Rodríguez, Senín y Perona, 2014).

2.3.2 Tipos de Trastornos de la Personalidad

En las dos últimas ediciones del DSM, se enumeran un total de diez TP diferentes (ver Tabla 4 y 5), clasificados en tres clusters, basándose en similitudes descriptivas, y se añade un último grupo en el que se encuadran los TP no especificados.

Tabla 4. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5.

Criterios diagnósticos para TP (DSM-IV-TR)	Criterios diagnósticos para un TP (DSM-5)
<p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognición 2. Afectividad 3. Actividad interpersonal 4. Control de los impulsos <p>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p>C. Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.</p> <p>D. Este patrón es estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.</p> <p>E. No es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p>F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva (p.ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., un traumatismo craneal).</p>	<p>A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cognición 2. Afectividad 3. Funcionamiento interpersonal 4. Control de los impulsos <p>B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.</p> <p>C. Causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.</p> <p>D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o las primeras etapas de la edad adulta.</p> <p>E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p>F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p.ej., un traumatismo craneal).</p>

Tabla 5. Clusters de trastornos de la personalidad en el DSM-IV-TR y el DSM-5.

DSM-IV-TR (2002)	DSM-5 (2013)
<p>Grupo A: <i>extraños y excéntricos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno paranoide de la personalidad -Trastorno esquizoide de la personalidad -Trastorno esquizotípico de la personalidad 	<p>Grupo A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de la personalidad paranoide Trastorno de la personalidad esquizoide Trastorno de la personalidad esquizotípica
<p>Grupo B: <i>teatrales, volubles o impulsivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno antisocial de la personalidad -Trastorno límite de la personalidad -Trastorno histriónico de la personalidad -Trastorno narcisista de la personalidad 	<p>Grupo B:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de la personalidad antisocial Trastorno de la personalidad límite Trastorno de la personalidad histriónica Trastorno de la personalidad narcisista
<p>Grupo C: <i>ansiosos o temerosos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno de la personalidad por evitación -Trastorno de la personalidad por dependencia -Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad 	<p>Grupo C:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de la personalidad evasiva Trastorno de la personalidad dependiente Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva
<p>Trastornos de la personalidad no especificado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad -Trastorno depresivo de la personalidad 	<p>Otro trastorno de la personalidad especificado (<i>características mixtas de la personalidad</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de la personalidad no especificado

El cluster A, engloba los TP vinculados a conductas extravagantes o excéntricas, los trastornos enmarcados en el cluster B se describen como dramáticos, emocionales o erráticos, y por último, el cluster C está formado por los referidos a personas con conductas ansiosas. A continuación describiremos a grandes rasgos cada uno de los TP clasificados y nos centraremos con mayor detalle en el TLP.

Cluster A: los extraños o excéntricos

El *TP Paranoide* se caracteriza por la desconfianza y la interpretación de los demás como malévolos manteniendo una actitud de análisis para descubrir las intenciones reales a través de los gestos y expresiones del resto, llegando a interpretar comentarios favorables de manera negativa para confirmar sus creencias. Su estilo cognitivo está marcado por la continua hipervigilancia del mundo que le rodea. Las personas con *TP Esquizoide* presentan gran desapego social e indiferencia hacia las relaciones sociales. Son percibidas como personas frías, tratan de preservar su soledad e intimidad, y son incapaces de relacionarse con el resto al ser una amenaza para ellas. Su estilo cognitivo está directamente relacionado la falta de atención e incapacidad para captar las necesidades de los demás. El *TP Esquizotípico* se caracteriza por tener grandes dificultades y sentir molestia en las relaciones cercanas. Presentan patrones de pensamiento distorsionado y pensamientos mágicos, llegando a la

desrealización. Su conductas suelen ser extravagantes y excéntricas. Su estilo cognitivo se caracteriza por estar desorganizado y dificultades para diferenciar lo relevante de lo que no es.

Cluster B: los teatrales o impulsivos

Las personas con *TP Histriónico* mantienen pautas de excesiva emocionalidad y búsqueda de atención, siendo extrovertidos y muy demandantes en sus relaciones, se sienten incómodos si nos son el centro de atención. Sus relaciones sociales son tormentosas y poco gratificantes. Son fácilmente influenciables por los demás, y al mismo tiempo tienden a la confabulación, y manipulación del resto. Presentan pensamientos automáticos negativos que reflejan distorsiones cognitivas (adivinación del pensamiento, etc.). Las personas con *TP Narcisista* se caracterizan por sentirse singulares, grandiosas y tener la necesidad de que los demás les admiren. Carecen de empatía y se consideran superiores a los demás, por lo que merecen un trato diferenciado. Consideran que tienen derechos especiales, y si no se satisfacen pueden sentirse extremadamente ofendidos, frustrados o deprimidos. Son ambiciosas, y exigen admiración por parte de los demás, gran sensibilidad al fracaso o a la crítica, y niegan sus errores. Su estilo cognitivo es inflexible, sobregeneralizan y pensamiento dicotómico, para expresar su superioridad frente al resto. Las personas con *TP Antisocial* muestran una pauta generalizada de desprecio e insensibilidad por los derechos y los sentimientos de los demás, fracasando en la adaptación a normas sociales, llegando a ser hostiles y violentas en ocasiones. Su disposición emocional es irritable y agresiva, y su temperamento fuerte y arriesgado (Caballo, 2004). No suelen temer el castigo. El déficit de control de impulsos repercute en su vida, pudiendo llegar a tener problemas con la ley. Las personas con *TP Límite* presentan un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad, y una notable impulsividad que suele desencadenar en ataques de ira, autolesiones o conductas de riesgo. Sus conductas frecuentemente están dirigidas a protegerse de abandonos reales o imaginados.

Cluster C: los ansiosos o temerosos

Los rasgos característicos del *TP Evasiva* son la ansiedad social extrema, la inhibición, el sentimiento aversivo ante las relaciones interpersonales, y el miedo a ser juzgado negativamente. Experimentan hipersensibilidad ante la posibilidad de ser criticados o rechazados, y prefieren aislarse socialmente (Millon y Davis, 1998). Su estilo cognitivo es divagante y confuso, tendiendo a la distracción, que dificulta su comunicación social. Las personas con *TP Dependiente* presentan una conducta sumisa y aferrada a los demás, debido a su necesidad de ser cuidadas. Se basan en el sentimiento de incompetencia y dificultad para tomar decisiones cotidianas. Son vulnerables e ingenuas, antepone las necesidades y deseos de los demás a las suyas, presentan pensamientos poco críticos o situaciones de confrontación por el temor a ser abandonadas, y demandan consejo y reafirmación constante. Las personas con *TP Obsesivo-compulsivo* presentan un perfeccionismo disfuncional, necesidad de orden y control, siendo muy inflexibles y dificultades de adaptación al cambio. Son extremadamente analíticas y cautas. No toleran los errores. Se ajustan a los cánones sociales, son correctas y rígidas, de carácter poco espontáneo. Su estilo cognitivo es bastante limitado y llegan a bloquearse en situaciones que supongan la necesidad de cambio.

Trastorno No Específico de la Personalidad y Trastorno Sin Especificar de la Personalidad

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un TP que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría TP. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un TP específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (DSM-IV-TR, p. 816, APA, 2000; DSM-5, p. 684, APA, 2013).

En el apéndice B del DSM-IV-TR (2002), se sugieren dos trastornos que forman parte de esta categoría: TP Pasivo-agresivo (negativista) y TP Depresivo, y no se mantiene en el DSM-5.

Trastorno Mixto de la Personalidad

En el DSM-5, este TP recibe la denominación de *Otro trastorno de la personalidad especificado* y “esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un TP que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas, y no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos. Esto se hace registrando *otro trastorno de la personalidad especificado*, seguido del motivo específico (p.ej., *características mixtas de la personalidad*) (DSM-5, p.684).

El TP Sin Especificar (TPSE) es uno de los diagnósticos del Eje II (DSM-IV-TR, APA, 2002) más frecuentemente utilizados, y faltan directrices explícitas para su evaluación. Para investigar su prevalencia, Verheul, Bartak y Widiger (2007) realizaron un estudio en el que hallaron un 21,6% de personas con TPSE, y observaron problemas más severos que las personas con un diagnóstico de un TP específico. Además, encontraron un 12% de personas con TP Mixto con un nivel de deterioro funcional similar al del grupo *no especificado*.

2.3.3 ¿Enfoques categoriales vs. dimensionales?

Tras varias décadas utilizando las mismas categorías diagnósticas, diversos estudios han revelado deficiencias sustanciales de este enfoque como su deficiente validez científica y utilidad ineficiente. Un ejemplo de ello sería la superposición entre los diagnósticos de los diferentes TP. Los umbrales diagnósticos son arbitrarios, y la distinción categórica entre

patología y no patología no ha sido apoyada empíricamente. En muchas ocasiones, se utiliza la *etiqueta* de TPSE, ya que las personas no cumplen plenamente con los criterios de uno de los TP específicos o presentan criterios de varios (Widiger *et al.*, 2005). A continuación, se recogen las ventajas e inconvenientes de cada enfoque según diversos autores (ver Tabla 6).

Tabla 6. Ventajas e inconvenientes de los enfoques dimensional y categorial de la personalidad (Adaptada de Moreno y Garrosa, 2004).

	Enfoque Dimensional	Enfoque categorial
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de establecer perfiles flexibles que permiten recoger con precisión la complejidad de los casos reales. Tiene mayor validez interna para describir la psicopatología de pacientes específicos. - Es más complejo y transmite mayor información y precisión (Gunderson, Links y Reich, 1991). 	<ul style="list-style-type: none"> - Familiaridad con el método para los clínicos. - Facilidad para ser conceptualizado y comunicado. - La naturaleza misma de la decisión clínica suele ser categorial.
Inconvenientes	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de establecer la línea de separación entre la población normal y la patológica. - Dificultad en el establecimiento de las dimensiones de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas derivados de clasificar a los pacientes que son <i>límitrofes</i>. - Dificultad en fijar con precisión los lindes entre normalidad y psicopatología (Kendall, 1983; Choca y Van Derbug, 1998).

Ante las dificultades que se les plantean a clínicos e investigadores, la mayoría opta por utilizar distintos instrumentos de evaluación. Para ello, disponen de diversas entrevistas diagnósticas, autoinformes y cuestionarios de personalidad que, de forma categórica o dimensional, intentan identificar las características de personalidad normal o patológica.

a) *Entrevistas*: a la hora de seleccionar una entrevista para la evaluación podemos encontrar algunas que agrupan las preguntas según el diagnóstico. La ventaja de las agrupadas según el diagnóstico es que los criterios son en sí mismo las manifestaciones del TP, sin embargo, nos encontramos ante el inconveniente de que se produzcan sesgos en la evaluación buscando evidencias que confirmen la primera impresión del evaluador. Por otro lado, en las entrevistas basadas en rasgos, las preguntas se agrupan por temas y pueden ser más fluidas, pero encontramos el inconveniente de que una conducta determinada puede ser reflejo de diferentes trastornos (Tabla 7), y se dividen en aquellas basadas en la personalidad patológica y otras en la personalidad normal.

Tabla 7. Instrumentos de evaluación multi-escala de personalidad y personalidad patológica.

Basados en el diagnóstico	
Entrevistas	Autoinformes
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista diagnóstica de TP del DSM-IV (DIPD-IV; Zanarini et al., 1996). - Examen Internacional de TP (IPDE; Loranger, 1995,1999). - Entrevista de Trastornos de la Personalidad-IV (PDI-IV; Widiger et al., 1995). - Entrevista clínica Estructurada del DSM-IV de TP del Eje II (SCID-II; First et al., 1997) - Entrevista estructurada de Personalidad del DSM-IV (SCIDP-IV; Pfohl et al., 1997). 	<ul style="list-style-type: none"> - Inventario de Coolidge del Eje II (CATI; Coolidge y Merwin, 1992). - Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007). - Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-PD; Hatawer y McKinley, 1951) - Inventario Diagnóstico de Personalidad (PAI; Morey, 1991). - Inventario de los 16 Factores de Personalidad (16 PF; Cattell, 1949).
Basados en los rasgos	
Entrevistas	Autoinformes
<ul style="list-style-type: none"> - Inventario Diagnóstico para Pacientes Límite (DIB; Gunderson et al., 1981). - Inventario Diagnóstico para Pacientes Límite-Revisado (DIN; Gunderson et al., 1990). - Inventario Diagnóstico de Personalidad (PAS; Tyrer, 1988). - Entrevista Estructurada del Modelo de los Cinco Factores (SIFFMM; Trull y Widiger, 1994). 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación Dimensional de Personalidad Patológica, Cuestionario Básico (DAPP-BQ; Livesley,2003). - Inventario de Problemas Interpersonales- Escalas de TP (II-PD; Pilkonis et al., 1996). - Inventario de Personalidad NEO-Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992). - Cuestionario de Personalidad Tridimensional (TPQ; Cloninger et al., 1991, 1993); Inventario de Carácter-Temperamento (TCI; Cloninger et al., 1994). - Cuestionario Exploratorio de la Personalidad –I (CEPER-I; Caballo, 1997).

Se debe destacar el hecho de que si el juicio clínico depende demasiado de las *desviaciones estadísticas*, puede conducir a un infradiagnóstico, a un diagnóstico incorrecto y a decisiones de tratamiento erróneas. En cambio, la patología de la personalidad debe estar vinculada a uno o más fallos en los procesos emocionales, cognitivos y motivacionales.

Ante los múltiples debates sobre la pertinencia del diagnóstico categorial, en la última edición del DSM, la definición de TP y los criterios diagnósticos fundamentales se mantienen sin cambios desde el DSM-IV (APA, 1995); y de forma marginal se presenta un “modelo alternativo” dimensional en la sección III en el DSM-5 (Tabla 8). Esta propuesta está relacionada con el modelo del *Big Five* y consta de cinco dominios: *afectividad negativa/ estabilidad emocional, desvinculación/ extraversión, antagonismo/ agradabilidad, desinhibición/ conciencia* y *psicoticismo/ lucidez* junto a 25 *facetas de rasgos específicos*.

Tabla 8. Modelo alternativo para los Trastornos de Personalidad, Sección III, DSM-5.

Dominios	Facetas-rasgos de la personalidad	Nº de rasgos (Total: 25)
Afectividad negativa	Labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresividad*, afectividad restringida*	6
Desapego	Retraimiento social, evitación de la intimidad, anhedonia, depresividad, afectividad restringida, suspicacia	6
Antagonismo	Manipulación, falta de honradez, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad*.	5
Desinhibición	Irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, temeridad, carencia de perfeccionismo.	5
Psicoticismo	Creencias y experiencias extrañas, excentricidad, desregulación cognitiva y perceptiva	3

Esta modificación supone un intento para minimizar el problema de la heterogeneidad en el sistema categórico, aunque éste no se abandona; y de aumentar así la utilidad clínica para el diagnóstico, mediante el uso de rasgos más homogéneos a partir de estudios de cohortes del *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (Morey *et al.*, 2012; Gunderson *et al.*, 2000), en los que hallaron que los modelos de rasgos eran superiores a los modelos categoriales en la predicción del funcionamiento y la evolución psicopatológica a diez años.

2.3.4 Prevalencia de los TP

El estudio de los TP, como hemos señalado previamente, ha recibido bastante atención por parte de muchos investigadores; sin embargo, los estudios son escasos y existe una gran variabilidad de resultados debido al método, los instrumentos y los criterios utilizados. Resulta complejo realizar una estimación de la prevalencia de personas con TP en la población general en un momento determinado, ya que la evidencia epidemiológica sugiere que entre un 10 y un 13% de la población ha cumplido los criterios de al menos un tipo de TP a lo largo de su vida (Weissmer, 1993). La cifra hallada en estudios epidemiológicos varía del 4 al 15% en la población general, siendo mayor en hombres que en mujeres (Lenzenweger, 2008; Huang *et al.*, 2009; Sansone y Sansone, 2011; Dereboy *et al.*, 2014), mientras que en muestras clínicas de pacientes ambulatorios, la prevalencia se estima por encima del 50% (Torgersen, 2005, 2012; Caballo, 2004), siendo más alta en las personas que están en contacto con los servicios de salud, y afecta a una cuarta parte de los pacientes en Atención Primaria (Fazel y Danesh, 2002; Kotov y De Girolamo, 2009). Por el contrario, en la población clínica

la prevalencia se invierte, y existe un mayor número de mujeres, posiblemente debido a la mayor búsqueda de ayuda profesional por parte de las mujeres (Cervera et al., 2005).

Grant et al., (2005) en un estudio realizado en población general, hallaron que el 14,79% de los estadounidenses tenía al menos un TP. El más prevalente fue el TP Obsesivo-compulsivo (7,8%), seguido por el TP Paranoide (4,41%), el TP Antisocial (3,63%), TP Esquizoide (3,13%), TP Evitativo (2,36%), TP Histriónico (1,84%) y TP Dependiente (0,49%). Los TP Evitativo, Paranoide y Dependiente fue significativamente mayor entre las mujeres que en los hombres, mientras que el TP Antisocial fue mayor en los hombres. Los factores de riesgo asociados a cualquier TP incluyeron ser nativos americanos o negros, ser adulto joven, tener nivel socioeconómico bajo y ser divorciado, separado, viudo o sin relación sentimental previa. Kessler realizó un estudio en diferentes países con miles de personas de población general, para la de Encuesta Mundial Salud Mental (2009). Halló diferencias al estimar la prevalencia de los TP mediante la *Entrevista diagnóstica de TP* del DSM-IV (DIPD-IV; Zanarini et al., 1996) y el *Examen Internacional de TP* (IPDE; Loranger, 1995,1999) (ver Tabla 9).

Tabla 9. Prevalencia estimada en la Encuesta Mundial de Salud Mental (2009).

	Cluster A % (DT)	Cluster B % (DT)	Cluster C % (DT)	Algún TP	n
Colombia	5,3 (0,6)	2,1 (0,4)	3,6 (0,5)	7,9 (1,1)	2381
Líbano	4,2 (1,7)	1,7 (0,9)	2,9 (0,8)	6,2 (1,7)	1031
México	4,6 (0,7)	1,6 (0,4)	2,4 (0,5)	6,1 (0,8)	2362
Nigeria	1,6 (0,5)	0,3 (0,2)	0,9 (0,3)	2,7 (0,7)	2143
China	3,1 (0,7)	1,3 (0,7)	1,4 (0,6)	4,1 (1,1)	1628
Sudáfrica	3,4 (0,5)	1,5 (0,3)	2,5 (0,5)	6,8 (0,7)	4315
EEUU	4,0 (0,4)	2,0 (0,3)	4,2 (0,4)	7,6 (0,5)	5692
Europa*	1,1 (0,6)	0,4 (0,3)	1,2 (0,5)	2,4 (0,9)	1610
Total	3,6 (0,3)	1,5 (0,1)	2,7 (0,2)	6,1 (0,3)	21162

*Europa occidental: Bélgica, Francia, Alemania, Italia y España.

La mayor prevalencia de TP fue hallada en Colombia y EEUU, mientras que la menor fue en Nigeria y Europa occidental. La estimación de cualquier TP en todo el mundo fue del 6,1%, mientras que en el cluster A fue del 3,6%, del cluster B 2,7% y del C de 1,5%. Los TP del cluster A eran más comunes en hombres que en mujeres, y los TP del cluster B se relacionaban con el abuso de sustancias, algo que asocian al bajo control de impulsos. Por último, los TP del cluster C presentaban alta comorbilidad con trastornos ansiosos y del estado de ánimo. La probabilidad de tener tres o más trastornos del Eje I eran diez veces

mayores en las personas con TP del cluster A, que en las personas sin TP, 35 veces en el cluster C, y 49 veces en el cluster C.

En un reciente estudio realizado en Australia, Quirk et al. (2016) hallaron en una muestra de poblacional general (n=768) mediante el uso de la Entrevista diagnóstica de TP (DIPD-IV; Zanarini et al., 1996) una prevalencia de TP del 21,8% en las mujeres, lo que supone una de cada cinco mujeres. Los trastornos del cluster C (17,5%) fueron más frecuentes que los del cluster A (5,3%) y del cluster B (3,2%). Los más frecuentes fueron el TP Obsesivo-compulsivo, el TP Paranoide y el TP Límite (2,7%); mientras que la prevalencia de otros TP fue baja (>1,8%). El rango de edad en el que encontraron mayor número de casos fue de los 25 a los 34 años, y tasas comorbilidad con trastornos del ánimo y ansiedad.

2.4. Trastorno Límite de la Personalidad

Uno de los TP sobre el que más se ha investigado es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Se encuentra entre los TP clasificados en el cluster B, descrito previamente. Realizamos un desarrollo más amplio, ya que será uno de los TP objeto de investigación en el presente estudio. Para muchos autores es un TP complejo y grave por diversas razones, y la percepción de los pacientes como *resistentes al tratamiento*.

2.4.1 Características clínicas

Según los criterios del DSM-5 (APA, 2013, p.364), las personas con TLP presentan un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y en diversos contextos, y que se manifiesta por los continuos esfuerzos para evitar ser abandonadas, siendo una idea real o imaginada.

Sus relaciones interpersonales se caracterizan por alternar entre la idealización y la devaluación del otro; también experimentan alteraciones en su identidad y esto está directamente relacionado con su inestabilidad de la autoimagen y el autoconcepto. Manifiestan impulsividad en aspectos que pueden resultar potencialmente **peligrosas**, como el consumo de drogas, la conducción temeraria, las sobreingestas o las relaciones sexuales de riesgo, entre otros. Experimentan emociones intensas, sentimiento de vacío. Entre el 60% y el

80% de las personas con TLP presentan conductas autolesivas, amenazas e intentos de suicidio, siendo el motivo más frecuente de hospitalización.

El grado de heterogeneidad de TLP es uno de los principales obstáculos para la investigación y el progreso de campo (Hyman, 2002). Por ejemplo, los criterios del DSM aún no incluyen aspectos relevantes del estilo cognitivo que presentan las personas con TLP, como puede ser el pensamiento dicotómico *blanco o negro, todo o nada*; o esquemas cognitivos que algunos autores identificaron: *el mundo es peligroso y malévolo; soy impotente y vulnerable; soy inaceptable; o me siento desprotegido, estoy en peligro* (Freeman, 1990; Zanarini, 1998).

En algunos casos, ante situaciones de estrés, pueden llegar a desarrollar sintomatología paranoide, pensamiento mágico y autorreferencial. Diversos estudios han intentado identificar las dimensiones subyacentes a este tipo de patrones, encontrando varios factores asociados: desregulación emocional, impulsividad y alteración en las relaciones sociales (Rosenberg y Miller, 1989; Fossati et al., 1999; Sanislow et al., 2000).

2.4.2 Etiología

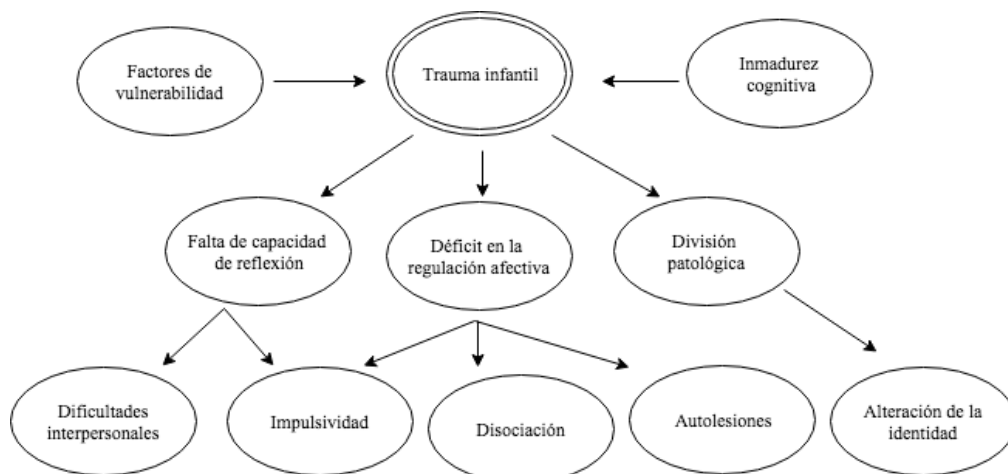
Debido a la complejidad del TLP, sigue bajo estudio las distintas variables relacionadas con su desarrollo. Un objetivo principal de las investigaciones epidemiológicas de los TP es identificar factores de riesgo modificables. Las intervenciones tempranas en estos factores podrían reducir la incidencia, la severidad y las consecuencias de estos trastornos. Por ejemplo, varios autores hallaron que los pacientes con TLP, tenían probabilidades significativamente mayores de haber vivido algún tipo de abuso infantil (incluyendo abuso emocional, verbal y/o sexual) y abandono físico, emocional o falta de protección en la niñez, asociando el maltrato infantil, u otras experiencias traumáticas, al desarrollo de un TP en edad adulta (Battle et al., 2004; Shea et al., 2004; Cohen, 2008). Los TP son entidades etiológicamente complejas, y no se desarrollan sólo por los factores ambientales, sino que la genética, los factores biológicos y evolutivos también juegan un papel importante dentro de las causas que influyen o determinan su origen y desarrollo (New, Goodman y Triebwasser 2008). Diversos autores entienden que el apego (Weiner et al., 2000; Bateman y Fonagy, 2004), el déficit de regulación y el ambiente invalidante (Linehan, 1993), son factores causales para el desarrollo del TLP.

El apego, a grandes rasgos, consiste en el desarrollo instintivo de la búsqueda de seguridad en la cercanía a una persona específica, y se percibe como una fuente de protección en situaciones de miedo o vulnerabilidad (Bowly, 1988). Se han estudiado los diversos tipos de apego que existen (seguro, ambivalente, ansioso, entre otros). Diversas teorías explican que la conducta de apego se desarrolla en edades tempranas, comúnmente respecto a los padres.

Estas capacidades están gravemente afectada en las personas con TLP, por lo que se hipotetiza que, durante su infancia, tuvieron un apego inseguro, ambivalente o desorganizado. Existe una búsqueda constante de apoyo y *los esfuerzos desesperados para evitar un abandono real o imaginado*. Nickell et al., (2002) realizaron un estudio en una muestra de 400 estudiantes universitarios de 18 años, previamente evaluados sobre los rasgos característicos del TLP, la relación con los padres y sus patrones de relación. Entre las variables más relacionadas fueron la negligencia en el cuidado, la sobreprotección por parte de la madre, y un patrón de apego ansioso ambivalente. Otros autores (Brennan et al., 1998) observaron en una muestra de 1.400 estudiantes, los que cumplían con criterios diagnósticos del TLP eran más inseguros y temían ser abandonados (Salzman et al., 1997).

Por otro lado, un ambiente invalidante se caracterizaría por las tendencias de respuesta errática y/o inapropiada a las experiencias del niño, y que no son compartidas por el resto; por la insensibilidad a su intimidad, las reacciones extremas, por exceso o defecto, a situaciones comunes o a la anulación de la expresión emocional. Los factores de riesgo señalados no se consideran suficientes para el desarrollo del TLP. Existen hipótesis sobre la interacción de la vulnerabilidad biológica y genética que señalan que los rasgos cognitivos están relacionados con el déficit del nivel actividad dopaminérgica, mientras que los rasgos afectivos y la impulsividad se asocian a la hiperactividad noradrenérgica y la hipoactividad serotoninérgica (Siever et al., 2002; Rubio Larrosa, 2008) (ver Figura 4).

Figura 4. Modelo etiológico del TLP.



2.4.3 Epidemiología y curso

El TLP afecta alrededor de un 2% de la población general, en torno al 10% entre los pacientes atendidos en los centros ambulatorios de salud mental, y hacia 20% entre los pacientes ingresados. En las poblaciones clínicas con TP, se sitúa entre el 30% y 60% (APA, 2000; Selva, Bellver y Carabal, 2005; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001).

Diversos estudios internacionales exponen datos sobre el uso repetido de servicios sanitarios por parte de los pacientes con TLP, recibiendo un mayor número de tratamientos en comparación con otros TP, por una alta tasa de uso de los servicios de urgencias psiquiátricas e ingresos para prevenir situaciones de riesgo. Según la *Guía de práctica clínica sobre el TLP* (2011), la tasa de suicidio consumado se situaba alrededor del 10%.

La prevalencia hallada en atención primaria en un estudio realizado por Aragonés et al. (2013) es del 0,017%, siendo mayor en pacientes con trastornos mentales comórbidos, especialmente en los trastornos por abuso de sustancias (0,015%). Estos datos reflejan tasas inferiores a las halladas en estudios internacionales, que alcanza el 6,4% (Skodol et al., 2002). También existe disparidad sobre la influencia del sexo en los datos de prevalencia. Algunos estudios señalan que alrededor del 70%-80% de los pacientes son mujeres, y se ha considerado el TLP como un trastorno asociado al sexo femenino (Linehan y Bohus, 2004). Otros autores como Leichsenring (2011) señalan que estas diferencias no existen en la población general.

En un amplio número de estudios epidemiológicos se ha evaluado el deterioro funcional de las personas con TLP para evaluar características psicosociales. Las personas con TLP no suelen haber tenido relaciones estables y, si las han tenido, muchos de ellos están separados o divorciados (Disney et al., 2012). También se observó que tenían un mayor desempleo, cambios de trabajo o periodos de incapacidad laboral (Liebke et al., 2016; Zimmerman et al., 2012; Ryle y Golyunkina, 2000) y el desempeño en las actividades realizadas era pobre. En el *Collaborative Longitudinal PD Study* (Skodol et al., 2002), encontraron que las personas con TLP presentaban un deterioro funcional en diferentes áreas, más severo que pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o depresión. Este estudio planteó que no debe considerarse como algo crónico, mejorando las expectativas de pronóstico al registrar tasas de remisión sintomática mayores del 78% en un seguimiento de 16 años (Zanarini et al., 2010).

De los casos en seguimiento, posteriormente el 20% tuvieron recaídas (Zanarini et al., 2012). Los síntomas relacionados con la impulsividad suelen remitir antes que aquellos que tienen que ver con las relaciones interpersonales y la labilidad emocional (Leichsenring et al., 2011).

Respecto al curso del TLP se ha señalado que la sintomatología comienza a ser observable durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta (Goodman et al., 2013; Zanarini et al., 2006). Algunos autores consideran que es un trastorno del desarrollo, y que se puede detectar antes de la edad adulta (New et al., 2013). La mayoría de diagnósticos se realizan entre los 19 y los 34 años de edad. Durante muchos años se consideró que sus síntomas eran estables, y varios estudios avalan que la evolución del mismo es inestable (Leichsenring et al., 2011).

2.4.4 Tratamiento

Respecto al tratamiento de los TP, se han llevado a cabo numerosas re-conceptualizaciones de los modelos diagnósticos, llegando a considerar este grupo de trastornos tan heterogéneo como patologías tratables, aunque no desde los abordajes terapéuticos tradicionales. En la bibliografía científica han ido apareciendo nuevas perspectivas terapéuticas especializadas, unidades específicas, criterios de selección de pacientes, secuencias de procesos terapéuticos, que resultan prometedores, sin embargo, queda mucho que investigar. La psicoterapia es el tratamiento de elección para el TLP. A continuación se exponen varios de los tratamientos que han demostrado evidencia empírica para el tratamiento del TLP.

Tratamiento basado en la Mentalización

El Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT) se desarrolló originalmente en la década de 1990, y se utilizó inicialmente para tratar a los pacientes con TLP en un entorno hospitalario parcial, como son los programas de Hospital de Día. En los últimos años, el enfoque de la MBT ha evolucionado. Diversos avances han sido influenciados en particular por nuevos hallazgos en psicología evolutiva, psicopatología y neurociencia.

La MBT tiene como objetivo ayudar al paciente a incrementar su capacidad de mentalización, explorando e identificando emociones en una amplia variedad de situaciones. Se trata de potenciar una relación de apego significativo y seguro para motivar al paciente e incrementar su implicación en la terapia (Bateman y Fonagy, 2006). La mentalización es la capacidad de entender las acciones de las otras personas y de sí mismo en términos de pensamientos,

sentimientos, deseos y necesidades; es una capacidad *muy humana* que subyace a las interacciones cotidianas. Sin mentalización, no puede haber un sentido afianzado del yo, ninguna interacción social constructiva o cooperativas ni seguridad en uno mismo (Fonagy et al., 2002). La MBT es un tratamiento estructurado que integra componentes cognitivos, psicodinámicos y relacionales en la terapia; con base en la teoría del apego y en la capacidad de mentalización. La intervención se lleva a cabo desde el *modelo de equipo único*, formado por distintos profesionales, y todos ellos participan en la toma de decisiones de forma conjunta. La terapia individual y grupal se combina en todas las modalidades de tratamiento, ya sea ingreso, hospital de día o seguimiento ambulatorio.

El tratamiento se divide *tres fases* en las que se trabajan unos objetivos y procesos específicos (Bateman y Fonagy, 2006). Los cuatro objetivos de tratamiento están organizados jerárquicamente, y son la identificación y expresión apropiada del afecto, el desarrollo de representaciones internas estables, la formación de un sentido del yo coherente y la capacidad de establecer relaciones seguras. En la fase inicial se trabaja la motivación y la involucración del paciente en el tratamiento. Se presta especial atención a la narrativa de los eventos pasados y presentes, de sus sentimientos y pensamientos. Al finalizar esta fase, se realiza la formulación del caso. La segunda fase incluye terapia individual y grupal para trabajar la mentalización, mediante técnicas específicas, de dificultad y profundidad ascendente. Mantener la alianza terapéutica. Esta fase varía en su duración dependiendo de la intensidad del tratamiento, normalmente desde los 6 a los 18 meses. La fase final va encaminada a preparar al paciente para el cierre del tratamiento intensivo, trabajando los sentimientos de pérdida, el mantenimiento de los objetivos alcanzados y la prevención de recaídas (Bateman y Fonagy, 2016).

Las estrategias generales son favorecer la mentalización: *tender puentes entre los vacíos*, para favorecer los procesos reflexivos y la integración de experiencias otorgándoles un significado; trabajar los estados mentales, para favorecer estar en el momento presente, reorientando las emociones relacionadas con el pasado hacia el momento actual, y aprender a manejarlas (Bateman y Fonagy, p. 203, 2004; Bateman y Fonagy, 2006).

Terapia Dialéctico Conductual

La Terapia Dialéctico-conductual (*Dialectical Behaviour Therapy*, DBT) fue desarrollada por Marsha Linehan y equipo (1993). Su modelo teórico sobre la etiología del TLP está en la base

del tratamiento, y los principios de la filosofía dialéctica. La DBT tiene como objetivo la integración de tendencias opuestas, la aceptación y validación del paciente, junto al cambio. Desde este modelo terapéutico se considera fundamental reconocer y validar la vulnerabilidad emocional que presentan los pacientes, proporcionar las habilidades necesarias para la regulación emocional, el entrenamiento en habilidades para mejorar las relaciones interpersonales, y el control de las conductas impulsivas o aquellas que atenten contra la calidad de vida o la vida en sí. También se trabaja la flexibilización de patrones cognitivos y el sentido de la identidad personal. Los cuatro componentes básicos son: el grupo de entrenamiento en habilidades, la terapia individual, el apoyo telefónico en situaciones graves, y el seguimiento terapéutico desde la motivación, y la competencia.

Los grupos se reúnen dos horas y media durante 24 semanas para llevar a cabo el entrenamiento en habilidades de forma completa, y se repite el programa tras un año. La terapia es llevada a cabo por varios terapeutas, alternando la participación en los diferentes grupos. El tratamiento se divide en cuatro etapas, definidas por la severidad de las conductas del paciente (ver Tabla 10).

Tabla 10. Etapas de tratamiento desde la DBT (Adaptada de Linehan, 1999).

Etapa I	Etapa II	Etapa III	Etapa IV
Objetivo 1: reducir y eliminar las conductas que atentan contra la vida.	Reducir los trastornos comórbidos, las	Ayudar a construir su propia vida,	Pasar de la sensación de
Objetivo 2: Reducir y eliminar conductas que interfieren con el tratamiento.	emociones no deseadas y la <i>evitación</i>	aumentando el autorrespeto para	vacío a la conexión e
Objetivo 3: Disminuir las conductas que atentan contra la calidad de vida.	<i>experiencial</i> , con el objetivo	incrementar la calidad de vida.	identificación con uno mismo.
Objetivo 4: aprender a centrarse en el presente, mantener relaciones adecuadas, identificar, entender y emociones.	de experimentar emociones de forma funcional y adaptativa.		

La evidencia científica a favor de este modelo terapéutico es amplia y se ha demostrado su eficacia en la reducción de conductas autolesivas, ideación suicida, hospitalizaciones, consultas a servicios de urgencia y en el aumento de la adherencia al tratamiento (Linehan, 2006; Cuevas y López, 2012).

II. PARTE EMPÍRICA

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 *Objetivo general*

El objetivo general del estudio es analizar las diferencias en el funcionamiento psicológico y social de los tres grupos de pacientes graves con distintos trastornos de personalidad al inicio del tratamiento en la Unidad Especializada en TP del Hospital Lafora.

3.2 *Objetivos específicos*

El primer objetivo del estudio fue examinar las diferencias el nivel de funcionamiento psicológico y social y los rasgos patológicos de personalidad en tres grupo de pacientes graves con: a) con Trastorno de la Personalidad Límite, b) Trastorno de Personalidad Sin Especificar y c) Trastorno Mixto y separado por sexo. El segundo objetivo fue estudiar estas diferencias según grupos de edad y sexo. El tercer objetivo fue estudiar la asociación del funcionamiento psicológico y social y los rasgos patológicos de personalidad según grupo y sexo. El cuarto objetivo fue estudiar los factores asociados según grupo diagnóstico y sexo.

3.3 *Hipótesis*

1. Se espera mayor nivel de malestar psicológico, habilidades sociales, autoestima y autoeficacia en el TLP, en comparación con los grupos TPSE y TPMixto.
2. Se espera que este nivel de funcionamiento psicológico y social sea mayor en mujeres y a edades más jóvenes, independientemente del diagnóstico del TP.
3. Se espera un peor funcionamiento psicológico y social a peores rasgos patológicos de la personalidad tanto en mujeres como en hombres.
4. Se espera que la impulsividad de las personas con TLP se asocie a mayor conductas autolesivas, consumos de drogas y alcohol comparado con los otros 2 grupos TPSE y TPMixto, y similar por sexo.
5. Se espera distintos factores asociados según tipo de diagnóstico y sexo.

4. MÉTODO

4.1. *Diseño*

El presente estudio tiene un diseño transversal basado en entrevista diagnóstico (realizada por los profesionales del Hospital) y en una batería de cuestionario autoinformados,

administrada al inicio del tratamiento en la Unidad de Trastornos de la Personalidad, con metodología descriptiva y comparativa. Se han seleccionado seis cuestionarios específicos (ver apartado “Instrumentos”) para este estudio.

4.2. Participantes

La muestra inicial está formada por los pacientes derivados por parte de los facultativos de los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid a la UTP entre los años 2008 y 2017 (N=331). El 78,1% (N=260) de los casos está compuesto por mujeres, el 21,3% (N=71) por hombres, encontramos un 0,6% (N=2) de valores perdidos por el sistema. El rango de edad está comprendido de los 18 a los 58 años, con una media de 35,5 (DT= 8,3).

El 55,3% (N=184) de los pacientes derivados a la unidad presentaban diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), el 17,1% (N=57) Trastorno de la Personalidad Sin Especificar (TPSE) y el 15% (N=50) Trastorno Mixto de la Personalidad (TMixto). El 3% (N=10) fue incluido en una categoría común denominada *Miscelánea*, que se compone de los casos con diagnóstico inicial de Trastorno Histriónico, Trastorno Dependiente y Trastorno Esquizoide de la Personalidad; mientras que encontramos un 9,6% (N=32) de los casos sin una categoría diagnóstica asignada en la base de datos, y contaba con datos de cuestionarios.

Para la selección de la muestra del presente estudio se han eliminado los casos que no tenían el dato del diagnóstico, o bien ítems sin responder en varios de los cuestionarios utilizados; una vez depurada, estuvo compuesta un total de 291 casos, de los cuales 78,4% (N=178) son mujeres y el 21,6% (N=63) hombres. En resumen, un 61,2% (N=178) de personas diagnosticadas con TLP, el 19,2% (N=56) de los casos corresponde al diagnóstico TPSE, mientras que el 16,2% (N=47) tenían un TMixto. El último grupo está compuesto por los casos agrupados en una categoría llamada *Miscelánea* que supone el 3,4% (N=10) (Tabla 1a).

4.3. Procedimiento

Todos los pacientes participan voluntariamente en un programa de intervención de 6 meses basado en el modelo de comunidad terapéutica en el entorno hospitalario. Completan una batería amplia de cuestionarios al inicio del ingreso,. Los datos estadísticos anonimizados, cuentan siempre con un consentimiento informado del paciente, y un comité ético del hospital.

La Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP) de la Comunidad de Madrid es un espacio independiente dentro del Hospital Dr. Rodríguez Lafora, y es un programa especializado e intensivo en el tratamiento intensivo de los Trastornos graves de la Personalidad, de 18 y 65 años.. Los objetivos generales, comunes a todos los pacientes, son la reducción de la sintomatología, la modificación de procesos intervinientes como son el control de impulsos, la tolerancia a la frustración, las habilidades de relación interpersonal y la resolución de problemas; así como la modificación de la estructura disfuncional de la personalidad, mediante la adecuación del autoconcepto, y la potenciación de la adquisición de un sentido de identidad personal. El programa de intervención se divide en cuatro fases: acogida, de 15 días; tratamiento, con una duración de cuatro meses; y la fase de transición, durante un mes y medio, con el cierre del tratamiento. En algunos casos, se realiza un seguimiento ambulatorio de seis meses.

Las intervenciones grupales se dividen en grupos comunitarios, grupos psicoterapéuticos, grupos de expresión interpersonal, grupos de afrontamiento, y grupos de aceptación. El tratamiento se basa en los principios generales de la terapia cognitivo conductual, de la terapia basada en la mentalización (MBT) y de la terapia dialéctico conductual (DBT). Las psicoterapias individuales (psicólogo o psiquiatra) tienen una periodicidad semanal.

4.4 Variables de estudio

<i>Variables independientes</i>	<i>Indicador</i>	<i>Instrumento</i>
<u>Funcionamiento Psicológico y Social</u>		
<i>Nivel de Malestar general</i>	<i>Índice de Gravedad Global (GSI).</i>	<i>Escala SCL-90-R</i>
<i>Nivel de Autoestima</i>	<i>Puntuación total en la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).</i>	<i>Escala RSE</i>
<i>Nivel de Autoeficacia</i>	<i>Puntuación total en la Escala de Autoeficacia General (EAG).</i>	<i>Escala EAG</i>
<i>Nivel de Habilidades Sociales</i>	<i>Puntuación total en la Escala de Habilidades Sociales (EHS).</i>	<i>Escala EHS</i>
<i>Nivel de Impulsividad</i>	<i>Puntuación total en la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11).</i>	<i>Escala BIS-11</i>
<u>Estructura de Personalidad</u>		
<i>Nivel de rasgos de personalidad patológica.</i>	<i>Puntuación en 10 escalas básicas de personalidad del Inventario Clínico</i>	<i>Escalas MCMI-II + 2 escalas de Alcohol y Drogas</i>

4.5 Instrumentos

Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R, Derogatis, 1977). Es un inventario que contiene 90 ítems, con una escala Likert de 5 puntos, con un rango de respuesta de 0 a 4, que va desde “no ha tenido esa molestia en absoluto” hasta “mucho o extremadamente”. Adaptación a muestra española por González de Rivera y cols. (2002). La versión definitiva del SCL-90-R evalúa síntomas psicológicos y malestar a través de 90 ítems, todos directos, que conforman 9 dimensiones y 3 índices globales. Las dimensiones sintomatológicas son Somatización, Obsesividad-compulsividad, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica y Psicoticismo. Tiene 3 índices globales, el más utilizado como medida de malestar psicológico es: Índice de Sintomatología General (GSI, *General Symptom Index*). Las normativas formales que existen del SCL-90-R corresponden a pacientes psiquiátricos internos y adolescentes de la población general (Derogatis, 1994) diferenciando datos entre hombres y mujeres. Respecto a la fiabilidad, el rango de las alfa de Cronbach osciló entre 0,77 en la escala de Psicoticismo y 0,90 en la escala de Depresión (Derogatis, Rickels y Rock, 1976). Los coeficientes de fiabilidad de la versión española, analizados en una muestra de pacientes clínicos han sido satisfactorios (Robles, Andreu y Peña, 2002), oscilando entre 0,69 en la escala de Ansiedad fóbica y 0,85 en la de Somatización y son equiparables a otros estudios han revelado (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002). La consistencia interna de las dimensiones sintomáticas va desde $\alpha = 0,81$ a $\alpha = 0,90$. A mayor puntuación en GSI, mayor psicopatología global.

Escala de Habilidades Sociales (EHS, Gismo González, 2000), está compuesta por 33 ítems, 28 de ellos redactados (en sentido inverso) para detectar la falta de aserción o déficit en habilidades sociales, y cinco de ellos redactados en sentido directo, con cuatro alternativas de respuesta. El análisis factorial de esta escala reveló la presencia de 6 factores de primer orden: (a) autoexpresión en situaciones sociales; (b) defensa de los propios derechos propios; (c) expresión de enfado o conformidad; (d) decir no y cortar interacciones; (e) hacer peticiones, y (f) iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Además, de dos factores de segundo orden: *F1*) conducta asertiva, y *F2*) habilidades heterosociales. El instrumento fue desarrollado y validado en muestra española. Ha demostrado buenos índices de fiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 para la escala total. Una mayor puntuación global indica que la persona tiene más habilidades sociales y más capacidad de aserción.

Escala de Autoeficacia General (EAG, Baessler y Schwarzer, 1996), compuesta de 10 ítems tipo Likert de 4 puntos. Mide el nivel de autoeficacia general, entendida como un constructo global que hace referencia a la creencia estable de las personas sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Bandura, 1992). La adaptación para la población española realizada por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) mostró una consistencia interna (α) de 0,87 y una correlación dos mitades de 0,88.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1989), la versión española de Baños y Guillén (2000). La RSE es de uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Esta compuesta por 10 ítems, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, en una escala Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= Muy de acuerdo a 4= Totalmente en desacuerdo). Para su corrección se invierten las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y luego se suman todos los ítems, oscilando entre 10 y 40, siendo 10 la más baja y 40 la de autoestima más alta. A menor puntuación, menor autoestima.

Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11; Barrat, 1985), fue diseñada por Barratt y ha sido validada en español por Oquendo y cols. (2001). Consta de 30 ítems distribuidos en tres subescalas: Impulsividad no planificada (12 ítems), impulsividad motora (10 ítems) impulsividad cognitiva (8 ítems). Cada uno de los ítems de esta escala tiene un formato Likert de 4 respuestas (1=raramente o nunca, a 4=siempre o casi siempre), salvo los ítems que lo hacen al de forma inversa (4-3-2-1). La puntuación total es la suma de todos los ítems y por subescalas. No existen puntos de corte, aunque se ha propuesto la mediana de la distribución. Tanto los parámetros de fiabilidad como de validez son adecuados. La consistencia interna es 0,80. A mayor puntuación, mayor impulsividad.

Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, (MCMI-II; Millon, 1999) o el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*, derivado de la teoría sobre la personalidad de Millon (Millon y Davis, 1998), incluye en su adaptación española 10 escalas básicas de personalidad, 3 de personalidad patológica, 8 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes graves. Es un instrumento autoadministrado y se compone 175 ítems de respuesta verdadero/falso. Dicho instrumento proporciona puntuaciones tasa base, según baremos de población comunitaria y clínica española, diferenciados para hombres y mujeres (Millon, 2002). El rango de puntuaciones va de 0 a 115. El valor de TB para indicar la presencia de un trastorno de personalidad es 75, y se toma como referencia una TB de 85 para indicar el tipo de trastorno de personalidad más sobresaliente. Las características psicométricas del instrumento se

consideran adecuadas (Millon, 2002). Siempre que las puntuaciones de las diferentes escalas sobrepasan los puntos de corte establecidos, se considera que existe una mayor rigidez en el estilo de personalidad y, en su caso, una mayor severidad o gravedad en ese trastorno.

4.6 Análisis de datos

Los datos han sido analizados por separado, en muestras independientes, por sexo y por grupo diagnóstico. Mediante el análisis estadístico inicial se realizó una prueba de Chi cuadrado sobre independencia obteniendo un valor asociado de $\chi^2_{(3)} = 15,94$; $p = 0,003$, por lo que se puede asumir que los grupos diagnósticos y el sexo están relacionados.

Por otro lado, se agrupó el total de los casos mediante cuartiles de edad. El cuartil 1 (18-30 años) comprende el 22,2% de los casos, mientras que el cuartil 2 (30-35 años) por el 22,8%. Los cuartiles 3 (35-41 años) y 4 (41-58 años) están formados por el 25,6% y el 29,4% de los casos respectivamente. El valor asociado de $\chi^2 = 2,51$ y el nivel crítico $p = 0,47$, por lo que se puede afirmar que la edad y el sexo de la muestra son variables independientes (Tabla 1a).

El análisis estadístico de los diferentes cuestionarios aplicados, tras llevar a cabo la prueba de Levene para verificar la igualdad de varianzas, se realizaron comparaciones entre grupos utilizando análisis de varianza (ANOVAs) por sexo (mujeres *versus* hombres) y grupo diagnóstico inicial (TLP, TPSE y TPMixto). El tamaño del efecto se calculó utilizando eta cuadrado. Por otro lado, se utilizaron ANOVAs para realizar comparaciones de entre grupos por sexo y cuartiles de edad. Tras dicho análisis se realizó el análisis *post-hoc* mediante el HSD de Tukey en las escalas en las que se rechazó la hipótesis nula de igualdad de varianzas para poder comparar los diferentes grupos (diagnóstico y edad). La asociación entre las variables seleccionadas de cada cuestionario fue analizada mediante correlación de *Pearson*.

Por último, se llevó a cabo una regresión logística para cada subtipo (TLP, TPSE y TMixto) para examinar los factores asociados según sexo. Ejemplo (TLP=1 y TPSE/TMixto=0, y así respectivamente). Se utilizó el estadístico R^2 ajustada para determinar la contribución de las variables al modelo. Pruebas del *tamaño del efecto* para las diferencias estadísticamente significativas con el estadístico eta cuadrado. Según Cohen (1998), un tamaño del efecto de $\eta^2 < 0,4$: efecto pequeño, $\eta^2 \geq 0,4$: efecto moderado, $\eta^2 \geq 0,75$: efecto grande. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 22.0 (IBM, Chicago, EE.UU.). Todos los valores de p fueron bilaterales y la significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

Características de la muestra con patología TP

La base de datos del Hospital sólo contenía la edad, el sexo y los tipos de grupos, y con esos datos hemos realizados diferencias en las distintas variables del estudio.

El grupo total de mujeres tiene un rango de edad entre 18 y 58 años ($M=35,9$; $DT=8,1$), mientras que el grupo total de hombres presentan edades entre los 19 y los 56 años ($M=34,44$; $DT=8,8$). Los resultados obtenidos muestran que, en el grupo de mujeres existen diferencias en la edad en los diferentes grupos diagnósticos, siendo el grupo con TLP el más joven en comparación con aquellas con TPSE y TPMixto. En el grupo de hombres no se hallaron diferencias significativas respecto a la edad según grupos diagnósticos.

Diferencias en el funcionamiento psicológico y social entre grupo según sexo

Malestar Psicológico

La tabla 2a muestra las puntuaciones medias obtenidas en las nueve escalas del SCL-90-R y la puntuación total del GSI entre grupos diagnósticos y sexo. En el grupo de las mujeres encontramos diferencias significativas en *hostilidad* ($F_{(2, 216)}=8,38$; $p=,001$; $\eta^2=,07$) y *psicoticismo* ($F_{(2, 216)}=4,00$; $p=.020$; $\eta^2=,04$). El análisis *post hoc* confirmó que el nivel de *hostilidad* era mayor en el grupo TLP; mientras que el nivel de *psicoticismo* era significativamente superior en el grupo de TPMixto. En el grupo de hombres no se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones medias según grupos de TP (TLP vs. TPSE vs. TMixto) en las escalas del SCL-90-R

La comparación por sexo en las escalas del SCL-90-R, las medias observadas en el grupo total de mujeres, sin dividir por diagnóstico, son superiores a los hombres en todas las 9 dimensiones, excepto en el nivel *hostilidad*, que los hombres tienen una puntuación media superior ($M_{mujeres}=2,14$ vs. $M_{hombres}=2,22$, $p < 0,05$).

Según grupos diagnósticos y sexo, en la Tabla 2a observamos que el grupo de mujeres con diagnóstico TLP presentan unas puntuaciones media superiores a la de los hombres con diagnóstico TLP en todas las escalas del SCL-90-R, incluida la escala *hostilidad*, al contrario de lo que ocurre en la comparación como grupo total. En el grupo de mujeres TPSE hallamos

puntuaciones medias ligeramente superiores en el *GSI* ($M_{\text{mujeres}}=2,35 > M_{\text{hombres}}=2,31$), en el nivel de *somatización* ($M_{\text{mujeres}}=2,38 > M_{\text{hombres}}=1,71$), de *sensibilidad interpersonal* ($M_{\text{mujeres}}=2,55 > M_{\text{hombres}}=2,33$), en el nivel de *depresión* ($M_{\text{mujeres}}=3,10 > M_{\text{hombres}}=2,82$) y en el nivel de *ansiedad* ($M_{\text{mujeres}}=2,51 > M_{\text{hombres}}=2,43$). Por otro lado, en el grupo de mujeres con diagnóstico TPMixto observamos puntuaciones medias superiores que los hombres, excepto en *hostilidad* ($M_{\text{mujeres}}=1,98 < M_{\text{hombres}}=2,34$).

En resumen, las diferencias entre los tres grupos de mujeres (TLP, TPSE y TPMixto) observamos que todas las medias son superiores en el grupo de TPMixto, excepto en el nivel de *hostilidad* que son las mujeres con TLP. En las diferencias entre los tres grupos de hombres (TLP, TPSE y TPMixto), observamos que el grupo con TPSE muestra las medias más altas en todas las escalas, excepto en *somatización*, que la mayor es la del grupo con TLP, y en *ansiedad*, siendo también superior en el grupo con TLP.

Habilidades Sociales

En la tabla 3a se observan las diferencias en los niveles de habilidades sociales en los diferentes grupos diagnósticos, según sexo. En el grupo de mujeres resultó significativa la diferencia en la escala EHS ($F_{(2, 213)}=7,12$; $p=,001$; $\eta^2= 0,06$). El análisis *post hoc* confirmó que el nivel de *habilidades sociales* es mayor en el grupo TLP que en el TPSE y el TPMixto. En el grupo de hombres, no se hallaron diferencias significativas en el nivel de *habilidades sociales* por grupo diagnóstico ($F_{(2, 58)}=0,92$; $p=,41$; $\eta^2= 0,03$); pese a ello, la media del grupo con TPMixto (45,21; DT=37,47) es superior.

Si comparamos por sexo, las mujeres presentan medias inferiores en todos los grupos diagnósticos: TLP ($M_{\text{mujeres}}=39,52 < M_{\text{hombres}}=44,78$), TPSE ($M_{\text{mujeres}}=22,34 < M_{\text{hombres}}=31,95$), y TPMixto ($M_{\text{mujeres}}=21,15 < M_{\text{hombres}}=45,31$), $p > 0,05$, respectivamente.

Nivel de Autoeficacia

En los análisis realizados para comparar el nivel de *autoeficacia* entre grupos diagnósticos y por sexo no hallamos ninguna diferencia significativa, pese a no alcanzar el nivel de significación, en ambos sexos podemos observar que el mayor nivel lo encontramos en aquellos con TLP, seguido por TPMixto y el último grupo fue TPSE (Tabla 3a).

Nivel de Autoestima

En los niveles de *autoestima* en la RSE no se encontraron diferencias significativas entre grupos ni por sexo. El nivel de *autoestima* en el grupo total de mujeres es de 19,93, mientras que en hombres es de 20,11. Al dividir por diagnóstico, tanto las mujeres como los hombres del grupo TLP, presentaban mayores puntuaciones (tabla 3a), sin ser estadísticamente significativo.

Nivel de Impulsividad

En la escala de *impulsividad*, evaluada por el BIS-11, no se hallaron diferencias significativas entre grupos diagnósticos ni en las mujeres ni en los hombres (Tabla 3a). El mayor nivel de *impulsividad* en las mujeres y en los hombres se observó en el grupo TLP.

Diferencias en el Rasgos patológicos de Personalidad*Escalas básicas de personalidad*

Mediante el análisis ANOVA realizado en las diez escalas de personalidad (MCMI-II) en las mujeres, se hallaron diferencias significativas en la escala *fóbica* ($F_{(2, 186)}=7,55; p=,001; \eta^2= 0,08$), realizando el análisis *post-hoc* HSD de Tukey, se observó que el nivel del grupo con TPSE era superior al grupo con TPMixto y, ambos superiores al grupo con TLP.

En la escala *dependiente* también se obtuvieron diferencias significativas entre grupos diagnósticos en las mujeres ($F_{(2, 186)}=11,23; p=,001; \eta^2= 0,11$). El análisis *post-hoc* mostró que el grupo con mayor nivel fue el de TPSE, siendo muy similar al grupo TPMixto; sin embargo, el grupo TLP mostraba ser significativamente inferior (ver tabla 4a).

Respecto a la escala de personalidad *histrionica* hallamos diferencias significativas ($F_{(2, 186)}=13,29; p=,001; \eta^2= 0,13$); mediante el *post-hoc* se confirmó que el grupo con un nivel superior en la escala era el de aquellas con TLP. En la escala *narcisista* se hallaron diferencias entre grupos ($F_{(2, 186)}=14,57; p=,001; \eta^2= 0,14$), mostrando el grupo con TLP el nivel superior que los otros dos grupos en conjunto.

En la escala *antisocial* también se hallaron diferencias significativas ($F_{(2, 186)}=17,92; p=,001; \eta^2= 0,16$), siendo el grupo con TLP era superior y al TPSE, muy inferior el TPMixto. Los grupos, en la escala *agresivo-sádica* mostraron medias significativamente diferentes ($F_{(2, 186)}=9,32; p=,001; \eta^2= 0,09$). El grupo con nivel superior fue el de aquellas con TLP,

mientras que no hubo diferencia significativa entre los grupos TPSE y TPMixto. El nivel de personalidad *pasivo-agresiva* se hallaron diferencias ($F_{(2, 186)}=5,39; p=,005; \eta^2= 0,06$) fue significativamente superior en el grupo TLP en comparación con los grupos TPSE y TPMixto, no hallando diferencias entre los dos últimos. En la escala *compulsiva* las diferencias ($F_{(2, 186)}=6,89; p=,001; \eta^2= 0,07$) fueron significativas, mostrando un nivel inferior el grupo con TLP respecto al TPSE y al TPMixto.

En la tabla 11 se recoge el porcentaje de mujeres y hombres, por categoría diagnóstica, que obtuvieron un TB > 85.

Tabla 11. Porcentaje de personas que superan el TB > 85 en las escalas de personalidad del MCMI-II.

	Mujeres				Hombres			
	TLP	TPSE	TPMixto	Total	TLP	TPSE	TPMixto	Total
Esquizoide	32,3	38,7	29,0	14,9	43,8	31,2	25,0	27,0
Fóbica	58,7	20,7	20,7	54,4	50,0	31,2	18,8	52,4
Dependiente	45,1	29,6	25,4	31,1	44,4	44,4	11,1	14,3
Histriónica	92,6	3,7	3,7	12,3	50,0	25,0	25,0	6,3
Narcisista	90,9	4,5	4,5	9,6	50,0	20,0	30,0	15,9
Antisocial	95,6	2,2	2,2	19,7	52,4	19,0	28,6	33,3
Agresiva-Sádica	93,8	-	6,2	7,0	36,8	26,3	36,8	30,2
Compulsiva	45,6	23,8	28,6	9,6	-	100	-	3,2
Pasiva-Agresiva	76,3	13,2	10,5	50,9	45,7	34,3	20,0	55,6
Autodestructiva	65,9	17,8	16,3	61,0	48,3	37,9	13,8	47,6
Esquizotípica	60,6	23,8	13,6	30,3	50,0	25,0	25,0	27,0
Límite	73,9	13,2	15,7	60,5	42,7	33,3	19,4	58,7
Paranoide	90,9	9,1	-	4,8	50,5	-	58,7	3,2

*TB: tasa base.

En el grupo de hombres sólo se hallaron diferencias significativas entre grupos diagnósticos en la escala *dependiente* ($F_{(2, 43)}=5,49; p=,008; \eta^2= 0,20$). El análisis *post-hoc* mostró que el grupo con TPSE presentaba un nivel superior al grupo con TLP; y el nivel del grupo con TPMixto era significativamente inferior a los otros dos.

Personalidad patológica y síndromes clínicos (gravedad moderada)

Entre las escalas de personalidad patológica, encontramos diferencias significativas en la escala *límite* ($F_{(2, 186)}=7,81; p=,001; \eta^2= 0,08$). El grupo con TLP no mostró diferencias respecto al grupo con TPMixto, sin embargo, ambos fueron significativamente superiores al grupo con TPSE.

Las escalas de síndromes clínicos en las que se observaron diferencias significativas fueron *hipomanía* ($F_{(2, 186)}=7,98; p=,001; \eta^2= 0,08$), *abuso de alcohol* ($F_{(2, 186)}=5,17; p=,007; \eta^2=$

0,05) y *abuso de drogas* ($F_{(2, 186)}=20,01$; $p=,001$; $\eta^2= 0,18$). El *abuso de alcohol* fue significativamente superior en el grupo con TLP, análisis *post-hoc* mostró mayor puntuación, que los otros dos grupos. El grupo de hombres sólo mostró diferencias significativas en la escala de *distimia* ($F_{(2, 43)}=6,42$; $p=.002$; $\eta^2= 0,25$), tras el *post-hoc*, se observó que el nivel de los grupos de aquellos con TLP y con TPSE eran superiores al grupo con TPMixto.

Diferencias en el funcionamiento psicológico y social por cuartiles de edad y sexo

Tras realizar el análisis por sexo y diagnóstico, se realizaron ANOVAs con el fin de observar las diferencias por cuartiles de edad (Q1=18-29,99; Q2=30-34,99; Q3=35-41,49; Q4=41,5-57) en cada sexo (mujeres *versus* hombres).

Malestar general

En el grupo de mujeres no se halló ninguna diferencia significativa entre las puntuaciones medias en las escalas del SCL-90-R, según los cuartiles de edad. En el grupo de los hombres se hallaron diferencias en la escala de *obsesivo-compulsivo* ($F_{(3, 63)}=3,098$; $p=,034$; $\eta^2= 0,14$). El análisis *posthoc* mostró un nivel significativamente superior en el cuartil que agrupa a los hombres de mayor edad (41,5-57 años) mientras que en los otros tres cuartiles, no se hallaron diferencias (Tabla 5a).

Habilidades sociales

En la EHS, el análisis realizado no mostró diferencias significativas entre los grupos de edad en mujeres ni en hombres.

Nivel de Autoeficacia

El análisis realizado en la EAG no resultó significativo para asumir diferencias entre grupos de edad en mujeres ni en hombres.

Nivel de Autoestima

Los resultados obtenidos tras el análisis de datos de la RSES no existen diferencias entre grupos de edad en mujeres ni en hombres por cuartiles y edad y sexo, no fueron significativos.

Impulsividad

El nivel de impulsividad obtenido mediante el BIS-11 no difiere entre grupos de edad de mujeres, ni en los grupos de edad de los hombres.

Diferencias en los Rasgos patológicos de personalidad según cuartiles de edad y sexo*Escalas básicas de personalidad*

Mediante el ANOVA realizado en las diez escalas de personalidad del MCMI-II, en el grupo de mujeres se hallaron diferencias significativas por cuartiles de edad en las escalas *esquizoide* ($F_{(3, 194)}=3,21$; $p=,024$; $\eta^2= 0,05$); al realizar las comparaciones por grupos de edad, el cuartil 1 y el cuartil 3 mostraron un nivel significativamente inferior a los cuartiles 2 y 4 (Tabla 7a).

También se encontraron diferencias significativas en la escala *dependiente* ($F_{(3, 194)}=4,38$; $p=,005$; $\eta^2= 0,06$). El análisis *post-hoc* confirmó que había diferencias entre los cuartiles 1 y 2, que mostraron un nivel inferior que los cuartiles 3 y 4. En la escala de personalidad *histriónica* se hallaron diferencias significativas por grupos de edad ($F_{(3, 194)}=2,85$; $p=,039$; $\eta^2= 0,04$); el análisis *post-hoc* mostró que el nivel de los cuartiles 1 y 3 conjuntamente, eran superiores a los de los cuartiles 2 y 4. En la escala *narcisista* se hallaron diferencias significativas ($F_{(3, 194)}=3,10$; $p=,028$; $\eta^2= 0,05$); tras las *post-hoc*, presentaban niveles significativamente superiores en la escala que el cuartil 4, compuesto por mayor edad.

El análisis realizado en la escala *antisocial* ($F_{(3, 194)}=4,95$; $p=,002$; $\eta^2= 0,07$) confirmó la diferencia entre grupos de edad; mediante la comparación *a posteriori*, se observó que el cuartil 1 mostraba mayor nivel y el menor nivel, el cuartil 4. Al analizar las diferencias en la escala *compulsiva* ($F_{(3, 194)}=2,81$; $p=,041$; $\eta^2= 0,04$) se observó que el grupo de mujeres de mayor edad (cuartil 4) mostró el nivel más alto, en comparación con los otros grupos.

Los análisis de diferencias entre grupos de edad, sólo se analizaron el *abuso de alcohol* y el *abuso de drogas*. En dichas escalas sólo se hallaron diferencias significativas entre grupos de edad en el *abuso de drogas* ($F_{(3, 194)}=5,372$; $p=,001$; $\eta^2= 0,08$). El análisis *post-hoc* mostró que el cuartil 1 mostraba el mayor nivel, seguido por los cuartiles 2 y 3 sin que hubiese diferencia entre ellos; y menor nivel en la escala fue el cuartil 4 (mayor edad).

El grupo de hombres, en las escalas *básicas de personalidad*, mostró diferencias significativas por grupos de edad en la escala *narcisista* ($F_{(3, 46)}=3,29$; $p=,030$; $\eta^2= 0,19$); siendo mayor el nivel encontrado en los dos grupos de edades inferiores, cuartiles 1 y 2. También la personalidad *antisocial* ($F_{(3, 194)}=2,90$; $p=,046$; $\eta^2= 0,017$); mediante el *post-hoc* se observó

que los cuartiles 1 y 3 mostraron niveles superiores a los cuartiles 2 y 4. Se encontraron diferencias significativas en los diferentes grupos de edad en *abuso de alcohol* ($F_{(3, 46)}=3,79$; $p=,017$; $\eta^2= 0,21$), tras el análisis *post-hoc*, el grupo de hombres de mayor edad (cuartil 4) En contraste, con las diferencias en el *abuso de drogas* entre grupos de edad ($F_{(3, 46)}=3,79$; $p=,049$; $\eta^2= 0,21$), tras los *post-hoc* mostró que este grupo de mayor edad tenía menor uso.

Correlaciones entre variables psicológica y social y de personalidad

Para el analizar las relaciones entre las variables de interés, se realizaron correlaciones parciales de Pearson, para cada grupo diagnóstico por sexo, controlando por la edad.

En el primer análisis se incluyeron las diferente variables indicadoras del funcionamiento psicológico y social (nueve dimensiones sintomáticas del SCL-90-R, el GSI, la EHS, la EAG y el BIS-11), mientras que en el segundo análisis se incluyeron el las variables asociadas a la estructura de la personalidad (escalas básicas de personalidad del MCMI-II y escalas de abuso de alcohol y drogas) y el malestar general (escala GSI del SCL-90-R).

La asociación entre el funcionamiento Psicológico y Social

En el grupo de mujeres con *TLP*, se observaron correlaciones directas entre el nivel de *malestar general* y las nueve dimensiones sintomatológicas ($r >0,60$; $r <0,80$), como se observa en la Tabla 8a. Las correlaciones con las escalas de *habilidades sociales* ($r=-0,48$; $p <,001$), *autoeficacia* ($r=-0,52$; $p <,001$) y *autoestima* ($r=-0,52$; $p <,001$) fueron inversas y moderadas; mientras que la correlación con la *impulsividad* ($r=0,28$; $p <,01$) fue baja. Las *habilidades sociales* y la *autoestima* mostraron correlaciones bajas negativas, mientras que y la *autoeficacia* mostró una relación inversa moderada. La correlación directa más alta de la *depresión* fue con la *ansiedad* ($r=0,73$; $p <,001$) y se hallaron correlaciones inversas moderadas con *autoeficacia* ($r=-0,51$; $p <,001$) y *autoestima* ($r=-0,54$; $p <,001$); y correlación inversa baja con *habilidades sociales* ($r=-0,34$; $p <,001$). La dimensión que mostró una mayor correlación con la *impulsividad* fue *psicoticismo* y fue moderada ($r=0,40$; $p <,001$) (Tabla 8a).

Los hombres con diagnóstico *TLP*, mostraron correlaciones altas y directas en la escala *malestar general* con todas las escalas. El *malestar general* se asoció de forma negativa y moderadas con la *autoeficacia* y la *autoestima*, y no correlacionó con las *habilidades sociales*.

La única escala de *funcionamiento social* que mostró correlación significativa con la dimensión *obsesión compulsión* fue la de *habilidades sociales* ($r=-0,61$; $p<,05$), siendo una correlación alta y negativa. Las correlaciones observadas entre la *sensibilidad interpersonal* y las escalas de *habilidades sociales*, *autoeficacia* y *autoestima* son inversas. Las correlaciones de la *depresión* con *autoestima* ($r=-0,63$; $p<,001$) y *autoeficacia* ($r=0,66$; $p<,001$) fueron altas y negativas (ver Tabla 9a).

En las mujeres con *TPSE*, se observa que el *malestar general* muestra correlaciones directas muy altas con las dimensiones ($r=0,82-0,92$; $p<,001$). No se hallaron correlaciones significativas del *malestar general* con las escalas de *habilidades sociales*, *autoeficacia*, *autoestima* e *impulsividad*. Las escalas que correlacionaron de forma inversa con *obsesión-compulsión* fueron *autoeficacia* ($r= -0,47$; $p<,05$) y *autoestima* ($r= -0,64$; $p<,01$), siendo ambas correlaciones moderadas. La *depresión* presentó correlación de forma inversa moderada con *autoeficacia* ($r= -0,51$; $p<,05$) y *autoestima* ($r=0,55$; $p<,01$). La *ansiedad* correlaciona con la *autoestima* y la *autoeficacia* de forma positiva ($r=0,64$; $p<,001$)(Tabla 10a).

En el grupo de hombres con *TPSE*, se observaron correlaciones directas muy altas del *malestar general* con el resto de dimensiones ($r=0,58-0,92$, $p< 0,01$), y correlación alta inversa con *habilidades sociales* ($r= -0,72$; $p<,001$). La *somatización* correlacionó de forma alta e inversa con *habilidades sociales* ($r= -0,61$; $p<,05$). La *depresión* correlaciona de forma alta e inversa con la escala *habilidades sociales* ($r= -0,69$; $p<,05$). La *ansiedad* correlaciona de forma alta e inversa con *habilidades sociales* ($r= -0,78$; $p<,001$). La dimensión *psicoticismo* también correlaciona de forma inversa con *habilidades sociales* ($r= -0,62$; $p<,05$). La *autoestima* y la *autoeficacia* correlacionan de forma alta ($r=0,60$; $p<,05$)(Tabla 11a).

En el grupo de mujeres con *TPMixto*, se observó que el *malestar general* mantenía una relación directa y alta con el resto de dimensiones ($r=0,87-0,45$; $p<,05$). No se halló ninguna correlación inversa significativa (Tabla 12a). La *impulsividad* sólo correlacionó de forma moderada con *ansiedad* ($r=0,43$; $p<,05$), y *psicoticismo* ($r=0,43$; $p<,05$). Las escalas de *habilidades sociales*, *autoeficacia* y *autoestima* no mostraron ninguna correlación significativa.

Los hombres con *TPMixto*, presentan correlaciones directas del *malestar general* con las nueve dimensiones sintomatológicas fueron altas ($r=0,75-0,96$; $p<,05$). Sin embargo, las correlaciones con las escalas de *habilidades sociales*, *autoeficacia*, *autoestima* e *impulsividad*, no fueron significativas. La *obsesión-compulsión* presentó una correlación directa muy alta e inversa con las escalas *habilidades sociales* ($r= -0,90$; $p<,01$) y *autoestima* ($r= -0,86$; $p<,01$). La escala *sensibilidad interpersonal* presentó correlación alta y negativa con *habilidades sociales* ($r= -0,73$; $p<,05$). Las *habilidades sociales* y la *autoestima* mostraron correlacionar de forma positiva y alta ($r=0,80$ $p<,05$). La *impulsividad* no mostró ninguna correlación significativa (Tabla 13a).

La asociación entre la estructura de Personalidad y malestar general

Las mujeres con diagnóstico *TLP*, mostraron correlaciones significativas directas moderadas del *malestar general* con las siguientes dimensiones de la *estructura de personalidad*: *fóbica* ($r=0,51$; $p<,001$) y *autodestructiva* ($r=0,56$; $p<,001$). Respecto a la dimensión *antisocial* se hallaron correlaciones directas y altas con la *agresivo-sádica* ($r=0,61$; $p<,001$) y con el *abuso de drogas* ($r=0,77$; $p<,001$). El *abuso de drogas* mostró correlaciones moderadas directas con las dimensiones *histriónica*, *narcisista*, *agresivo-sádica*, *pasivo-agresiva* y *abuso de alcohol* (ver Tabla 14a).

En el grupo de hombres con *TLP*, entre el *malestar general* y las *estructuras de la personalidad* fueron significativas de forma directa en las dimensiones *esquizoide* ($r=0,67$; $p<,01$) y *dependiente* ($r=0,54$; $p<,05$); y de manera inversa en las dimensiones *histriónica* ($r= -0,59$; $p<,05$) y *narcisista* ($r= -0,65$; $p<,01$). Las correlaciones inversas fueron muy alta con la dimensión *histriónica* ($r= -0,88$; $p<,001$) y altas con las dimensiones *narcisista* ($r= -0,76$; $p<,001$), *antisocial* ($r=0,66$; $p<,01$), *agresivo-sádica* ($r= -0,61$; $p<,05$) y *abuso de drogas* ($r= -0,65$; $p<,01$)(Tabla 15a).

En el grupo de mujeres con *TPSE*, no mostraron correlaciones significativas del *malestar general* con las *estructuras de la personalidad*. La dimensión *fóbica* correlacionó de manera alta e inversa con la dimensión *histriónica* ($r= -0,66$; $p<,001$), mientras que la dimensión *dependiente* correlaciona inversamente con *antisocial* ($r= -0,51$; $p<,01$) y *agresivo-sádica* ($r= -0,61$; $p<,001$). La dimensión *histriónica* presenta correlaciones directas altas con *narcisista* ($r=0,80$; $p<,001$) y *abuso de drogas* ($r=0,61$; $p<,001$). Finalmente, el *abuso de drogas*

presenta correlaciones directas con las dimensiones *antisocial* ($r=0,66$; $p<,001$), *pasivo-agresiva* ($r=0,44$; $p<,05$) y *abuso de alcohol* ($r=0,59$; $p<,001$) (ver Tabla 16a).

En el grupo de hombres con *TPSE*, presentan correlaciones directas y moderadas del *malestar general* con la escala *fóbica* ($r=0,56$; $p<,05$) y *autodestructiva* ($r=0,56$; $p<,05$). La dimensión *esquizoide* correlaciona de forma inversa y muy alta con la dimensión *histriónica* ($r=-0,97$; $p<,001$) y alta con *narcisista* ($r= -0,72$; $p<,01$), *antisocial* ($r= -0,62$; $p<,05$), *agresivo-sádica* ($r= -0,58$; $p<,05$) y *abuso de drogas* ($r= -0,72$; $p<,01$). Se halló una correlación positiva muy alta entre las dimensiones *agresivo-sádica* y *pasivo-agresiva* ($r=0,80$; $p<,001$). El *abuso de alcohol* correlacionó alto con la dimensión *compulsiva* ($r=0,72$; $p<,01$). Finalmente, el *abuso de drogas* correlacionó con la dimensión *antisocial* de manera directa y muy alta ($r=0,89$; $p<,001$); y con otras fue alta: *narcisista* ($r=0,65$; $p<,05$), *agresivo-sádica* ($r=0,67$; $p<,05$), *pasivo-agresiva* ($r=0,73$; $p<,001$) y *abuso de alcohol* ($r=0,69$; $p<,01$). (Tabla 17a).

En el grupo de mujeres con *TPMixto*, en la dimensión *malestar general* sólo presentó una correlación significativa con el *abuso de alcohol* ($r=0,75$; $p<,001$). La escala *dependiente* sólo presentó correlaciones inversas, siendo altas con *narcisista* ($r= -0,67$; $p<,001$), *antisocial* ($r= -0,60$; $p<,01$) y *agresivo-sádica* ($r= -0,70$; $p<,001$); y moderada con la escala *histriónica* ($r= -0,42$; $p<,05$). La escala *antisocial* correlacionó significativamente de forma muy alta con la *agresivo-sádica* ($r=0,85$; $p<,001$) y *abuso de drogas* ($r=0,87$; $p<,001$); y alta con *pasivo-agresiva* ($r=0,75$; $p<,001$). El *abuso de alcohol* mostró correlaciones significativas directas moderadas con las escalas *pasivo-agresiva* ($r=0,41$; $p<,05$), *autodestructiva* ($r=0,53$; $p<,01$) y *abuso de drogas* ($r=0,57$; $p<,01$) (Tabla 18a).

En el grupo de hombres con *TPMixto*, sólo mostraron correlación alta y directa del *malestar general* y la dimensión *fóbica* ($r=0,71$; $p<,01$). Esta última dimensión correlacionó de forma directa y alta con las de *pasivo-agresiva* ($r=0,75$; $p<,01$) y *autodestructiva* ($r=0,81$; $p<,01$). La dimensión *narcisista* correlacionó de forma directa y muy alta con la *agresivo-sádica* ($r=0,92$; $p<,001$) y alta con *antisocial* ($r=0,75$; $p<,01$), *abuso de alcohol* ($r=0,75$; $p<,01$) y *abuso de drogas* ($r=0,77$; $p<,01$). La dimensión *autodestructiva* mostró correlación directa y alta con la *pasivo-agresiva* ($r=0,77$; $p<,01$). El *abuso de drogas* presentó correlaciones directas muy altas con *antisocial* ($r=0,89$; $p<,001$), *agresivo-sádica* ($r=0,86$; $p<,01$) y *abuso de alcohol* ($r=0,91$; $p<,01$) (Tabla 19a).

Factores asociados a los tipos de diagnóstico según sexo

Para realizar un modelo de predicción de las diferentes categorías de TP por sexo, controlando la edad. Se han calculado las diferentes *odds ratio* con el objetivo de ver la asociación de diferentes variables mediante la regresión *enter*.

Según el grupo TLP

En el primer modelo, incluimos las variables *edad*, *habilidades sociales*, *autoeficacia*, *autoestima* e *impulsividad*. En el caso de las mujeres el análisis resultó significativo en las variables *edad*, *habilidades sociales* e *impulsividad*; mientras que en los hombres fue la *impulsividad*. La varianza explicada por el modelo en el grupo de mujeres sería del 42,8%, ($R^2=0,428$), logrando una clasificación correcta del 79,6% de los casos. La varianza explicada el grupo de hombres fue del 24,1% ($R^2=0,241$), clasificando correctamente el 70,9% de los casos. (Tablas 12 y 13).

Tabla 12. Mujeres TLP

Variable predictiva	β	DT	<i>p</i>	Odds Ratio	95% IC
Edad	-,176**	,034	,001	0,84	[0,79-0,90]
Habilidades Sociales	,024*	,008	,003	1,02	[1,008-1,04]
Autoeficacia	,022	,033	,502	1,022	[0,96-1,09]
Autoestima	-,003	,042	,831	0,99	[0,93-1,10]
Impulsividad	,031*	,013	,022	1,002	[0,97-1,03]

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tabla 13. Hombres TLP

Variable predictiva	β	DT	<i>p</i>	Odds Ratio	95% IC
Edad	-,049	,036	,116	0,95	[0,88-1,02]
Habilidades Sociales	-,004	,009	,914	0,99	[0,98-1,02]
Autoeficacia	-,055	,064	,873	0,99	[0,84-1,08]
Autoestima	,147	,080	,060	1,16	[0,99-1,36]
Impulsividad	,043*	,027	0,36	1,06	[1,00-1,12]

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Según el grupo TPSE

En el modelo de regresión incluimos las variables *edad*, *habilidades sociales*, *autoeficacia*, *autoestima* e *impulsividad*. El análisis en el grupo de mujeres sólo resultó significativo en la variables *edad*. La varianza explicada por el modelo en el grupo de mujeres sería del 24,2% ($R^2=0,242$), con una clasificación correcta del 83,4% de los casos; mientras que en el grupo de hombres sería del 11,1% ($R^2=0,111$) y el modelo clasificaría correctamente el 65,5% de los casos. (Tablas 14 y 15).

Tabla 14. Mujeres TPSE

Variable predictiva	β	DT	<i>p</i>	Odds Ratio	95% IC
Edad	,131**	,036	,001	1,14	[1,06-1,22]
Habilidades Sociales	-,014	,009	,120	0,99	[0,97-1,00]
Autoeficacia	-,028	,038	,565	0,97	[0,90-1,05]
Autoestima	,004	,050	,545	1,00	[0,91-1,11]
Impulsividad	-,027	,016	,685	0,97	[0,96-1,04]

p*<0,05 *p*<0,01**Tabla 15.** Hombres TPSE

Variable predictiva	β	DT	<i>p</i>	Odds Ratio	95% IC
Edad	,035	,035	,326	1,04	[0,97-1,13]
Habilidades Sociales	-,003	,010	,755	0,99	[0,98-1,02]
Autoeficacia	,003	,064	,958	1,003	[0,89-1,12]
Autoestima	-,088	,078	,262	1,16	[0,79-1,07]
Impulsividad	-,011	,021	,599	0,989	[0,95-1,03]

p*<0,05 *p*<0,01**Según el grupo TPMixto**

En el modelo de regresión incluimos las variables *edad*, *habilidades sociales*, *autoeficacia*, *autoestima* e *impulsividad*. El análisis en el grupo de mujeres sólo resultó significativo en la variables *edad*. La varianza explicada por el modelo en el grupo de mujeres sería del 20,6% ($R^2=0,206$), (Tabla 16); y el modelo propuesto clasifica correctamente el 82,9% de los casos.

Tabla 16. Mujeres TPMixto

Variable predictiva	β	DT	<i>p</i>	Odds Ratio	95% IC
Edad	,110**	,033	,001	1,12	[1,047-1,19]
Habilidades Sociales	-,019*	,009	,039	0,98	[0,96-1,01]
Autoeficacia	-,004	,037	,915	0,99	[0,93-1,07]
Autoestima	-,011	,048	,822	0,99	[0,90-1,09]
Impulsividad	-,015	,015	,325	0,99	[0,96-1,02]

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tabla 17. Hombres TPMixto

Variable predictiva	β	DT	<i>p</i>	Odds Ratio	95% IC
Edad	,030	,045	,495	1,03	[0,95-1,13]
Habilidades Sociales	,011	,012	,340	1,01	[0,99-1,04]
Autoeficacia	,085	,079	,283	1,09	[0,93-1,27]
Autoestima	-,161	,105	,127	0,85	[0,69-1,05]
Impulsividad	-,033	,025	,176	0,97	[0,92-1,02]

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

En el grupo de hombres muestra una varianza explicada del 12,9% ($R^2=0,129$), (Tabla 17) clasificando correctamente el 78,2% de los casos.

6. DISCUSIÓN

Debido a las importantes consecuencias a nivel psicológico, familiar y social de los TP, así como a las dificultades que se presentan a la hora de realizar programas de tratamiento eficaces específicos para los diferentes TP, se considera un tema de gran relevancia en el ámbito de la Psicología y otras ciencias de la salud. Es necesario identificar patrones de personalidad específicos para poder planificar intervenciones más ajustadas a las necesidades de cada uno.

El objetivo del presente estudio fue estudiar las diferencias en el funcionamiento psicológico y social de los tres grupos de pacientes con *TP* graves al inicio del tratamiento en la Unidad del Hospital Rodríguez Lafora.

En el grupo de mujeres no se hallaron diferencias significativas en el nivel de *malestar general* y el grupo con *TLP* sólo mostró un nivel superior en *hostilidad* frente a aquellas con *TPSE* y *TPMixto*. La **primera hipótesis** del estudio se confirma, los niveles de *malestar psicológico*, de *habilidades sociales*, de *autoestima* y de *autoeficacia* hallados serían superiores en el grupo de personas con *TLP* frente a los otros dos grupos. A pesar de que no se hallaron diferencias significativas en el *índice global de severidad*, la media del grupo de mujeres con *TPMixto* fue superior a la de las mujeres con *TLP* y *TPSE*. La diferencia en *habilidades sociales* fue significativa y las mujeres con *TLP*, mostraron un nivel superior frente a los otros dos grupos. Respecto a la *autoeficacia* y la *autoestima*, las mujeres con *TLP* también presentaron una media superior respecto a los otros dos grupos diagnósticos. En el caso de las mujeres, los resultados obtenidos sobre el *funcionamiento social* están en consonancia con la hipótesis planteada. No ocurre así con el *nivel de malestar psicológico*, en el que los resultados obtenidos muestran mayor nivel en el grupo de pacientes con *TPMixto*, aunque tiene sentido esperar mayor malestar entre la pacientes que tienen un TP y comorbilidad con otros trastornos.

Se ha podido observar cómo en las mujeres con *TLP* un mayor *índice de severidad global* correlaciona con mayores niveles de *somatización*, *obsesión-compulsión*, *sensibilidad interpersonal*, *ansiedad*, siendo ésta especialmente alta en *hostilidad* y *psicoticismo*. A medida que el nivel de *malestar psicológico* es superior, las *habilidades sociales*, la *autoeficacia* y la *autoestima*, son inferiores. Estos datos siguen la línea de los hallazgos de diversas investigaciones en las que se afirma que las personas con *TLP* presentan una mala identificación y comprensión de sus propias emociones, así como la de los otros, suponiendo una mala gestión emocional (Rosenberg y Miller, 1989; Fossati et al., 1999; Sanislow et al., 2000). Prestan atención excesiva a sus emociones, y no son capaces de identificarlas de manera satisfactoria, esto supone el aumento de su nivel de *ansiedad* y *depresión*; mientras que los niveles de *sensibilidad interpersonal*, *pensamiento psicótico* y *psicoticismo* aumentan, dificultando las relaciones interpersonales. Se ha de destacar que el *malestar general* mostró una relación inversa con las *habilidades sociales*, la *autoeficacia* y la *autoestima*.

La *impulsividad* es una de las principales características que diversos autores y clasificaciones diagnósticas destacan como rasgo característico del *TLP*. Las mujeres de dicho grupo presentaron una media superior, pese a no ser una diferencia significativa, respecto al

grupo con *TPSE* y con *TPMixto*. Las correlaciones con el resto de dimensiones halladas fueron bajas, excepto con la dimensión de *psicoticismo* que resultó moderada.

Las mujeres con *TPSE* mostraron medias inferiores en la mayoría de las escalas frente a los otros dos grupos. Destaca que en las escalas de *funcionamiento social* obtuvieron las medias más bajas de los tres grupos, y sólo se observó la relación significativa de la *autoeficacia* y la *autoestima* con la *obsesión-compulsión*, la *sensibilidad interpersonal* y la *depresión*. En el grupo de los hombres *TPSE*, pese a que las diferencias no fuesen significativas, la media del nivel de *malestar general* fue superior en el grupo con *TPSE* frente a aquellos con *TLP* o *TPMixto*, a excepción de las de *somatización* y *ansiedad*. Las medias en las escala de *autoestima* y *autoeficacia* fueron superiores en el grupo con *TLP*, sin embargo, la media en la escala de *habilidades sociales* fue superior en grupo con *TPMixto*, por lo que en el caso de los hombres, los resultados nos llevarían a rechazar la primera hipótesis planteada.

En la **segunda hipótesis** se plantea que se espera que el nivel de funcionamiento psicológico y social sea mayor en mujeres y a edades más jóvenes, independientemente del diagnóstico. Los diferentes grupos de edad analizados, muestran que las mujeres del grupo más joven (18-30 años) mostraban medias superiores en todas las escalas de funcionamiento psicológico con respecto al grupo de hombres más jóvenes. En comparación con las mujeres de los otros tres grupos de edad, presentan una media superior en el *índice de severidad global*. Sin embargo, en las escalas de funcionamiento social, no se cumple la segunda hipótesis ya que el nivel de *autoestima* del grupo de mujeres más jóvenes muestra la media inferior, pese a no ser significativa, de los cuatro grupos. Por otro lado, otro motivo para rechazar esta hipótesis es que los hombres del grupo más joven, presentan medias superiores en las escalas de *funcionamiento social*. Mediante los datos obtenidos, debemos destacar que el nivel de impulsividad hallado en las mujeres más jóvenes es el mayor de todos los grupos de edad, y en comparación con el grupo de hombres.

En consonancia con la **tercera hipótesis**, en los análisis realizados (no recogidos en las tablas), se hallaron correlaciones parciales controlando la edad, que indican un peor funcionamiento psicológico y social asociadas a peores rasgos patológicos de la personalidad. En las mujeres con *TLP* las escalas de personalidad patológica *fóbica*, *pasivo-agresiva*, *antisocial*, y *autodestructiva*, indicaron que un alto nivel en estas se asociaba a niveles bajos

de *habilidades sociales*, *autoeficacia* y *autoestima*, mientras que los *rasgos patológicos* de *personalidad histriónica* y *narcisista* indicaban niveles altos en las escalas de *funcionamiento social*. En las mujeres con *TPSE*, se observó que a mayor nivel de las dimensiones *fóbica*, *autodestructiva*, *ansiedad* y *paranoide* presentaban un nivel significativamente menor de *habilidades sociales*. Por otro lado, los resultados hallados muestran una relación significativa entre las dimensiones *esquizoide*, *paranoide*, *hipomanía* y *distimia* con la *autoeficacia*; de manera que a mayores niveles en dichas escalas, las mujeres *TPSE* presentan un menor nivel de *autoeficacia*; sin embargo, las correlaciones halladas con las escalas de personalidad patológica *histriónica* ($r=0,54$; $p=,01$) y *narcisista*, son directas y positivas ($r=0,49$; $p=,05$), lo que indica que mayores rasgos patológicos en estas dos últimas escalas, se asocian a una mayor *autoeficacia* evaluada mediante autoinformes. Por último, el grupo de mujeres con *TPMixto* mostraron que un mayor nivel en las dimensiones *esquizoide*, *fóbica* y *dependiente* se asociaba a peor nivel de *habilidades sociales*; mientras que a mayor puntuación en las dimensiones *histriónica*, *narcisista*, *agresivo-sádica* y *antisocial*, se asociaba a mayor nivel de *habilidades sociales*.

En los hombres del grupo *TLP* se observó que las únicas correlaciones significativas fueron entre la dimensión *narcisista* y las escalas de *habilidades sociales*, *autoeficacia* y *autoestima*, de manera que un mayor nivel en dicha dimensión se asociaba a un mayor nivel en las tres escalas señaladas. En aquellos con diagnóstico *TPSE* se observó que un nivel alto en las dimensiones *esquizoide* y *fóbica*, se relacionan con un nivel bajo de *habilidades sociales* y *autoeficacia*, mientras que altos niveles en la dimensión *histriónica* se asociaba a un nivel alto de *habilidades sociales* y *autoeficacia*. En último lugar, el grupo de hombres con *TPMixto* mostró una asociación inversa de las *autoeficacia* y la *autoestima* con la dimensión *esquizoide*; y de las *habilidades sociales* y la *autoestima* con la dimensión *fóbica*, es decir, que un mayor nivel en dichas dimensiones implica peor *funcionamiento social*. Como ocurrió en los hombres de los otros grupos de *TP*, la correlación entre la dimensión *histriónica* con las *habilidades sociales* fue alta y positiva. Este tipo de datos resultan paradójicos, ya que podrían percibirse como *positivos*, pero como han señalado diversos autores la linealidad de la *autoestima* en los *TP*, como afirma Martín (2012) *rompe la lógica esperada y podría ser indicio de una mayor gravedad* en este tipo de trastornos, ya que podría *acompañarse de una insensibilidad a los problemas ajenos* y, por ende, *entorpecería el establecimiento de relaciones interpersonales y sociales adecuadas*; y un *déficit de realismo autocrítico* que

*dificultaría una resolución eficaz de los problemas*¹. Y, en los TP, tanto la percepción de sí mismo, como las relaciones interpersonales están definitoria, axiomática, esencialmente alteradas.² Por ello, ante los datos hallados, podemos cuestionarnos los matices que los acompañan; y si seguimos la anterior argumentación, se confirma la presente hipótesis.

La **cuarta hipótesis**, plantea que el nivel de *impulsividad* de las personas con TLP se asocie a mayores conductas autolesivas, consumos de drogas y alcohol, siendo similar por sexo. Estos análisis no están recogidos en las tablas, pero fueron realizados y observamos que en el grupo de mujeres con TLP el *abuso de drogas* se asociaba moderadamente y de forma directa con la *impulsividad* ($r=0,49$; $p=,001$); mientras que el *abuso de alcohol* mostró una relación directa baja ($r=0,31$; $p=,001$). La relación observada en el grupo de mujeres con TPMixto fue superior, siendo alta con el *abuso de drogas* ($r=0,66$; $p=,001$) y moderada con el *abuso de alcohol* ($r=0,45$; $p=,05$). Se hallaron correlaciones significativas en los dos grupos señalados, mientras que en el grupo de mujeres con TPSE la relación del *abuso de drogas* y el *abuso de alcohol* con la *impulsividad*, no fue significativa. En el caso de los hombres con TLP pese a que los niveles de *abuso de drogas* y *abuso de alcohol* fueron superiores a los de las mujeres, no se halló una asociación significativa con la *impulsividad*, de la misma manera que ocurrió en los otros dos grupos diagnósticos. Los datos hallados en el estudio, nos llevan a rechazar esta hipótesis.

La **última hipótesis**, los factores asociados, sólo salen marcadores para las mujeres TLP, siendo la *edad* un factor de protección de manera que, a mayor edad se presenta un menor riesgo de TLP. Puntuaciones bajas en *habilidades sociales* y altas en *impulsividad*, identifican los principales factores de riesgo para el desarrollo de dicho TP.

6.1 Limitaciones del estudio

Existen ciertas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, los datos iniciales sociodemográficos han sido muy limitados reduciéndose al sexo y la edad de los pacientes, ya que no se han recogido de forma sistemática en la base de datos y no se ha podido acceder a las historias clínicas, por lo que sería relevante realizar un estudio en el que se incluyesen un mayor número de variables que pudiesen aportar más información mediante su análisis.

¹ Wells y Marwell, 1974; Heatherton y Ambady, 1993. Citado por Martín, 2012.

² Pérez, González y Redondo, 2007; Linares, 2007. Citado por Martín, 2012.

Por otro lado, los diagnósticos asignados a cada persona son aquellos que se les dieron en el inicio de su historia de tratamiento en Centros de Salud Mental, y para el presente estudio se han seleccionado los tres diagnósticos señalados, para poder realizar una comparación y establecer diferencias y similitudes entre los diferentes *TP*. También se encontraron ciertas dificultades por el déficit de datos sobre prevalencia en diversas poblaciones en el caso del *TPSE* y el *TPMixto*. No se encontraron estudios similares a este que se ha llevado a cabo, por lo que no ha sido posible comparar los resultados obtenidos con hallazgos previos.

Por último, con respecto a la variabilidad del número de casos en cada grupo de *TP* podemos señalar que en nuestra muestra, encontramos un mayor número de personas con *TLP* que de *TPSE* y *TPMixto*, como señala Caballo (2004), en las muestras clínicas con *TP*, los casos de *TLP* suponen del 30% al 60% del total.

6.2 Implicaciones clínicas y futuras líneas de investigación

Las fortalezas de este estudio se basa en la batería de cuestionarios con sus respectivos resultados registrados en la base de datos facilitada por la UTP del Hospital, y su análisis tras la revisión y depuración de los mismos; así como la amplia muestra clínica.

En la bibliografía científica no se han hallado estudios similares a este, por lo que sería interesante replicar el estudio a partir de las bases de datos de los diferentes hospitales y centros de tratamiento para este tipo trastornos; para poder identificar las diferencias y similitudes y realizar, si son necesarias, diversas adaptaciones en el tratamiento de los TP graves. Existen, como se ha señalado previamente, varias orientaciones terapéuticas que han demostrado su efectividad como la DBT y la MBT. En la UTP dichas terapias forman parte del modelo de intervención para lograr que el paciente logre disminuir la intensidad y prevalencia de sus conductas autodestructivas, una comprensión de sus conflictos internos y una mejora de sus relaciones interpersonales. Es fundamental seguir investigando en esta línea para mejorar y diseñar intervenciones clínicas eficaces para este tipo de trastornos.

7. CONCLUSIONES

Tras los múltiples análisis realizados a lo largo del estudio, podemos señalar las siguientes conclusiones:

- Las mujeres con *TLP* muestran un alto nivel de *hostilidad*, también su nivel de *habilidades sociales* y de *autoestima* es el superior frente a los otros grupos del mismo sexo. Muestran el mayor nivel de *impulsividad* y las puntuaciones más altas en las dimensiones *histriónica*, *narcisista*, *antisocial* y *pasivo-agresiva*. Presentan el mayor nivel de *abuso de alcohol* y *abuso de drogas* de los tres grupos de mujeres.
- Las mujeres del grupo *TPSE* presentan un alto nivel de *somatización*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *distimia* y *ansiedad*. Su nivel de *impulsividad* es el inferior de los tres grupos de mujeres, por el contrario mostraron la mayor puntuación en las dimensiones *fóbica* y *dependiente*.
- Las mujeres con diagnóstico *TPMixto* presentan las medias más altas en las escalas del SCL-90-R, excepto en *hostilidad*; así como el mayor nivel en la dimensión *autodestructiva*, en comparación con los otros grupos de *TP*.
- Las mujeres de los dos grupos de menor edad muestran un nivel menor de *dependencia*, como rasgo de la personalidad, en comparación con los dos grupos de mayor edad. Las mujeres del grupo de mayor edad.
- El nivel de *malestar*, *hostilidad* e *ideación paranoide* de las mujeres decrece en cada cuartil de edad, de forma que encontramos los mayores niveles en el primero y estos se reduce en cada grupo de edad, hasta llegar al mínimo nivel en las mujeres con mayor edad de la muestra. La depresión invierte el patrón encontrando el menor nivel en las mujeres más jóvenes y aumenta a medida que aumenta la edad.
- Los hombres con *TLP* muestran niveles de *somatización* y *ansiedad* superiores a los otros grupos diagnósticos del mismo sexo. Su media de *autoestima* también es superior en comparación con los otros dos grupos.
- Los hombres con *TPSE* muestran las medias más altas de *malestar general* en comparación con aquellos con diagnóstico *TLP* o *TPMixto*, así como en las dimensiones *compulsiva*, *autodestructiva*, *ansiedad* y *distimia*. El nivel de *psicoticismo* correlaciona con el *malestar general* más que en los otros dos grupos.
- Los hombres con *TPMixto* muestran un nivel de *habilidades sociales* superior a los otros dos grupos de su mismo sexo, de la misma manera que ocurre con el nivel de *impulsividad*.
- Los hombres de mayor edad (cuartil 4) son los que muestran el mayor nivel de *obsesión-compulsión* y el menor nivel de *abuso de drogas*, mientras que los que muestran el mayor nivel en la dimensión *narcisista* son los de menor edad (cuartil 1).

A lo largo del estudio se han señalado *diferencias y matices* entre los diferentes grupos de *TP* por edad y sexo; pero no es posible establecer un patrón claro por categorías diagnósticas para diferenciar los diferentes diagnósticos. Esto implica tener en cuenta el debate existente en el tipo de clasificaciones *categoriales vs. dimensionales* (Widiger et al., 2003; Livesley et al., 2011; Crawford et al., 2011) y la posible reformulación de las mismas, de manera que se tenga en cuenta el tipo de dificultades que plantea cada persona más que a la categoría en la que se encuadra su diagnóstico. Un enfoque dimensional es complejo, pero facilitaría un acercamiento al funcionamiento de cada persona y a la heterogeneidad de patrones encontrados en la práctica clínica; así como a la comprensión del impacto en la calidad de vida y el deterioro en diversas áreas de cada persona.

8. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed.- Texto Revisado). (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed.) (DSM-5). Washington, DC: Autor
- Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., & Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Arehart-Treichel, J. (2009). Personality Disorder Prevalence Found to Vary by Country. *Psychiatric News*.
- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbrüggen, O., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 368-380.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-239.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Cervera, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Ed. Médica Panamericana.
- Chmielewski, M., & Watson, D. (2009). What is being assessed and why it matters: the impact of transient error on trait research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 186-202.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperamento and carácter. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Comtois, K. A., & Carmel, A. (2016). Borderline Personality Disorder and High Utilization of Inpatient Psychiatric Hospitalization: Concordance Between Research and Clinical Diagnosis. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 43(2), 272-280.
- Comtois, K. A., Russo J., Snowden M., Srebnik D., Ries R., Roy-Byrne P. (2003). Factors Associated With High Use of Public Mental Health Services by Persons With Borderline Personality. *Disorder Psychiatr Serv*, 2003; 54:1149-1154
- Disney, K. L., Weinstein, Y., & Oltmanns, T. F. (2012). Personality Disorder Symptoms Are Differentially Related to Divorce Frequency. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 26(6), 959-965.

- Douzenis, A., Tsopeles, C., & Tzeferakos, G. (2012). Medical comorbidity of cluster B personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(5), 398-404.
- Doyle, M., While, D., Mok, P. L. H., Windfuhr, K., Ashcroft, D. M., Kontopantelis, E., ... Webb, R. T. (2016). Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study. *BMC Family Practice*, 17, 106.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017a). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017b). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. (2011). Fórum de Salud Mental y AIAQS, coord. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona: AIAQS, Generalitat de Catalunya.
- Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2008). Integrating Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to Treat Co-Occurring Borderline Personality Disorder and PTSD: Two Case Studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 263-276.
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Donnellan, M. B., Samuel, D. B., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., ... Skodol, A. E. (2013a). Ten year rank-order stability of personality traits and disorders in a clinical sample. *Journal of personality*, 81(3), 335-344.
- Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2010). Five-Factor Trait Instability in Borderline Relative to Other Personality Disorders. *Personality disorders*, 1(1), 58-66
- Horn, E. K., Bartak, A., Meerman, A. M. M. A., Rossum, B. V., Ziegler, U. M., Thunnissen, M., ... Verheul, R. (2015). Effectiveness of Psychotherapy in Personality Disorders Not Otherwise Specified: A Comparison of Different Treatment Modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 426-442. <https://doi.org/10.1002/cpp.1904>
- Huang, Y., Kotov, R., Girolamo, G. de, Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., ... Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 46-53.
- Jacob, C. P., Gross-Lesch, S., Reichert, S., Geissler, J., Jans, T., Kittel-Schneider, S., ... Lesch, K.-P. (2016). Sex- and Subtype-Related Differences of Personality Disorders (Axis II) and Personality Traits in Persistent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(12), 1056-1065.
- Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct;162(10):1926-32.
- Kendall, T., Pilling, S., Tyrer, P., Duggan, C., Burbeck, R., Meader, N., & Taylor, C. (2009). Borderline and antisocial personality disorders: summary of NICE guidance. *BMJ*, 338, b93.

- Lancet, T. (2015). Rethinking personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 664.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., ... Lis, S. (2016). Loneliness, Social Networks, and Social Functioning in Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, No Pagination Specified.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... 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(7), 757-766.
- Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(5), 469-477.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., ... Pagano, M. (2005). Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 883-889.
- Muñoz-Champel, A., Gutiérrez, F., Peri, J. M., & Torrubia, R. (2017). Personality Disorders Are Not as We Thought: Hierarchical Factor Structure at the Criterion Level. *Journal of Personality Assessment*, 0(0), 1-14.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O., & 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(4), 453-460.
- Paris, J. (1994). *Borderline personality disorder: A multidimensional approach*. American Psychiatric Pub.
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2010). Using measures from the SCL-90-R to screen for personality disorders. *Personality and Mental Health*, 4(2), 121-132.
- Perugula, M. L., Narang, P. D., & Lippmann, S. B. (2017). The Biological Basis to Personality Disorders. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 19(2).
- Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C., & Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231.
- Ryle, A., & Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73(2), 197-210.

- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical psychology review*, 28(8), 1326-1342.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233.
- Sanislow C. A., Grilo C. M., McGlashan T. H. (2000). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157:1629–1633.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011a). Personality Disorders. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(4), 13-18.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): OVERVIEW AND IMPLICATIONS. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487–504.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. En *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Tucker, R. P., Lengel, G. J., Smith, C. E., Capron, D. W., Mullins-Sweatt, S. N., & Wingate, L. R. (2016). Maladaptive Five Factor Model personality traits associated with Borderline Personality Disorder indirectly affect susceptibility to suicide ideation through increased anxiety sensitivity cognitive concerns. *Psychiatry Research*, 246, 432-437.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726.
- Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. (2007). Prevalence and Construct Validity of Personality Disorder not Otherwise Specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 359-370.
- Volkan, K. (2016). Personality Disorders: A Review Of The Current State Of Knowledge. Recuperado a partir de <http://www.webmedcentral.com/>
- Winston, A. P. (2000). Recent developments in borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(3), 211-217. <https://doi.org/10.1192/apt.6.3.211>
- Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2012). Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar depression compared to major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 14(8), 856-862.

9. ANEXOS

Tabla 1a

Descriptivos de la muestra inicial

	Total N = 331	Mujeres N = 260	Hombres N = 71	<i>t-test, χ^2 test o F</i>
Diagnóstico N (DT)				
Trastorno Límite	184 (55,6%)	155 (59,6%)	29 (55,6%)	
Trastorno Sin Especificar	57 (17,2%)	35 (13,5%)	22 (17,2%)	$\chi^2 = 15,939,$ p = 0,003
Trastorno Mixto	50 (15,1%)	36 (13,8%)	14 (15,1%)	
Miscelánea	10 (3%)	9 (3,5%)	1 (3%)	
Sin Diagnóstico	30 (9,1%)	25 (9,6%)	5 (9,1%)	
Edad (años) (DT)	35,49 (8,28)	35,78 (8,14)	34,41 (8,76)	
<i>Edad por grupo N (%)</i>				
Cuartil 1: 18-30	70 (22,2%)	51 (20,6%)	19 (27,9%)	$\chi^2 = 2,507,$ p = 0,474
Cuartil 2: 30-35	72 (22,8%)	55 (22,2%)	17 (25%)	
Cuartil 3: 35-41	81 (25,6%)	66 (26,6%)	15 (22,1%)	
Cuartil 4: 41-58	93 (29,4%)	76 (30,6%)	17 (25%)	

***p < ,05**

Tabla 2a

Descriptivos Malestar general/GSI por diagnóstico y sexo

Mujeres	Total N = 228	TLP N = 150	TPSE N = 35	TP Mixto N = 34	Miscelánea N=9	t-test, χ^2 test o F	η^2-p	Post-hoc (Tukey)
SCL-90-R (μ, σ)								
Total GSI	2,47 (0,69)	2,45 (0,71)	2,35 (0,74)	2,61 (0,58)	2,74 (0,62)	F=1,29, p=,277	_____	_____
Somatización	2,27 (0,94)	2,16 (0,94)	2,38 (1,01)	2,55 (0,81)	2,62 (0,83)	F=2,76, p=,065	_____	_____
Obse-Compul	2,68 (0,80)	2,63 (0,81)	2,63 (0,84)	2,81 (0,72)	3,32 (0,54)	F=0,74, p=,479	_____	_____
Sens-Interp	2,56 (0,87)	2,52 (0,90)	2,55 (0,99)	2,66 (0,63)	2,99 (0,74)	F=0,36, p=,701	_____	_____
Depresión	3,38 (4,04)	3,07 (0,73)	3,10 (0,81)	3,29 (0,59)	3,26 (0,45)	F=1,27, p=,283	_____	_____
Ansiedad	2,66 (0,90)	2,63 (0,87)	2,51 (0,98)	2,93 (0,98)	2,84 (0,77)	F=2,09, p=,126	_____	_____
Hostilidad	2,14 (1,14)	2,31 (1,18)	1,49 (0,93)	1,98 (0,85)	2,39 (1,20)	F=8,38, p=,001	0,07	TLP>TPMixto=TPSE
Ans-Fób	2,00 (1,40)	1,94 (1,53)	1,96 (1,18)	2,18 (1,09)	2,37 (1,06)	F=0,42, p=,667	_____	_____
Ideac-Paranoi	2,42 (0,94)	2,41 (0,95)	2,10 (1,03)	2,20 (0,79)	2,70 (0,84)	F=1,93, p=,148	_____	_____
Psicoticismo	1,98 (0,90)	2,01 (0,92)	1,63 (0,80)	2,21 (0,84)	2,00 (1,01)	F=4,00, p=,020	0,04	TLP>TPMixto=TPSE
Hombres	Total N=63	TLP N = 28	TPSE N = 21	TP Mixto N = 13	Miscelánea N=1	t-test, χ^2 test o F	η^2	Post-hoc
SCL-90-R (μ, σ)								
Total GSI	2,20 (0,85)	2,17 (0,92)	2,31 (0,78)	2,07 (0,87)	2,39	F=0,348, p=,708	_____	_____
Somatización	1,77 (1,14)	1,89 (1,23)	1,71 (1,04)	1,58 (1,14)	2,07	F=0,365, p=,696	_____	_____
Obse-Compul	2,47 (0,95)	2,41 (0,93)	2,66 (0,96)	2,28 (1,05)	2,50	F=0,688, p=,507	_____	_____
Sens-Interp	2,21 (1,03)	2,15 (1,12)	2,33 (1,02)	2,13 (0,92)	2,78	F=0,232, p=,794	_____	_____
Depresión	2,71 (0,84)	2,66 (0,94)	2,82 (0,78)	2,62 (0,70)	3,77	F=0,293, p=,747	_____	_____
Ansiedad	2,40 (1,05)	2,48 (1,14)	2,43 (0,95)	2,17 (1,05)	2,90	F=0,406, p=,668	_____	_____
Hostilidad	2,22 (1,22)	2,07 (1,24)	2,35 (1,11)	2,34 (1,38)	1,50	F=0,402, p=,671	_____	_____
Ans-Fób	1,83 (1,04)	1,77 (1,15)	2,04 (0,94)	1,59 (0,92)	1,14	F=0,814, p=,448	_____	_____
Ideac-Paranoi	2,06 (1,04)	1,98 (1,07)	2,36 (0,92)	1,74 (1,10)	2,17	F=1,575, p=,216	_____	_____
Psicoticismo	1,88 (0,99)	1,78 (0,97)	2,01 (0,99)	1,86 (1,05)	1,00	F=0,336, p=,716	_____	_____

ANOVA realizado sin la categoría *Miscelánea*, *Post-hoc* (Tukey) no aplicable a categorías no significativas.

* $p < ,05$

Tabla 3a

Descriptivos Habilidades Sociales, Autoeficacia, Autoestima e Impulsividad por diagnóstico y sexo

Mujeres	Total N = 225	TLP N = 147	TPSE N = 35	TP Mixto N = 34	Miscelánea N=9	t-test, χ^2 test o F	η^2	Post-hoc
$\mu, (\sigma)$								
EHS Total	34,32 (30,49)	39,52 (31,22)	22,34 (23,54)	24,15 (28,15)	37,11 (28,55)	F=7,12, p=,001	0,06	TLP>TPMixto=TPSE
Autoeficacia	19,60 (7,17)	20,15 (7,21)	18,21 (7,27)	19,15 (6,81)	17,44 (6,60)	F=1,13, p=,32	_____	_____
Autoestima	19,93 (5,57)	20,05 (5,91)	19,86 (5,30)	19,42 (4,22)	21,89 (4,26)	F=0,17, p=,84	_____	_____
Impulsividad	67,08 (15,25)	68,89 (15,31)	62,45 (12,79)	64,13 (16,15)	61,14 (12,06)	F=2,85, p=,06	_____	_____
Hombres	Total N=63	TLP N = 28	TPSE N = 21	TP Mixto N = 13	Miscelánea N=1	t-test, χ^2 test o F	η^2	Post-hoc
$\mu, (\sigma)$								
EHS Total	40,48 (35,55)	44,78 (37,23)	31,95 (32,13)	45,31 (37,47)	1,00 (--)	F=0,92, p=,41	_____	_____
Autoeficacia	20,39 (6,48)	21,25 (6,26)	19,05 (6,62)	20,69 (6,88)	10,00 (--)	F=0,70, p=,50	_____	_____
Autoestima	20,11 (5,01)	21,46 (5,40)	18,76 (4,38)	19,38 (4,68)	12,00 (--)	F=1,98, p=,14	_____	_____
Impulsividad	68,71 (13,77)	71,56 (13,47)	67,50 (13,61)	64,45 (14,60)	53,00 (--)	F=1,14, p=,33	_____	_____

ANOVA realizado sin la categoría *Miscelánea*, *Post-hoc* (Tukey) no aplicable a categorías no significativas,

***p<,05**

Tabla 4a

Perfiles MCMI-II por diagnóstico y sexo

Mujeres	Total N = 189	TLP N = 128	TPSE N = 32	TP Mixto N = 29	Miscelánea N=6	t-test, χ^2 test o F	η^2	Post-hoc Tukey
MCMI-II μ, (σ)								
Esquizoide	70,96 (18,64)	66,81(17,63)	80,81(18,02)	78,41(19,32)	85,67(20,42)	F=10,73, p=,001	_____	_____
Fóbica	90,65 (14,50)	88,01(14,86)	97,91(11,85)	94,31(12,17)	87,00(16,13)	F=7,55, p=,001	0,08	a < b=c
Dependiente	72,64 (26,68)	66,64(28,12)	86,69(12,75)	83,62(22,27)	67,33(9,00)	F=11,23, p=,001	0,11	a < c = b
Histriónica	62,58 (22,98)	68,17(20,25)	50,81(23,86)	50,86(24,76)	57,83(30,80)	F=13,29, p=,001	0,13	a > b=c
Narcisista	60,10 (24,05)	66,01(21,29)	51,34(22,29)	43,69(27,42)	58,17(20,47)	F=14,57, p=,001	0,14	a > b=c
Antisocial	70,67 (19,48)	76,02(17,81)	60,87(14,23)	57,83(21,74)	65,83(6,05)	F=17,92 p=,001	0,16	a > b > c
Agres/Sádico	68,32 (15,79)	71,52(14,33)	63,34(11,88)	59,69(20,82)	69,33(7,47)	F=9,32, p=,001	0,09	a > b=c
Compulsiva	55,11 (25,73)	50,47(26,97)	65,56(16,83)	64,07(22,93)	62,00(23,13)	F=6,89, p=,001	0,07	a < b=c
Pasiv/Agresiv	90,50 (19,96)	93,69(19,24)	84,84(15,95)	82,66(23,84)	81,33(12,74)	F=5,39, p=,005	0,06	a > b=c
Autodestruct	92,82 (14,59)	91,98(15,77)	93,16(10,34)	96,17(12,94)	91,33(10,48)	F=0,99, p=,374	_____	_____
Esquizotípica	83,56(24,40)	82,02(25,56)	90,50(20,56)	82,72(22,39)	83,67(23,67)	F=1,58, p=,209	_____	_____
Límite	96,65(19,56)	99,83(18,44)	85,16(18,90)	95,31(20,79)	92,00(11,28)	F=7,81, p=,001	0,08	a=c < b
Paranoide	64,98(11,99)	66,09(13,38)	64,31(9,49)	60,83(5,53)	64,17(4,26)	F=2,37, p=,096	_____	_____
Ansiedad	83,15(23,99)	80,35(25,68)	88,94(17,31)	89,10(20,79)	81,50(20,74)	F=2,74, p=,067	_____	_____
Histeriforme	70,82(14,27)	69,59(13,95)	71,59(12,57)	75,38(16,70)	78,00(25,57)	F=2,02, p=,135	_____	_____
Hipomanía	56,82(17,16)	60,13(16,46)	49,47(15,15)	50,34(18,42)	63,17(23,11)	F=7,98, p=,001	0,08	a > b < c
Distimia	90,41(20,68)	88,22(22,49)	95,31(13,31)	94,69(17,63)	84,00(27,81)	F=2,27 p=,106	_____	_____
Abuso alcohol	64,71(17,14)	67,,29 (17,28)	58,09 (9,88)	60,62 (17,16)	75,50 (29,66)	F=5,17, p=,007	0,05	a < b=c
Abuso drogas	66,49 (16,60)	71,30 (15,67)	56,34 (9,98)	56,45 (17,29)	61,00 (7,32)	F=20,01, p=,001	0,18	a > b=c
Hombres	Total N=47	TLP N = 20	TPSE N = 15	TP Mixto N = 11	Miscelánea N=1	t-test, χ^2 test o F	η^2	Post-hoc Tukey
MCMI-II μ, (σ)								
Esquizoide	80,70 (19,47)	81,30 (20,51)	80,00 (20,96)	80,55 (17,00)	118,00 (--)	F=0,02, p=,981	_____	_____
Fóbica	93,57 (14,47)	94,10 (14,19)	93,33 (12,83)	92,91 (18,13)	110,00 (--)	F=0,03, p=,975	_____	_____
Dependiente	66,63 (22,55)	68,60 (19,47)	76,40 (13,21)	49,73 (29,29)	75,00 (--)	F=5,49, p=,008	0,20	a=b > c
Histriónica	54,85 (25,66)	59,85 (22,59)	51,53 (29,54)	50,27 (26,11)	3,00 (--)	F=0,67, p=,517	_____	_____
Narcisista	62,85 (24,26)	63,20 (23,52)	59,07 (21,15)	67,36(30,42)	24,00 (--)	F=0,36, p=,697	_____	_____
Antisocial	85,63 (21,65)	90,60 (18,27)	77,67 (22,02)	87,45 (25,45)	64,00 (--)	F=1,63, p=,209	_____	_____
Agres/Sádico	77,15 (24,64)	77,30 (17,75)	70,13 (27,07)	86,45 (30,62)	46,00 (--)	F=1,42, p=,253	_____	_____
Compulsiva	52,30 (19,05)	46,25 (16,27)	57,80 (23,45)	55,82 (15,11)	58,00 (--)	F=1,89, p=,163	_____	_____
Pasiv/Agresiv	96,48 (18,95)	99,60 (16,18)	96,07 (21,57)	91,36 (20,46)	82,00 (--)	F=0,67, p=,519	_____	_____
Autodestruct	93,22 (16,86)	95,00 (15,28)	95,67 (16,91)	86,64 (19,27)	87,00 (--)	F=1,11, p=,338	_____	_____
Esquizotípica	86,43 (23,78)	88,90 (23,64)	83,20 (23,85)	86,36 (25,65)	124,00 (--)	F=0,24, p=,789	_____	_____
Límite	99,17 (18,35)	103,45(15,4)	100,33(16,6)	89,82 (23,37)	105,00 (--)	F=2,10, p=,135	_____	_____
Paranoide	63,89 (8,53)	62,35 (7,92)	63,93 (5,81)	66,64 (12,16)	57,00 (--)	F=0,89, p=,417	_____	_____
Ansiedad	86,50 (16,46)	88,95 (15,32)	89,87 (16,04)	77,45 (17,14)	91,00 (--)	F=2,33, p=,110	_____	_____
Histeriforme	65,06 (12,13)	67,30 (16,48)	65,13 (8,04)	60,82 (6,37)	66,00 (--)	F=0,99, p=,379	_____	_____
Hipomanía	57,76 (18,83)	64,85 (16,23)	53,87 (19,61)	50,18 (19,22)	44,00 (--)	F=2,85, p=,069	_____	_____
Distimia	92,35 (15,55)	95,50 (11,36)	98,00 (10,64)	78,91 (20,46)	110,00 (--)	F=6,97, p=,002	0,25	a=b > c
Abuso alcohol	77,30 (13,13)	82,35 (11,86)	72,60 (10,92)	74,55 (15,78)	83,00 (--)	F=2,91, p=,065	_____	_____
Abuso drogas	78,61 (20,36)	82,45 (15,30)	74,07 (22,45)	77,82 (25,56)	69,00 (--)	F=0,73, p=,488	_____	_____

ANOVA realizado sin la categoría *Miscelánea*. a=TLP, b=TPSE, c=TPMixto. *Post-hoc* no aplicable a categorías no significativas.

***p<,05**

Tabla 5a

Descriptivos SCL-90-R por edad y sexo

Mujeres		Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4	<i>t</i> -test, χ^2 test o <i>F</i>	η^2	<i>Post-hoc</i>
Total	N = 228	18-29,9	30-34,99	35-41,49	41,50-58			
		N = 46	N = 51	N = 73	N=58			
SCL-90-R (μ, σ)								
Total GSI	2,47 (0,69)	2,50 (0,78)	2,49 (0,59)	2,45 (0,64)	2,45 (0,77)	F=0,087, <i>p</i> =0,967	_____	_____
Somatización	2,27 (0,94)	2,24 (0,94)	2,22 (0,87)	2,19 (0,95)	2,43 (0,98)	F=0,763, <i>p</i> =0,516	_____	_____
Obse-Compul	2,68 (0,80)	2,71 (0,92)	2,66 (0,69)	2,64 (0,77)	2,72 (0,86)	F=0,119, <i>p</i> =0,949	_____	_____
Sens-Interp	2,56 (0,87)	2,56 (1,00)	2,64 (0,81)	2,57 (0,77)	2,49 (0,96)	F=0,289, <i>p</i> =0,834	_____	_____
Depresión	3,38 (4,04)	2,98 (0,81)	3,16 (0,71)	3,10 (0,63)	3,20 (0,75)	F=0,948, <i>p</i> =0,418	_____	_____
Ansiedad	2,66 (0,90)	2,67 (0,93)	2,77 (0,73)	2,64 (0,82)	2,59 (1,12)	F=0,337, <i>p</i> =0,798	_____	_____
Hostilidad	2,14 (1,14)	2,35 (1,26)	2,23 (1,11)	2,18 (1,09)	1,85 (1,11)	F=1,909, <i>p</i> =0,129	_____	_____
Ans-Fób	2,00 (1,40)	1,99 (1,19)	1,97 (1,00)	2,04 (1,84)	1,98 (1,23)	F=0,037, <i>p</i> =0,991	_____	_____
Ideac-Paranoi	2,42 (0,94)	2,52 (0,92)	2,44 (0,85)	2,37 (0,91)	2,07 (1,03)	F=2,404, <i>p</i> =0,068	_____	_____
Psicoticismo	1,98 (0,90)	2,12 (0,97)	1,86 (0,75)	2,01 (0,90)	1,94 (0,97)	F=0,758, <i>p</i> =0,518	_____	_____
Hombres		Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4	<i>t</i> -test, χ^2 test o <i>F</i>	η^2	<i>Post-hoc</i>
Total	N=63	18-29,9	30-34,99	35-41,49	41,5-57			
		N=17	N=17	N=15	N=14			
SCL-90-R (μ, σ)								
Total GSI	2,20 (0,85)	2,08 (0,92)	2,00 (0,91)	2,44 (0,73)	2,33 (0,77)	F=0,953, <i>p</i> =0,421	_____	_____
Somatización	1,77 (1,14)	1,79 (1,28)	1,40 (1,08)	2,06 (1,19)	1,97 (0,94)	F=1,076, <i>p</i> =0,366	_____	_____
Obse-Compul	2,47 (0,95)	2,10 (1,03)	2,21 (0,97)	2,70 (0,78)	2,96 (0,78)	F=3,098, <i>p</i>=0,034	0,14	a=b=c < d
Sens-Interp	2,22 (1,03)	2,05 (1,14)	2,10 (1,08)	2,47 (0,94)	2,27 (0,94)	F=0,517, <i>p</i> =0,672	_____	_____
Depresión	2,72 (0,84)	2,57 (0,95)	2,70 (0,82)	2,92 (0,71)	2,72 (0,89)	F=0,455, <i>p</i> =0,715	_____	_____
Ansiedad	2,41 (1,04)	2,43 (1,21)	2,13 (0,97)	2,68 (0,87)	2,41 (1,10)	F=0,719, <i>p</i> =0,545	_____	_____
Hostilidad	2,21 (1,21)	2,35 (1,09)	1,92 (1,32)	2,42 (1,14)	2,18 (1,31)	F=0,543, <i>p</i> =0,655	_____	_____
Ans-Fób	1,81 (1,03)	2,02 (1,20)	1,60 (0,97)	1,94 (1,03)	1,67 (0,90)	F=0,629, <i>p</i> =0,599	_____	_____
Ideac-Paranoi	2,05 (1,03)	1,96 (1,02)	1,83 (1,07)	2,32 (1,06)	2,16 (1,00)	F=0,689, <i>p</i> =0,563	_____	_____
Psicoticismo	1,86 (0,98)	1,62 (1,00)	1,67 (1,08)	2,14 (0,87)	2,08(0,94)	F=1,163, <i>p</i> =0,331	_____	_____

Cuartil1=a, Cuartil2=b, Cuartil3=c, Cuartil4=d ; *Post-hoc* (Tukey) no aplicable a categorías no significativas,
 **p*<,05

Tabla 6a

Descriptivos Habilidades Sociales, Autoeficacia, Autoestima e Impulsividad por edad y sexo

Mujeres	Total N = 225	18-29,99 N = 45	30-34,99 N = 50	35-41,49 N = 72	41,5-58 N=58	t-test, χ^2 test o F	η^2
μ, (σ)							
EHS Total	34,43 (30,56)	39,93 (33,84)	34,60 (30,97)	32,72 (27,29)	32,14 (30,85)	F=0,677, p=0,567	_____
Autoeficacia	19,60 (7,14)	20,65 (6,87)	19,68 (7,01)	19,38 (7,24)	18,95 (7,44)	F=0,512, p=0,674	_____
Autoestima	20,00 (5,53)	19,36 (6,40)	19,46 (5,35)	20,21 (5,52)	20,72 (4,98)	F=0,725, p=0,538	_____
Impulsividad	66,86 (15,16)	70,33 (16,11)	66,75 (13,90)	68,14 (16,03)	63,23 (14,01)	F=1,915, p=0,129	_____
Hombres	Total N=63	18-29,99 N = 17	30-34,99 N = 17	35-41,49 N = 15	41,5-56 N=14	t-test, χ^2 test o F	η^2
μ, (σ)							
EHS Total	39,84 (35,62)	51,18 (41,44)	49,50 (37,98)	33,80 (29,86)	21,50 (22,96)	F=2,523 p=,067	_____
Autoeficacia	20,22 (6,56)	22,71 (6,66)	20,12 (7,57)	20,07 (5,05)	17,50 (6,15)	F=1,672, p=,183	_____
Autoestima	19,98 (5,07)	21,35 (6,00)	19,29 (4,75)	20,47 (4,47)	18,64 (4,88)	F=0,884, p=,455	_____
Impulsividad	68,44 (13,80)	69,67 (13,33)	68,73 (12,32)	67,77 (17,64)	67,43 (13,24)	F=0,073, p=,974	_____

* $p < ,05$; Post-hoc no aplicable,

Tabla 7a

Descriptivos MCMI-II por edad y sexo

Mujeres	Total N = 195	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4	t-test, χ^2 test o F	η^2	Post-hoc
		18-29,9 N = 37	30-34,9 N = 42	35-41,49 N = 67	41,5-58 N=49			
MCMI-II μ, (σ)								
Esquizoide	71,42 (19,03)	68,78 (17,64)	70,14 (22,16)	68,48 (17,21)	78,51 (18,25)	F=3,21, p=,024	0,05	a=c < b=d
Fóbica	90,54 (14,52)	90,89 (15,85)	93,14 (14,37)	88,13 (14,89)	91,33 (12,96)	F=1,12, p=,342	_____	_____
Dependiente	72,48 (26,32)	59,86 (31,62)	72,40 (24,60)	74,19 (24,74)	79,71 (22,61)	F=4,38, p=,005	0,06	a=b < c=d
Histriónica	62,43 (23,17)	65,68 (21,33)	58,12 (25,20)	67,49 (23,69)	56,76 (20,53)	F=2,85, p=,039	0,04	a=c > b=d
Narcisista	60,04 (23,91)	67,57 (20,15)	58,67 (24,81)	62,15 (26,67)	52,65 (19,86)	F=3,10, p=,028	0,05	a=c > b=d
Antisocial	70,52 (19,21)	78,08 (17,96)	69,50 (19,84)	72,46 (21,49)	63,02 (13,09)	F=4,95, p=,002	0,07	a > b,c < d
Agres/Sádico	68,35 (15,59)	73,30 (14,00)	65,81 (17,12)	68,85 (17,83)	66,12 (10,83)	F=2,00, p=,115	_____	_____
Compulsiva	55,32 (25,63)	47,84 (28,22)	52,38 (23,64)	55,64 (26,91)	63,06 (22,10)	F=2,81, p=,041	0,04	a < b=c < d
Pasiv/Agresiv	90,22 (19,82)	97,03 (17,74)	91,76 (18,94)	89,96 (23,10)	84,10 (15,31)	F=3,20, p=,024	0,05	a > b=c > d
Autodestruct	92,77 (14,46)	91,57 (17,14)	93,45 (12,52)	93,45 (15,12)	92,18 (13,19)	F=0,19, p=,903	_____	_____
Abuso alcohol	65,04 (17,14)	65,86 (17,39)	66,00 (15,67)	65,69 (19,05)	62,71 (15,65)	F=0,401, p=,752	0,01	_____
Abuso drogas	66,32 (16,42)	71,92 (17,06)	66,05 (17,02)	68,66 (18,18)	59,12 (9,16)	F=5,372, p=,001	0,08	a > b=c > d
Hombres	Total N=47	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4	t-test, χ^2 test o F	η^2	Post-hoc
		18-29,9 N = 12	30-34,9 N = 15	35-41,4 N = 12	41,5-56 N=8			
MCMI-II μ, (σ)								
Esquizoide	81,49 (20,01)	82,83 (20,01)	79,07 (22,37)	80,17 (19,29)	86,00 (19,10)	F=0,23, p=,874	_____	_____
Fóbica	93,91 (14,51)	96,75 (17,16)	91,47 (15,93)	91,83 (13,51)	97,38 (8,93)	F=0,51, p=,676	_____	_____
Dependiente	66,81 (22,33)	63,75 (23,39)	70,20 (23,28)	60,75 (25,85)	74,13 (10,95)	F=0,76, p=,524	_____	_____
Histriónica	53,74 (26,48)	58,33 (28,06)	55,07 (26,57)	56,08 (24,23)	40,48 (28,25)	F=0,78, p=,510	_____	_____
Narcisista	62,02 (24,66)	71,08 (20,02)	62,53 (24,60)	67,08 (22,75)	39,88 (24,43)	F=3,29, p=,030	0,19	a=b > c=d
Antisocial	85,17 (21,64)	90,33 (18,72)	85,00 (20,84)	92,42 (20,96)	66,88 (21,23)	F=2,90, p=,046	0,17	a=c > c=d
Agres/Sádico	76,49 (24,79)	79,92 (20,87)	79,47 (18,40)	83,58 (22,65)	55,13 (34,97)	F=2,74, p=,055	_____	_____
Compulsiva	52,43 (18,60)	47,67 (11,94)	54,53 (12,69)	48,33 (25,88)	61,75 (23,71)	F=1,17, p=,332	_____	_____
Pasiv/Agresiv	96,17 (18,86)	102,25 (14,46)	96,27 (16,07)	96,67 (22,68)	86,13 (22,48)	F=1,19, p=,325	_____	_____
Autodestruct	93,09 (16,70)	93,17 (16,61)	94,40 (18,54)	91,17 (16,06)	93,38 (17,21)	F=0,08, p=,971	_____	_____
Abuso alcohol	77,43 (13,01)	74,92 (9,20)	80,53 (13,71)	83,42 (9,23)	66,38 (15,40)	F=3,79, p=,017	0,21	a=b=c > d
Abuso drogas	78,40 (20,18)	80,00 (17,88)	82,33 (20,94)	83,67 (17,10)	60,75 (19,91)	F=2,84, p=,05	0,17	a=b=c > d

Cuartil1=a, Cuartil2=b, Cuartil3=c, Cuartil4=d; Post-hoc (Tukey) no aplicable a categorías no significativas, *p<,05

Tabla 8a

Correlaciones parciales de Pearson entre Mujeres con diagnóstico TLP en las escalas de SCL-90-R, EHS, EAG, RSS y BIS-11

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) Total GSI													
(2) Somatización	,77***												
(3) ObseCompuls	,81***	,57***											
(4) SensInterpers,	,80***	,47***	,62***										
(5) Depresión	,81***	,51***	,68***	,65***									
(6) Ansiedad	,90***	,73***	,69***	,63***	,73***								
(7) Hostilidad	,61***	,39***	,42***	,48***	,45***	,47***							
(8) AnsiedadFób,	,43***	,24*	,26**	,30**	,36***	,37***	,26**						
(9) IdeacParan,	,69***	,36***	,53***	,72***	,52***	,48***	,56***	,28**					
(10) Psicoticismo	,82***	,56***	,66***	,66***	,54***	,77***	,44***	,27**	,62***				
(11) Hab,Sociales	-,48***	-,35***	-,30**	-,53**	-,34***	-,42***	-,15	-,36***	-,33***	-,45***			
(12) Autoeficacia	-,52***	-,43***	-,44***	-,40***	-,51***	-,54***	-,14	-,36***	-,15	-,43***	,50***		
(13) Autoestima	-,52***	-,37***	-,46***	-,50***	-,54***	-,50***	-,23*	-,22*	-,25**	-,36***	,48***	,61***	
(14) Impulsividad	,28**	,21*	,11	,22*	,06	,31***	,18	,04	,26**	,40***	-,34***	-,32***	-,24*

N=150; Mujeres con diagnóstico TLP

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tabla 9a

Correlaciones parciales de Pearson entre Hombres con diagnóstico TLP en las escalas de SCL-90-R, EHS, EAG, RSS y BIS-11

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) Total GSI													
(2) Somatización	,83***												
(3) ObseCompuls	,83***	,48											
(4) SensInterpers,	,86***	,46	,80***										
(5) Depresión	,88***	,58*	,73***	,83***									
(6) Ansiedad	,92***	,89***	,62**	,68**	,78***								
(7) Hostilidad	,82***	,79***	,68***	,66**	,53*	,70**							
(8) AnsiedadFób,	,79***	,87***	,43	,47	,69**	,84***	,62*						
(9) IdeacParan,	,65**	,20	,81***	,84***	,63**	,47	,52*	,15					
(10) Psicoticismo	,84***	,49	,86***	,88***	,73***	,61*	,68**	,52*	,72**				
(11) Hab,Sociales	-,39	-,03	-,61*	-,65**	-,31	-,14	-,38	,05	-,55*	-,62**			
(12) Autoeficacia	-,54*	-,23	-,43	-,68**	-,66**	-,45	-,22	-,38	-,39	-,63**	,52*		
(13) Autoestima	-,58*	-,38	-,45	-,57*	-,63**	-,53*	-,31	-,36	-,35	-,60*	,26	,70**	
(14) Impulsividad	,36	,52*	,19	,16	,30	,38	,46	,28	-,06	,08	-,08	-,21	-,54*

N=28; Hombres con diagnóstico TLP

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tabla 10a

Correlaciones parciales de Pearson entre Mujeres con diagnóstico TPSE en las escalas de SCL-90-R, EHS, RSS, EAG y BIS-11

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) Total GSI													
(2) Somatización	,88***												
(3) ObseCompuls	,88***	,72***											
(4) SensInterpers,	,80***	,52**	,84**										
(5) Depresión	,83***	,75***	,81***	,72***									
(6) Ansiedad	,92***	,84***	,69***	,66***	,70***								
(7) Hostilidad	,66***	,45*	,52**	,49*	,42*	,69***							
(8) AnsiedadFób,	,84***	,82***	,64**	,50*	,58***	,77***	,52**						
(9) IdeacParan,	,69***	,44*	,67***	,65***	,51*	,54**	,63***	,52**					
(10) Psicoticismo	,62***	,48*	,43*	,46*	,26	,67***	,41*	,55**	,32				
(11) Hab,Sociales	-,18	,05	-,19	-,53**	-,28	-,19	-,07	,13	,10	-,25			
(12) Autoeficacia	-,30	-,30	-,47*	-,42*	-,51*	-,24	-,03	-,05	,04	,03	,33		
(13) Autoestima	-,31	-,23	-,51**	-,47**	-,55**	-,15	,001	,04	-,05	-,13	,40	,64***	
(14) Impulsividad	,27	,31	,20	,24	,14	,19	,16	,37	,22	,02	-,11	,01	-,02

N= 35; Mujeres con diagnóstico TPSE

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tabla 11a

Correlaciones parciales de Pearson entre Hombres con diagnóstico TPSE en las escalas de SCL-90-R, EHS, EAG, RSS y BIS-11

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) Total GSI													
(2) Somatización	,92***												
(3) ObseCompuls	,65*	,58***											
(4) SensInterpers,	,78***	,68**	,32										
(5) Depresión	,91***	,79***	,64**	,78***									
(6) Ansiedad	,91***	,84***	,60*	,63*	,86***								
(7) Hostilidad	,44	,47	,02	,10	,24	,38							
(8) AnsiedadFób,	,58*	,56	,43	,28	,42	,49	,22						
(9) IdeacParan,	,60*	,57*	,23	,58*	,34	,39	,41	,43					
(10) Psicoticismo	,85***	,68**	,40	,88***	,81***	,73**	,28	,37	,52				
(11) Hab,Sociales	-,72***	-,61*	-,76**	-,58*	-,69**	-,78***	-,14	-,33	-,31	-,62*			
(12) Autoeficacia	-,25	-,12	-,26	-,12	-,16	-,41	-,04	-,33	-,28	-,17	,60*		
(13) Autoestima	-,11	-,09	-,002	-,18	-,38	-,38	,22	,20	,25	-,05	,17	,14	
(14) Impulsividad	,47	,28	-,05	,47	,34	,31	,62*	,13	,65*	,63*	-,18	-,22	-,17

Hombres con diagnóstico TPSE

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tabla 12a

Correlaciones parciales de Pearson entre Mujeres con diagnóstico TPMixto en las escalas de SCL-90-R, EHS, EAG, RSS y BIS-11

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) Total GSI													
(2) Somatización	.66***												
(3) ObseCompuls	.83***	.46*											
(4) SensInterpers.	.68***	.47**	.54**										
(5) Depresión	.87***	.46*	.79***	.57**									
(6) Ansiedad	.59***	.44*	.22	.41*	.49*								
(7) Hostilidad	.63***	.24	.48*	.07	.51**	.42*							
(8) AnsiedadFób.	.69***	.41*	.64***	.35	.54**	.35	.33						
(9) IdeacParan.	.45*	.23	.24	.48*	.53**	.37	.40*	.11					
(10) Psicoticismo	.61***	.05	.45*	.62***	.55**	.36	.36	.40	.45*				
(11) Hab.Sociales	.001	-.04	-.09	-.20	.08	.23	.33	-.20	.22	-.01			
(12) Autoeficacia	-.07	-.03	-.10	-.05	-.34	-.29	.04	-.06	-.21	-.07	.03		
(13) Autoestima	-.04	.19	-.16	-.16	-.20	.07	.18	.10	.10	-.03	.20	.38	
(14) Impulsividad	.34	.04	.003	.25	.16	.43*	.37	.43*	.24	.43*	.02	.26	.37

N= 34; Mujeres con diagnóstico TPMixto

*p< .05

**p< .01

*** p< .001

Tabla 13a

Correlaciones parciales de Pearson entre Hombres con diagnóstico TPMixto en las escalas de SCL-90-R, EHS, EAG, RSS y BIS-11

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
(1) Total GSI													
(2) Somatización	,75*												
(3) ObseCompuls	,81*	,49											
(4) SensInterpers,	,75*	,24	,86*										
(5) Depresión	,93***	,65	,67	,58									
(6) Ansiedad	,84**	,71*	,45	,32	,94***								
(7) Hostilidad	,96***	,64	,78*	,76*	,92***	,81*							
(8) AnsiedadFób,	,98***	,73*	,80*	,79*	,88**	,77*	,95***						
(9) IdeacParan,	,76*	,30	,63	,84**	,66	,51	,70	,80*					
(10) Psicoticismo	,96***	,67	,75*	,75*	,88**	,81*	,92***	,92***	,76*				
(11) Hab,Sociales	-,66	-,44	-,90**	-,73*	-,53	-,30	-,61	-,64	-,42	-,63			
(12) Autoeficacia	-,26	,20	-,60	-,64	-,23	,07	-,26	-,31	-,52	-,13	,50		
(13) Autoestima	-,63	-,38	-,86**	-,70	-,55	-,29	-,62	-,67	-,49	-,46	,80*	,77*	
(14) Impulsividad	,45	,52	-,07	-,03	,53	,71	,38	,38	,27	,58	,04	,57	,31

N=13; Hombres TP Mixto

*p< .05

**p< .01

*** p< .001

Tabla 14a

Correlaciones parciales de Pearson de Mujeres con diagnóstico TLP en Total GSI de SCL-90-R y MCMI-II

	1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	32
(1) Total GSI												
(15) Esquizoide	,20*											
(16) Fóbica	,51***	,44***										
(17) Dependiente	,11	,24*	,19*									
(18) Histriónica	-,29***	-,58***	-,54***	-,09								
(19) Narcisista	-,31***	-,43***	-,46***	-,36***	,69***							
(20) Antisocial	,18	-,37***	-,23*	-,66***	,46***	,66***						
(21) Agres/sádica	-,04	-,17	-,09	-,57***	,23*	,59***	,61***					
(22) Compulsiva	-,20*	,28*	-,10	,12	-,33***	-,06	-,34***	-,02				
(23) Pasiv/agresiv	,38***	-,22*	,39***	-,25**	,02	,21*	,48***	-,43***	-,41***			
(24) Autodestruct	,56***	,08	,56***	,37***	-,16	-,24*	-,13	-,11	-,26**	,53***		
(32) Ab,Alcohol	,086	-,169	,002	,019	,36***	,081	,24*	-,017	,30**	,18	,14	
(33) Ab, Drogas	-,003	-,34***	-,139	-,36***	,54***	,51***	,77***	,52***	-,51***	,48***	,01	,53***

N= 150, Mujeres con diagnóstico TLP

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tabla 15a

Correlaciones parciales de Pearson de Hombres con diagnóstico TLP en Total GSI de SCL-90-R y MCMI-II

	1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	32
(1) Total GSI												
(15) Esquizoide	.67**											
(16) Fóbica	.43	.61**										
(17) Dependiente	.54*	.62*										
(18) Histriónica	-.59*	-.88***	.19*									
(19) Narcisista	-.65**	-.76***	-.66**	-.55***								
(20) Antisocial	-.23	-.66**	-.80***	-.70**	.79***							
(21) Agres/sádica	-.32	-.61*	-.58*	-.73***	.64**	.66**						
(22) Compulsiva	.16	.50*	-.71***	-.51*	.65**	.71***	.66**					
(23) Pasiv/agresiv	.18	-.40	.20	.52*	-.49	-.31	-.70***	-.06	-.42			
(24) Autodestruct	.46	.11	-.15	-.17	-.18	.07	.57*	.36	.04	.53*		
(32) Ab.Alcohol	-.17	-.33	.27	.45	-.61**	-.54*	-.37	-.46	-.23	.49	.19	
(33) Ab. Drogas	-.19	-.65**	-.35	-.38	.50*	.54*	.75***	.62**	-.39	.67***	.22	.82***

N=28. Hombres con diagnóstico TLP

*p<.05

** p<.01

***p<.001

Tabla 16a

Correlaciones parciales de Pearson entre mujeres con diagnóstico TPSE en Total GSI de SCL-90-R y MCMI-II

	1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	32
(1) Total GSI												
(15) Esquizoide	,23											
(16) Fóbica	-,11	,45*										
(17) Dependiente	-,19	-,04	-,03									
(18) Histriónica	,02	-,73***	-,66***	-,08								
(19) Narcisista	-,19	-,66***	-,36	-,40	,80***							
(20) Antisocial	-,19	-,47*	-,11	-,51**	,51**	,72***						
(21) Agres/sádica	-,18	-,36	-,13	-,61***	,43*	,81***	,68***					
(22) Compulsiva	-,04	-,05	-,18	,24	-,31	-,39	-,63	-,31				
(23) Pasiv/agresiv	,20	-,31	-,08	-,34	,46**	,61***	,60***	,57**	-,53**			
(24) Autodestruct	,25	,19	,38	,25	-,23	-,21	-,46**	-,25	,16	,16		
(32) Ab,Alcohol	-,03	,33	,10	-,38	-,11	-,04	,24	,06	-,28	-,02	,08	
(33) Ab, Drogas	-,10	-,28	-,27	-,29	,61***	,59**	,66***	,40	,58**	,44*	-,25	,59***

N=35 Mujeres con diagnóstico TPSE

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tabla 17a

Correlaciones parciales de Pearson de hombres con diagnóstico TPSE en Total GSI de SCL-90-R y MCMI-II

	1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	32
(1) Total GSI												
(15) Esquizoide	,26											
(16) Fóbica	,56*	,63*										
(17) Dependiente	-,49	-,18	-,45									
(18) Histriónica	-,39	-,97***	-,70**	,31								
(19) Narcisista	-,33	-,72**	-,35	-,21	,70**							
(20) Antisocial	-,02	-,62*	,03	-,28	,54	,59*						
(21) Agres/sádica	-,06	-,58*	-,10	-,39	,54	,80***	,61*					
(22) Compulsiva	-,37	,31	-,17	,58*	-,17	-,44	-,48	-,27				
(23) Pasiv/agresiv	,25	-,42	,20	-,65*	,30	,65*	,64*	,80***	-,57*			
(24) Autodestruct	,56*	-,11	,31	,05	-,01	-,24	,07	,07	,03	,25		
(32) Ab,Alcohol	,16	-,25	,22	-,23	,20	,23	,72**	,50	-,30	,40	-,19	
(33) Ab, Drogas	,03	-,72**	-,14	-,29	,60*	,65*	,89***	,67*	-,56*	,73***	-,42	,69**

N=21, Hombres con diagnóstico TPSE

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tabla 18a

Correlaciones parciales de Pearson de mujeres con diagnóstico TPMixto en Total GSI de SCL-90-R y MCMI-II

	1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	32
(1) Total GSI												
(15) Esquizoide	-,27											
(16) Fóbica	-,22	,49*										
(17) Dependiente	-,12	,38	,68***									
(18) Histriónica	,25	-,80***	-,49**	-,42*								
(19) Narcisista	,26	-,70***	-,50*	-,67***	-,66***							
(20) Antisocial	,26	-,63***	-,40	-,60**	,70***	,72***						
(21) Agres/sádica	,13	-,58**	-,47*	-,70***	,53**	,81***	,85***					
(22) Compulsiva	-,33	,21	-,10	-,04	-,42*	-,08	-,37	-,12				
(23) Pasiv/agresiv	,36	-,61***	-,20	-,36	,48*	,61***	,75***	,78***	-,40*			
(24) Autodestruct	,14	-,27	,31	,24	,20	,02	,18	,07	-,44*	,40		
(32) Ab,Alcohol	,75***	-,24	,01	-,14	,34	,30	,44*	,22	-,47*	,41*	,53**	
(33) Ab, Drogas	,39	-,64***	-,28	-,35	,74***	,68***	,87***	,76***	-,62***	,77***	,30	,57**

N=34. Mujeres con diagnóstico TPMixto

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Tabla 19a

Correlaciones parciales de Pearson entre Hombres con diagnóstico TPMixto en Total GSI de SCL-90-R y MCMI-II

	1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	32
(1) Total GSI												
(15) Esquizoide	,58											
(16) Fóbica	,71*	,58										
(17) Dependiente	-,09	-,01	,28									
(18) Histriónica	-,39	-,33	-,54	-,62								
(19) Narcisista	-,12	-,26	-,51	-,69	,93***							
(20) Antisocial	-,03	-,04	-,05	-,74*	,80*	,75*						
(21) Agres/sádica	,11	-,15	-,22	-,67	,80*	,92***	,79*					
(22) Compulsiva	-,15	-,05	-,46	,16	,05	,24	-,22	,21				
(23) Pasiv/agresiv	,60	,32	,75*	-,30	-,11	-,10	,37	,23	-,59			
(24) Autodestruct	,57	,10	,81*	,30	-,39	-,36	-,08	-,03	-,41	,77*		
(32) Ab,Alcohol	,32	-,35	-,30	-,31	,79*	,75*	,77*	,72*	,23	-,11	-,48	
(33) Ab, Drogas	-,16	-,27	-,18	-,55	,79*	,77*	,89***	,86**	,12	,23	-,28	,91**

N=13, Hombres con diagnóstico TPMixto

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$