



Personalidad y afrontamiento en adolescentes con patología psiquiátrica: estudio en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario y consumidores de drogas

Ernesto Mijail Magallón Neri

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Programa de doctorado “Psicología Clínica y de la Salud”

(Bienio 2003-2005)



Tesis doctoral

**Personalidad y afrontamiento en adolescentes con patología
psiquiátrica: estudio en pacientes con trastornos del comportamiento
alimentario y consumidores de drogas.**

Ernesto Mijail Magallón Neri

Directores:

Dra. Maria Forns Santacana

Dra. Gloria Canalda Sahli

Barcelona, 25 de Mayo 2012

**“Una piedra en el camino
me enseñó que mi destino
era rodar y rodar.**

**Después me dijo un arriero
que no hay que llegar primero
sino hay que saber llegar.”**

José Alfredo Jiménez - Cantautor

**“La personalidad es fácil de observar
pero difícil definirla”.**

Carver y Connor-Smith, 2010

**“El sueño de la razón
produce monstruos”**

Francisco de Goya, 1799

AGRADECIMIENTOS.

A lo largo del desarrollo de esta tesis, hemos llamado a muchas puertas, por suerte, en su mayoría acogidos de muy buena manera. Se han compartido muchas charlas que comenzaron en vagas ideas, que con el tiempo y el diálogo continuo, se transformaron en proyectos maduros y aún en desarrollo. Se han conformado vínculos tanto profesionales como personales los cuales tengo y quiero mantener en aprecio. Invirtiéndose una gran cantidad de tiempo y esfuerzo de todas las personas que tuve el placer de conocer y tratar durante este período de crecimiento.

A todos ellos ¡Muchas Gracias!

Me gustaría especialmente agradecer a personas que estuvieron conmigo, en la mayoría de los momentos de duda, decisión, empuje, apoyo y felicidad.

A mis directoras de tesis Maria Forns y Gloria Canalda, que sin su apoyo, comprensión y orientación continua, en más de una ocasión, este barco se hubiese perdido en el inmenso mar del conocimiento. Con su gran capacidad para escuchar, ser pacientes y dar libertad para crear, supieron reconducir las ideas con entusiasmo y optimismo, ayudándome a plasmarlas durante los trabajos desarrollados en esta tesis.

A Eugenio que cada mañana del martes nos acompañaba y compartía su conocimiento, de forma muy amena y profesional, con un gran cúmulo de anécdotas bajo el brazo.

A Josefina Castro, que con su certeros comentarios en cada uno de los manuscritos, me hacía pensar en la calidad del mensaje que aportamos.

A Rosa y Javier, que compartieron conmigo su tiempo y conocimiento acerca de las conductas adictivas y de la importancia de actualizar las bases datos continuamente.

A Esther, Raquel y Anais, que sembraron los cimientos de algunos de los proyectos que hoy se presentan y que a lo largo del tiempo, me he dado cuenta de su esfuerzo invertido y por tanto merecedor de reconocimiento.

A mis compañeras y compañeros del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, que en la medida de su disponibilidad nos apoyaron, con especial dedicación a los Másteres por su compañía diaria durante estos años. Así como, a los compañeros del Departamento de Personalidad de la Facultad de Psicología.

A Joan Guardia y Antoni Vallès por sus comentarios y sugerencias estadísticas.

También quisiera agradecer la colaboración de aquellos pacientes, familiares, profesores y alumnos que dieron su consentimiento para participar en los estudios.

Por último, quisiera agradecer a mi gran familia que desde México me apoyaron y alentaron desde el principio, y también he tenido la fortuna de desarrollar vínculos aquí, que han mantenido la esperanza latente del seguir adelante.

DEDICATORIA

A mis padres,

Mi familia,

Antonia, la persona que quiero y que ha compartido conmigo este arduo camino,

a mis abuelos y familiares queridos y significativos

que no están aquí conmigo para compartir este momento.

LISTA DE DOCUMENTOS

Esta tesis se basa en los siguientes documentos originales, referenciados en el texto por números romanos:

- I. Magallón-Neri, EM.; Canalda, G.; De la Fuente, JE.; Forns, M.; García, R.; González, E.; Castro-Fornieles, J. (2012). The influence of Personality Disorders in the Use of Mental Health Services in Adolescents with psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*.
- II. Magallón-Neri, E.; Canalda, G.; De la Fuente, JE.; Forns, M.; García, R.; González, E.; Lara, A.; Castro-Fornieles, J. Neither too much, nor too little. The dilemma of identifying personality disorders in adolescent patients with self-reports.
- III. Magallón-Neri, EM.; Canalda, G.; De la Fuente, JE.; Forns, M.; García, R.; González, E.; Lara, A.; Castro-Fornieles, J. Usefulness of the International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire for Borderline and Impulsive personality pathology in adolescents.
- IV. Magallón-Neri, E.; Canalda, G.; De la Fuente, JE.; Forns, M.; García, R.; González, E.; Lara, A.; Martínez, E.; Vallès, A.; Castro-Fornieles, J. Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders.
- V. Magallón-Neri, E.; Díaz, R.; Forns, M.; Canalda, G.; Goti, J.; Castro-Fornieles, J. (in press) Subtypes of adolescents with substance use disorders and psychiatric comorbidity using cluster and discriminant analysis of MMPI-A profiles. *Adicciones*.

- VI. Magallón-Neri, E.; Díaz, R.; Forns, M.; Goti, J.; Castro-Fornieles, J.
Dimensional model of the Personality Psychopathology Five (PSY-5) and
facets in adolescents with substance use disorders and healthy controls.
- VII. Magallón-Neri, E.; Forns, M.; Canalda, G.; De la Fuente, J.E.; Pérez, A.;
Castro-Fornieles, J. Personalidad, psicopatología y estilos de afrontamiento:
un estudio caso-control en adolescentes con trastornos del comportamiento
alimentario.

Lista de presentación de pósters y comunicaciones orales

A lo largo del desarrollo de esta tesis, se han realizado una serie de presentaciones en congresos, reuniones y seminarios de los cuales algunos trabajos se enlistan a continuación.

Pósters.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, y Castro-Fornieles, J. (2012). ¿CIE-10 o DSM-IV? Dilema acerca del concepto del trastorno de personalidad por inestabilidad emocional, desde una perspectiva evolutiva en la adolescencia. IV Simposio de Trastorno Límite de la Personalidad, San Cugat, España.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, J.E., Pérez, A., y Castro-Fornieles, J. (2011). Estilos de afrontamiento, actitudes alimentarias y consumo de drogas entre chicas con un trastorno del comportamiento alimentario y adolescentes controles: un estudio comparativo. I Symposium Nacional de psicología clínica del niño y del adolescente, Elche, España. (Premio Pearson el mejor póster).

Díaz R., Magallón-Neri E., Aso, L., Goti J., y Castro-Fornieles J. (2011) Predictores de resultado de tratamiento en adolescentes con trastornos por uso de sustancias. II International Congress of Dual pathology, Barcelona, España.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, J.E., y Castro-Fornieles, J. (2011). Dependencia emocional en la pareja y patología de personalidad. Un caso complejo de trastorno de personalidad borderline-disocial en la adolescencia. Congreso

Internacional sobre manipulación psicológica, grupos sectarios, socioadicciones y sus daños. Barcelona, España. (Highly commended).

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, J.E., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2011). Temperament Character Inventory and the International Personality Disorder Examination in psychiatric adolescents: Dimensional scores correlations. 10th World Congress of Biological Psychiatry. Prague, Czech Republic.

Canalda, G., Magallón-Neri, E., Forns, M., De la Fuente, J.E., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2011). Diferencias entre los cuestionarios TCI-9 y TCI-R en la identificación de patología de personalidad en la adolescencia. 56 Congreso de la AEPNYA, Alicante, España.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, J.E., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2010). Can Borderline Dimensional manifestations increment the Use of Mental Health services in adolescents with Eating Disorders?. 1st International Congress on Borderline Personality Disorder, Berlin, Alemania.

Magallón-Neri, E., Díaz, R., Goti, J., Aso, L., Forns, M., y Castro-Fornieles, J. (2010). Análisis Discriminante de una tipología de personalidad de adolescentes con trastorno por uso de sustancias. XI Congreso de la AEPNYA, Santiago de Compostela, España.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., De la Fuente, J.E., Forns, M., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2010). Dimensionalidad de la patología de la personalidad en

mujeres adolescentes con trastorno alimentario: un estudio piloto entre restrictivas y purgativas. XI Congreso de la AEPNYA, Santiago de Compostela, España.

Magallón-Neri, E., Goti, J., Canalda, G., Díaz, R., Aso, L., Castro-Fornieles, J., y Forns, M. (2010). Severity of addiction and PSY-5 traits in adolescents with substance use disorders. 18th EPA European Congress of Psychiatry. Munich, Alemania.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, J.E., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2010). Hospital admissions and personality pathology in adolescents with psychiatric disorders. 18th EPA European Congress of Psychiatry. Munich, Alemania.

Magallón, E., Díaz, R., Canalda, G., Forns, M., Goti, J., y Castro-Fornieles, J. (2009). Perfiles MMPI-A con alta y baja conducta antisocial en adolescentes con trastornos por uso de sustancias. 44 Reunión de la AEPNYA. Pamplona, España. Mención de honor Editorial Médica Panamericana.

Comunicaciones orales.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, J. E., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2012). El potencial efecto estigma en la evaluación de la patología de personalidad en adolescentes con trastornos psiquiátricos. 57 Congreso de la AEPNYA, Barcelona, España.

Magallón-Neri, E., Forns, M., Canalda, G., De la Fuente, J. E., y Castro-Fornieles, J. (2012). Patología de la personalidad en la adolescencia en centros de salud mental infanto-juvenil en España. I Jornada de Doctorat U.B., Barcelona, España.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., Forns, M., De la Fuente, J. E., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2011). Patología de la personalidad en adolescentes con trastornos psiquiátricos. Un diagnóstico no del todo reconocido pero prevalente en los servicios de salud infantil y juvenil. I Symposium Nacional de psicología clínica del niño y del adolescente. Elche, España.

Magallón-Neri, E., Forns, M., Díaz, R., Goti, J., y Castro-Fornieles, J. (2011). Rasgos dimensionales de la personalidad entre chicos con trastorno por uso de sustancias y adolescentes con adicción al juego online: un estudio comparativo. Congreso Internacional sobre manipulación psicológica, grupos sectarios, socioadicciones y sus daños. Barcelona, España.

Magallón-Neri, E., Canalda, G., De la Fuente, J. E., Forns, M., García, R., González, E., y Castro-Fornieles, J. (2010). Trastornos de personalidad en adolescentes psiquiátricos y su repercusión en los ingresos hospitalarios. XI Congreso de la AEPNYA. Santiago de Compostela, España.

ÍNDICE

RESUMEN	i
AGRADECIMIENTOS	v
LISTA DE DOCUMENTOS	viii
Lista de Presentación de pósters y comunicaciones orales	x
ÍNDICE	xv
ABREVIATURAS	xix
PREFACIO	xxi
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 El impacto de la psicopatología en la infancia y la adolescencia	1
1.2 Conceptos de temperamento, carácter y personalidad	2
1.3 Clasificación diagnóstica de los trastornos mentales.	6
1.3.1 La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	7
1.3.2 El Diagnostic and Statistical Manual for Mental Health Disorders (DSM)	8
1.4 Los modelos de relación entre trastornos clínicos y trastornos de personalidad	9
1.4.1 Patología de la personalidad y trastornos de la personalidad.	11
1.4.2 Trastornos de la personalidad en la actualidad.	14
1.4.3 La nueva propuesta hacia el DSM-5.	17
1.4.4 La propuesta de patología de personalidad en la CIE-11.	20
1.5 Metodologías de evaluación de la patología de la personalidad.	22

1.5.1 Evaluación dimensional vs categórica.	25
1.6 Patología de la personalidad en la infancia y adolescencia.	27
1.6.1 Patología de la personalidad y consumo sanitario.	31
1.6.2 Personalidad y trastornos del comportamiento alimentario.	33
1.6.3 Patología de la personalidad y conductas adictivas.	35
1.7 Personalidad y afrontamiento	36
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	41
3. METODOLOGÍA	47
3.1 Participantes	47
3.2 Instrumentos	51
3.3 Procedimientos	64
3.4 Análisis Estadístico	65
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	71
4.1 Estudio I. La influencia de los trastornos de personalidad sobre los servicios de salud mental en adolescentes con trastornos psiquiátricos.	71
4.2 Estudio II. Ni tanto, ni tan poco. El dilema de identificar la patología de la personalidad en adolescentes clínicos con auto-informes.	73
4.2.1 Resultados	74
4.2.2 Discusión	76
4.3 Estudio III. Utilidad del IPDE-SQ para identificar patología de personalidad Impulsivo – Límite en adolescentes.	81
4.3.1 Resultados	82
4.3.2 Discusión	85
4.4 Estudio IV. Prevalencia y severidad de los trastornos de personalidad en	89

adolescentes con trastorno del comportamiento alimentario.	
4.4.1 Resultados	90
4.4.2 Discusión	94
4.5 Estudio V. Subtipos de adolescentes con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica con perfiles MMPI-A.	99
4.6 Estudio VI. Modelo dimensional de patología de la personalidad (PSY-5) en adolescentes con trastorno por uso de sustancias y controles sanos.	101
4.6.1 Resultados	102
4.6.2 Discusión	106
4.7 Estudio VII. Personalidad, psicopatología y estilo de afrontamiento: un estudio caso-control en adolescentes con trastorno del comportamiento alimentario.	109
4.7.1 Resultados	110
4.7.2 Discusión	112
5. CONCLUSIONES	117
REFERENCIAS	127

ABREVIATURAS

ACS Adolescent Coping Scale

AN Anorexia Nerviosa

APA American Psychiatric Association

BN Bulimia Nerviosa

CBCL Child Behaviour Checklist

CIE-10 Clasificación internacional de Enfermedades 10ª. revisión.

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.

EDI-2 Eating Disorders Inventory, 2nd edition.

ICD-10 International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision

IPDE International Personality Disorder Examination

IPDE-SQ International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire

MMPI-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents

OR Odds ratio

OMS (Organización Mundial de la Salud)

PSY-5 Personality Psychopathology Five

T-ASI Teen Addiction Severity Index

TCA Trastorno del comportamiento alimentario

TCANE Trastorno del comportamiento alimentario no especificado

TCI Temperament Character Inventory

TCI-R Temperament Character Inventory Revised Version

TP Trastorno de personalidad

TUS Trastorno por Uso de Sustancias

SD Standard deviation

SEN Sensitivity

SPE Specificity

SPPIJ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil

WHO World Health Organization

YSR Youth Self Report

PREFACIO

La presente tesis doctoral se compone de las siguientes secciones: introducción, objetivos e hipótesis, metodología, resultados-discusión de los estudios realizados (siete), y conclusiones globales. Los resultados presentados parten de un proyecto denominado “Personalidad y afrontamiento en adolescentes con patología psiquiátrica: estudio en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario y consumidores de drogas” el cual fue apoyado a partir de Enero de 2009 por la Comisión de Universidades e Investigación del Departamento de Innovación de la Generalitat de Catalunya. El principal objetivo de estos estudios fue investigar la identificación de la patología de la personalidad en adolescentes, particularmente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y pacientes con trastorno por uso de sustancias, así como en muestra comunitaria. Desde el 2006 se ha mantenido una estrecha colaboración con el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil (SPPIJ) del Hospital Clínic de Barcelona, del cual ahora se pueden llegar a apreciar algunos de sus resultados plasmados en esta tesis. A partir de 2009 se consolidó este proyecto de investigación afianzándose los vínculos entre profesionales del SPPIJ y personal del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universitat de Barcelona. El papel que desarrollé a lo largo de esta tesis, fue el ayudar en la configuración de los protocolos de evaluación, compartir con otros compañeros la valoración de los perfiles de personalidad, ayudé en el desarrollo de las propuestas de lo que ahora son estos trabajos originales, desarrollando parcialmente el análisis estadístico y escribí con ayuda de todos los autores reconocidos en cada estudio, siete manuscritos que ahora constituyen esta tesis doctoral.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El impacto de la psicopatología en la infancia y la adolescencia.

Las personas afectadas de conductas psicopatológicas en la infancia y la adolescencia tienen un mayor riesgo de desarrollar un peor funcionamiento global psicológico en la edad adulta (Hofstra, Van der Ende, y Verhulst, 2000; Larsen, Dahl, y Hallum, 1990; Shankman, Lewinsohn, Klein, Small, Seeley, y Altman, 2009), mostrando una mayor tasa de afectación a nivel personal y social en comparación con la población general (Kessler, Davis, y Kendler, 1997; Thomsen, 1996). También es ampliamente reconocido que la existencia de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia está asociada con alteraciones de la personalidad, que contribuyen a elevar el riesgo de una peor calidad de vida (Chen, Cohen, Kasen, y Johnson, 2006; Crawford, Cohen, First, Skodol, Johnson, y Kasen, 2008; Johnson, Cohen, Skodol, Oldham, Kasen, y Brook, 1999).

La fase de la adolescencia *per se* presenta una serie de cambios fisiológicos que potencian ciertas características de personalidad entre ellas la búsqueda de novedad o la introversión. En situaciones complejas y ambiguas, que involucran una serie de conflictos individuales e interpersonales, la falta de planificación y persistencia en la resolución del conflicto, constituyen conjuntamente con algunos factores de personalidad, en la implicación de conductas de riesgo (Toro, 2010).

El conocimiento de la continuidad y discontinuidad de los procesos psicopatológicos subyacentes en el desarrollo infantil y juvenil, son imprescindibles para dar respuesta a intervenciones preventivas (Opler, Sodhi, Zaveri, y Madhusoodanan, 2010; Ramklint, 2002). Ello es debido a que si en el transcurso de la

patología de los trastornos clínicos, comórbidos a alteraciones de la personalidad desarrolladas en fases tempranas, no se recibe un tratamiento adecuado la disfuncionalidad se puede afianzar en la edad adulta (Johnson et al., 1999). Actualmente, hay una falta considerable de comprensión acerca de los procesos de la patología de la personalidad en la adolescencia y su impacto, debido a que la patología de personalidad es estudiada mayoritariamente cuando el diagnóstico categorial de trastorno de personalidad (TP)¹ por tradición clínica es establecido, más allá de los 18 años de edad (Bornovalova, Hicks, Iacono y McGue 2009; Freeman y Reinecke, 2007). Por esto, el motivo de este trabajo pretende aportar datos sobre la identificación de la patología de personalidad y sus manifestaciones asociadas en adolescentes sin y con trastornos mentales, especialmente dentro del campo de las alteraciones del comportamiento alimentario y el consumo de tóxicos.

1.2 Conceptos de temperamento, carácter y personalidad.

Desde los principios de las civilizaciones el hombre ha tratado de definir la esencia humana desligada del mundo metafísico, en busca de la explicación de su comportamiento individual. El concepto de personalidad se basa etimológicamente en un concepto básico, el de persona. Este vocablo deriva del griego *prósopon*, y su significado está ligado a las máscaras que utilizaban los actores en la antigua Grecia en sus representaciones teatrales (Arnold, 1975). Tous (1997) menciona que la mayoría de la gente sabe lo que se quiere decir con la palabra personalidad, aunque muy pocos estén de acuerdo con lo que esta palabra significa. Sin embargo, para comprender la

¹ De aquí en adelante en esta tesis el concepto de trastorno de personalidad estará representado por el acrónimo TP.

complejidad del concepto de personalidad, tenemos que distinguirlo de otros conceptos que están relacionados y que a menudo se utilizan indistintamente.

Uno de ellos es el *temperamento*, que se refiere al sustrato biológico del que está constituida la base de la personalidad. El temperamento está conformado por estructuras bioquímicas y neurológicas subyacentes que son la base de respuestas diferenciadas a estímulos específicos. Adicionalmente, cada persona tiene una *constitución* (unidad biofísica) global con peculiaridades, en la que se asienta la individualidad psicológica del sujeto, en gran parte ésta resume tendencias y disposiciones individuales asociadas a la fisiología del sujeto (Pueyo, 1997).

Son varios los autores (Tabla 1 adaptada de Graña y Muñoz, 2009) que han buscado la formulación de un consenso en relación a las dimensiones de la expresión temperamental (Carranza y González, 2003). La mayoría de ellos coinciden en que dentro de las primeras etapas del recién nacido se construyen dichas dimensiones, que posteriormente conforman el eje troncal de la personalidad del niño y a medida que avanza en su desarrollo, la expresión del temperamento se ve más influenciada por la experiencia y el impacto de su contexto próximo, dando paso a la estructuración del *carácter* que sería el conjunto de actividades voluntariamente dirigidas y expresadas por patrones de conducta observables, que ayudan a la conformación de estructuras auto-conceptuales relacionadas y moduladas por un simbolismo (Graña y Muñoz, 2009).

Los rasgos temperamentales son patrones asociados a reacciones específicas, mientras que, los rasgos de personalidad se refieren al conjunto de hábitos que asumimos y se distribuyen en una proporción de campana gaussiana (en el rango medio las respuestas son más habituales, frecuentes y menos predecibles y en las zonas extremas hay tendencia a respuestas prototípicas).

Tabla 1. Teorías de personalidad relacionadas con conceptos del temperamento.

AUTOR/ES	CONCEPTOS FUNDAMENTALES
Hipócrates y Galeno (460-377 a.c.)	4 tipos temperamentales: melancólico, colérico, flemático y sanguíneo, en función de cuatro humores (bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre)
Kretschmer (1926)	3 tipos constitucionales: leptosomático, atlético y pícnico
Sheldon (1939)	3 somatotipos: ectomorfo, mesomorfo y endomorfo
Eysenck (1947)	3 dimensiones de personalidad: neuroticismo-control, extraversión-introversión y psicoticismo
Cattell (1949)	16 rasgos de personalidad: afabilidad, razonamiento, estabilidad emocional, dominancia, animación, atención a las normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionismo y tensión.
Mehrabian (1972)	3 dimensiones temperamentales (modelo PAD): placer – displacer, estimulación – no estimulación y dominancia – sumisión.
Chess y Thomas (1977)	3 perfiles de temperamento infantil: fácil (tranquilos, adaptables), difícil (irritables, irregulares, reactivos), lenta-reacción (poca activación y adaptabilidad, poco reactivos).
Rothbart (1981)	2 dimensiones de reactividad y auto regulación, con múltiples subescalas que miden emociones básicas, atención y procesos motores.
Buss y Plomin (1984)	4 variables temperamentales (modelo EASI): emocionalidad – impasividad, sociabilidad – separación, actividad – letargia e impulsividad – deliberatividad.
Costa y McCrae (1985)	5 rasgos de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, responsabilidad y amabilidad.
Cloninger (1986)	4 dimensiones temperamentales: búsqueda de novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia. 3 dimensiones de carácter: autodirección, cooperación y auto-trascendencia.

La *personalidad* es un concepto más complejo y amplio que el de temperamento o que el propio conjunto de rasgos. Su función engloba el procesamiento e integración de la información por medio de la mente. La personalidad va más allá de las características temperamentales, incluyendo también la formación del autoconcepto y el carácter, asociado a actitudes, expectativas, creencias, experiencias individuales, motivaciones y valores morales (Pueyo, 1997). La personalidad es en cierto sentido el patrón que cada persona desarrolla como una forma de afrontar las experiencias, procesadas por aquellos rasgos que en conjunto y en relación con el contexto social se activan y se encauzan en direcciones específicas, desarrollando una serie de experiencias integradoras. Sin embargo estas características de personalidad pueden presentarse en diferentes grados de consistencia o estabilidad a lo largo de la vida (Caspi, Roberts y Shiner, 2005). Un amplio meta-análisis (estudios contemplados = 152; N = 55,081) sobre el estudio de la consistencia de los rasgos de personalidad a través de la edad y el tiempo, halló una fluctuación con tendencia creciente. Se detectó mayor consistencia en el período de edad de los 50-59 años (0.74), con moderada consistencia en edades más precoces (0.31 – 0.52) entre los 0-22 años (Roberts y DelVecchio, 2000).

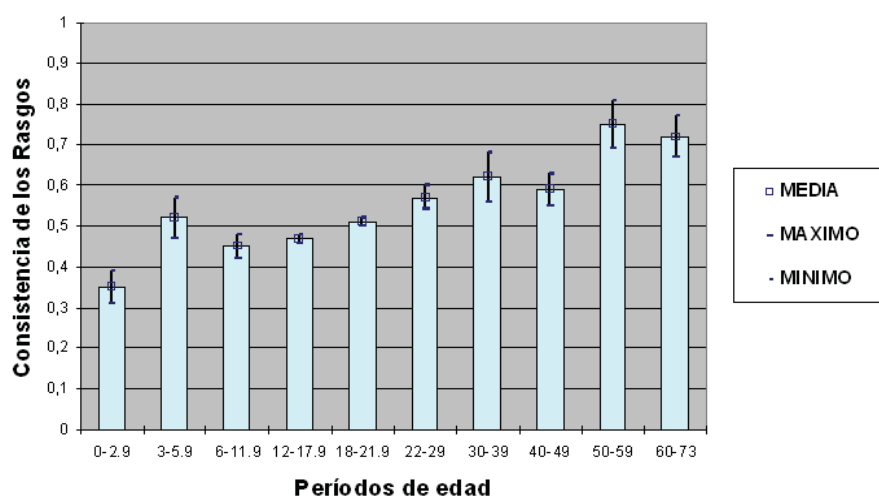


Fig. 1. Consistencia media a través de la edad, Roberts y Del Vecchio (2000).

Recientemente Ferguson (2010) realizó en un estudio de meta-análisis con 47 estudios y un total 30,990 participantes, revisando los mismos tópicos que Roberts y DelVecchio (2000). Ferguson confirma que la estabilidad de la personalidad normal y patológica tiende a incrementarse con la edad (Fig 2 y Fig 3) corrigiendo los coeficientes asociados por la atenuación del error de medición. Se encontró que, el no contemplar este aspecto, causaba una significativa reducción de los coeficientes de estabilidad (19-26% de la varianza compartida), siendo la estabilidad de la personalidad en la edad adulta relativamente alta con ligeros cambios, y más variable durante la infancia.

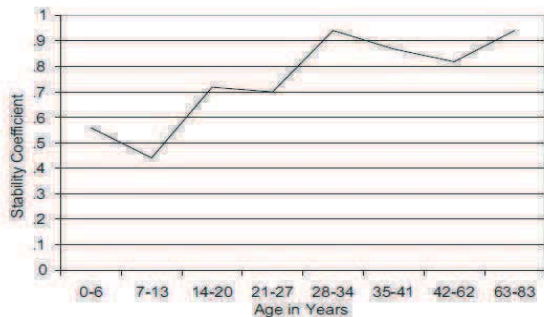


Fig 2. Estabilidad en personalidad normativa (Ferguson, 2010 pp. 664)

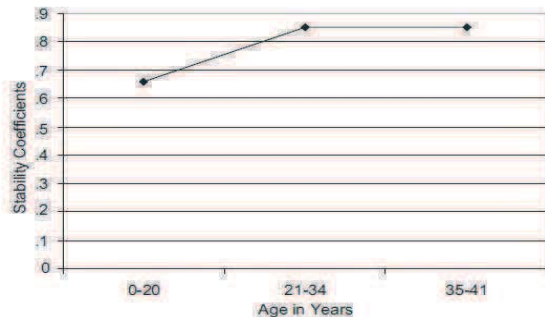


Fig 3. Estabilidad en trastornos de la personalidad (Ferguson, 2010 pp.664)

Esta perspectiva se añade al debate sobre si la personalidad patológica es relativamente estable (Lenzenweger, 1999) como lo señala el DSM-IV-TR, o si los TP pueden ser menos estables de lo que realmente se cree (Clark, 2009; Lenzenweger, Johnson y Willet, 2004).

1.3 Clasificación diagnóstica de los trastornos mentales.

Los trastornos mentales son comportamientos clínicamente significativos, síndromes o patrones psicológicos que se producen en un individuo y se asocian con persistente

angustia o discapacidad, favoreciendo una tendencia a mayor riesgo de afectación en diferentes áreas de la vida individual, social o laboral. La necesidad de clasificar los trastornos mentales se mantiene y es de gran utilidad dentro de la nosología médica y psicológica. Sin embargo, el acuerdo entre psiquiatras y psicólogos respecto a los conceptos teóricos ha sido escaso, siendo más amplio el consenso en la fenomenología de los diagnósticos (Ramklint, 2002). Por esta razón, progresivamente se ha ido aceptando la idea de que las clasificaciones psiquiátricas deben estar basadas en los patrones de la sintomatología y evidencia empírica, y no tanto en las teorías (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley, y Verheul, 2005; Krueger et al., 2011b, De Clercq y De Fruyt, in press). Hoy en día la clasificación de los trastornos mentales se centra en dos de los sistemas más utilizados: la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) (WHO, 1996a) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos de la Salud Mental, cuarta versión revisada (DSM-IV TR) (APA, 2002).

1.3.1 La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

La organización mundial de la salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas cuya función primordial es velar por las cuestiones de salud internacional y salud pública. La sección de trastornos mentales fue incorporada en la sexta edición (1948). Sin embargo no es hasta la década de los 1960s que se desarrolla el programa de salud mental de la OMS, embarcándose en un proyecto el cual tenía como objetivo mejorar el diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. Se desarrollaron numerosas propuestas para la clasificación y desarrollo de criterios que aumentaran la fiabilidad de los diagnósticos en los trastornos mentales. En la elaboración de la octava versión de la Clasificación de Internacional de Enfermedades

(CIE-8), durante la década de los 70s se experimentó un crecimiento adicional en el interés y mejora de la clasificación de los trastornos psiquiátricos. En 1975, en el desarrollo de la novena versión CIE-9, la OMS se vinculó a proyectos en colaboración con la Administración reguladora del Abuso de Alcohol- Drogas y Salud Mental (SAMSHA) de los EEUU con el objetivo de esbozar mejoras en la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, así como el consumo de alcohol y otras drogas. (WHO, 1993). Pero no fue hasta la CIE-9 que se incorporaron por primera vez la sección de trastornos infantiles. La actual versión CIE-10 se organiza en 10 secciones, y en 3 de ellas se encuentran definidos trastornos infantiles (WHO, 1996b).

1.3.2 El Diagnostic and Statistical Manual for Mental Health Disorders (DSM)

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) publicó en 1952 la primera edición del DSM. Desde entonces el sistema de clasificación ha ido evolucionando, a una perspectiva ateórica y cada vez más basada en la evidencia en lo que se refiere a la etiología. Cada trastorno es una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios de la descripción y fenomenología de sus características clínicas. A partir la tercera edición del DSM, su organización está basada en un sistema multiaxial que evalúa al paciente a lo largo de cinco ejes (APA, 1980). Actualmente en la cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) (APA, 2002) en el Eje I se encuentran descritos los trastornos clínicos y en el Eje II los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Un mismo paciente puede presentar más de un trastorno en cada eje o entre los ejes, denominándose esta situación comorbilidad (intra e inter eje). En el Eje III se informan de las actuales enfermedades médicas potencialmente relevantes para la comprensión de los trastornos mentales en curso. En el Eje IV se codifican los problemas psicosociales y

ambientales que contribuyen significativamente en el desarrollo y exacerbación de la enfermedad mental actual. Por último en el Eje V se incluye una escala de Evaluación del Funcionamiento Global (GAF), representada por un *continuum* de 100 puntos, en el que la puntuación máxima representa un mayor nivel de funcionamiento psicológico, laboral y social.

1.4 Los modelos de relación entre trastornos clínicos y trastornos de personalidad

A lo largo de la historia, las nosologías médicas han sufrido recurrentes modificaciones y mejoras, que van de la mano del conocimiento desarrollado a través de estudios empíricos que avalan la fenomenología de los trastornos descritos.

La historia de los trastornos mentales en la clasificación internacional de enfermedades (CIE) se remonta a 1938 en su quinta edición (CIE-5), en la que algunas patologías mentales fueron incluidas por primera vez. Entre éstas, algunas subcategorías de deficiencia mental, demencia precoz, psicosis maniaco-depresiva, y otras enfermedades como el alcoholismo fueron asignadas en otras secciones (Widiger, 2001). Sin embargo no fue hasta la sexta versión CIE-6 (1948) cuando se incluyó por primera vez una sección específica (grandemente expandida) dedicada a los trastornos mentales (las versiones anteriores cubrían generalmente enfermedades asociadas a la mortalidad) (Katschnig, 2010). En esta clasificación de trastornos mentales, se incluyeron 10 categorías para psicosis, 9 para psiconeurosis y 7 categorías para trastornos de carácter, conducta e inteligencia, incluyendo dentro de estos apartados la personalidad patológica e inmadura. Esta versión fue la que más influyó en el proceso del desarrollo de la primera versión del DSM. Pero fue a partir de 1974 en el proceso de revisión hacia la octava versión de la clasificación internacional (CIE-8) en la que

Shepherd y Sartorius (1974) concluyeron que a pesar de la imprecisión diagnóstica y la confusión terminológica del concepto de TP, éste era un diagnóstico indispensable para la práctica clínica. En la Fig. 4 se reflejan los cambios que han sufrido las revisiones de la CIE a lo largo del tiempo en la codificación de los TP.

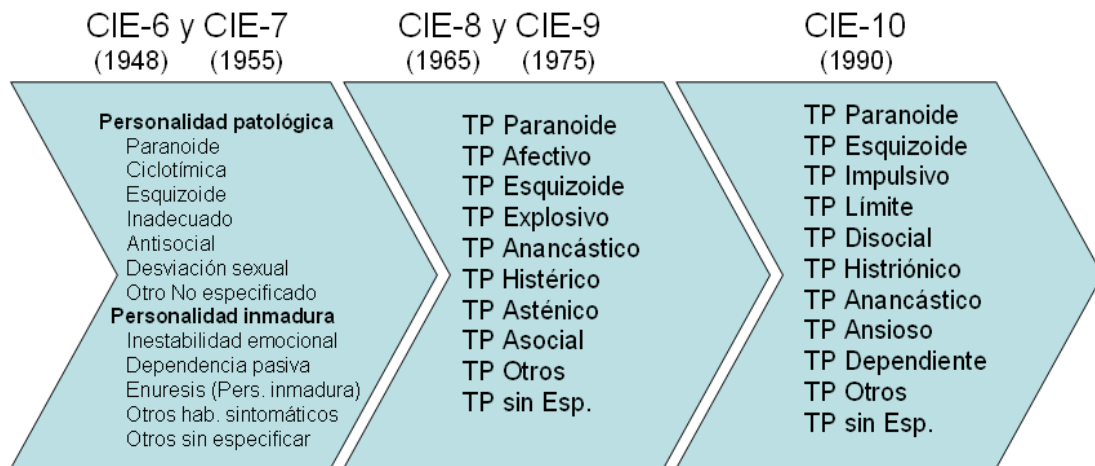


Fig 4. Evolución de la clasificación de los trastornos de personalidad en la CIE.

En el caso del DSM desde la primera versión en 1952 se incluían varias categorías de alteraciones de la personalidad generalmente distinguidas de las neurosis (Oldham, 2005). En la primera versión del manual los TP eran vistos como condiciones deficitarias, que reflejaban distorsiones o involuciones parciales del desarrollo vinculadas a una práctica inadecuada o patológica de los cuidadores. En la segunda versión del DSM se descartó la creencia de que los TP no afectaban nuestro estado emocional, pero no fue hasta su tercera versión en 1980, con la introducción del sistema multiaxial que los trastornos de personalidad pasaron al eje II en la clasificación de la APA (1980). Así también fue en esta versión en la que aparece la subdivisión por clusters (A, B, C) ver Fig. 5 que aún se sigue manteniendo y que posiblemente en la próxima edición del DSM-5 desaparezcan.

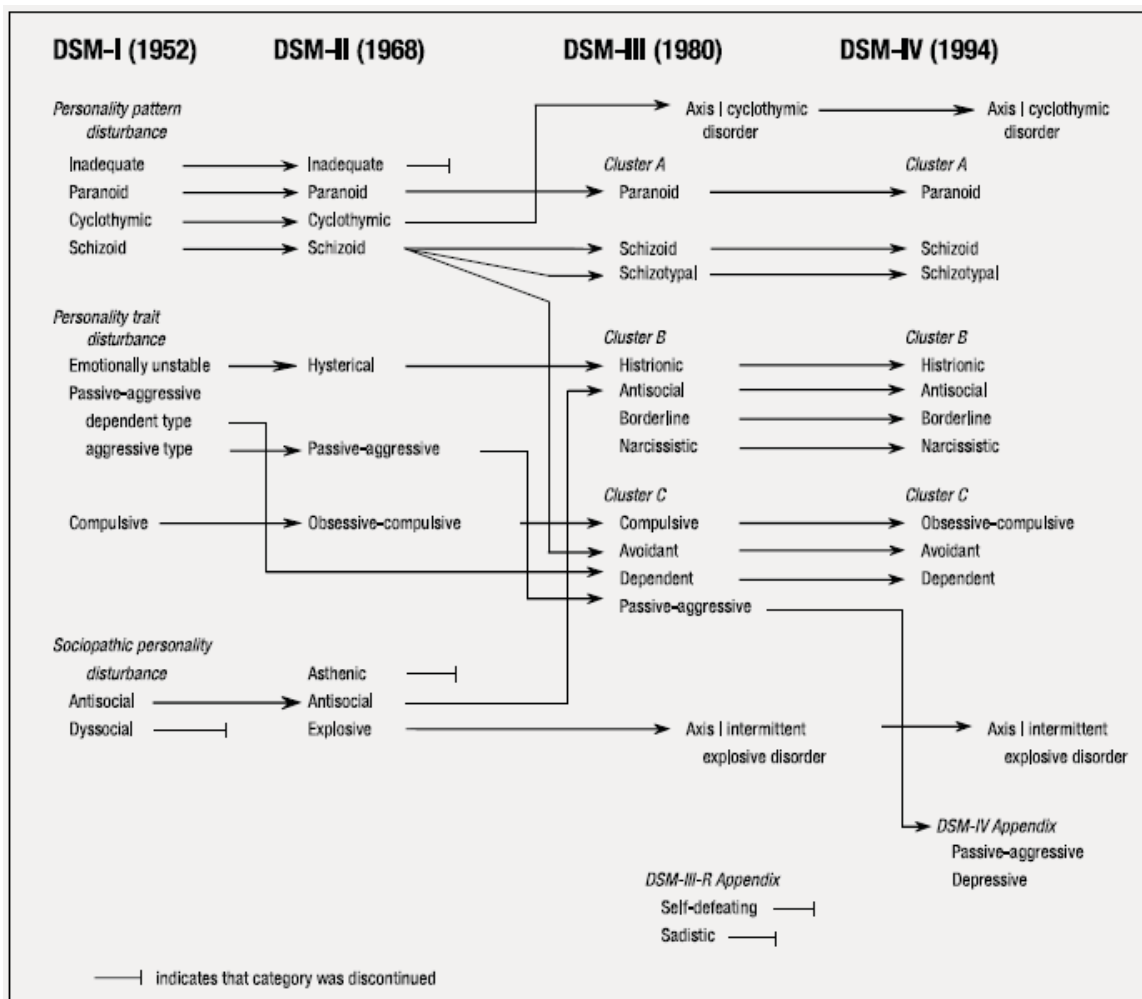


Fig 5. Ontogénesis de la clasificación de trastornos de personalidad en el DSM.

Fuente: Skodol (1997, pp. 261-274).

1.4.1 Patología de la personalidad y trastornos de la personalidad.

El concepto de patología de la personalidad es un constructo amplio que sigue un *continuum* desde las difusas fronteras con la personalidad normativa, hasta las manifestaciones más severas de la alteración de la personalidad. Este concepto se ha ido incorporando poco a poco a la clínica actual, gracias a los modelos dimensionales y de severidad en el estudio de las alteraciones de la personalidad (Hopwood et al., 2011; Krueger et al., 2011b; Yang, Coid, y Tyrer, 2010).

En cambio un TP es una entidad nosológica relativamente bien definida. Para atribuir a un paciente un diagnóstico clínico de TP, éste debe de cumplir con una serie de criterios específicos bien delimitados.

Mirapeix (2009) en el estudio de los TP, hace una importante reflexión digna de ser considerada. No es cuestión de plantear si el sujeto que tiene un TP debe ser tratado para devolverlo a la normalidad, sino, más bien es cuestión de aceptar sus “diferencias” y “dificultades”, dirigiendo el tratamiento a aminorar las conductas desadaptativas que le hacen sufrir tanto a él/ella como a su entorno, respetando en todo momento sus “peculiaridades”. Este enfoque liga con la propuesta de Ferguson (2010) respecto a la línea de tratamiento en personas con TP, el cual sugiere que las estrategias terapéuticas dirigidas al cambio fundamental de las estructuras de personalidad, pueden ser un objetivo poco realista e infructífero y que el tratamiento centrado en el comportamiento específico, puede tener resultados más positivos.

Tyrer (1988) también postulaba hace más de dos décadas que los TP eran un concepto necesario en la psiquiatría clínica, porque este tipo de manifestación describía una clase de anormalidad no incluida en otros apartados. Además observó que los TP, se acompañaban frecuentemente de otros trastornos mentales, incrementando la severidad de la enfermedad psiquiátrica global. La existencia de TP en pacientes marca negativamente el efecto sobre el pronóstico de otros trastornos de salud mental, influenciados por su historia y la naturaleza de los trastornos concurrentes. También sugirió desde hace tiempo, que las anteriores versiones (DSM-III) y aún las actuales clasificaciones (DSM-IV-TR) para TP eran insatisfactorias, pero mejorables, y que una importante mejora en la clasificación de estos sería la promoción de una disminución de categorías.

Recientemente, la literatura sobre el estudio de la estructura de la personalidad anormal indica que cuatro dominios aparecen con razonable consistencia: emocionalidad negativa, introversión, antagonismo y desinhibición. La tabla 2 muestra estos dominios y su correspondencia con diferentes modelos de evaluación.

Tabla 2. Modelos y correspondencia con instrumentos de evaluación enfocados en la patología de la personalidad (adaptado de Krueger et al., 2011a,b).

Instrumento	Dominios comunes				Dominios a investigar	
	<i>Emocionalidad Negativa</i>	<i>Introversión</i>	<i>Antagonismo</i>	<i>Desinhibición</i>	<i>Esquizotipia</i>	<i>Compulsividad</i>
DAPP	Emotional instability	Inhibitedness	Dissocial	Dissocial		Compulsivity
SNAP	Negative emotionality	Low positive emotionality	Disinhibition	Disinhibition		
PSY-5	Negative emotionality	Introversion	Agressiveness	Disconstraint	Psychoticism	
DIPSI	Emotional instability	Introversion	Disagreeableness	Disagreeableness		Compulsivity
MCMI	Emotional dysregulation	Introversion	Antagonism	Impulsivity		
SWAP	Internalizing		Externalizing	Externalizing		
DSM-5*	Neg. Affect	Detachment	Antagonism	Disinhibition	Psychoticism	

DAPP =Dimensional Assessment of Personality Pathology (Livesley, 1998); SNAP = Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (Clark, 1993); PSY-5 = Personality Psychopathology Five (Harkness y McNulty, 1994); DIPSI = Dimensional Personality Symptom Item Pool (De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen, y Mervielde, 2006); MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1987); SWAP = Shedler Westen Assessment Procedure (Shedler y Westen, 1998);. DSM-5* = Maladaptive personality trait model for DSM-5 (Krueger et al, 2011a); Neg. = Negative.

El estudio de estos amplios dominios aportará un campo de desarrollo en los modelos empíricos de la patología de la personalidad para su posible inclusión en nuevas nosologías (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout, y Huang, 2007).

1.4.2 Trastornos de la personalidad en la actualidad.

El sistema clasificatorio para los TP ha sufrido muchos cambios desde su introducción en los manuales diagnósticos, ya hace más de 40 años. En la actualidad en el DSM-IV-TR, los TP se encuentran en el Eje II y se subdividen en tres grandes clusters, en cambio en la CIE-10 los TP se encuentran clasificados dentro de la sección V de trastornos mentales, en el apartado de trastornos de la personalidad y conducta adulta.

A continuación se hace una breve descripción de cada uno de los TP. Debido a la similitud de la fenomenología de cada TP entre ambas clasificaciones (DSM-IV y CIE-10), se explica superficialmente el trastorno y se menciona su equivalente entre taxonomías. En la tabla 3 pueden consultarse los paralelismos y divergencias entre los TP según ambos sistemas de clasificación.

Cluster A. A los pacientes con trastornos de este cluster se les ha denominado excéntricos o extraños. Comprende los siguientes tipos.

Paranoide (CIE y DSM): este tipo de pacientes presentan un patrón persistente de desconfianza y suspicacia que facilita la interpretación maliciosa de las intenciones de los demás.

Esquizoide (CIE y DSM): este trastorno se presenta con un patrón de desconexión del sujeto de las relaciones sociales y fundamentalmente interpersonales, con un serio déficit de su capacidad de expresión emocional.

Esquizotípico (DSM): los pacientes esquizotípicos tienen un patrón de comportamiento que viene marcado también por un malestar en las relaciones interpersonales, pero a su vez viene asociado a distorsiones cognitivas o perceptivas, con marcadas excentricidades en su comportamiento. En la CIE-10 este trastorno aparece fuera del grupo de TP y aparece en el apartado de las Esquizofrenias.

Tabla 3. Trastornos de personalidad en CIE-10 y DSM-IV-TR.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD			
CIE-10		DSM-IV-TR	
Cluster A			
F60.0	Paranoide	301.00	Paranoide
F60.1	Esquizoide	301.20	Esquizoide
F21	Esquizotípico (fuera de TP)	301.22	Esquizotípico
Cluster B			
F60.2	Disocial	301.70	Antisocial
		301.81	Narcisista
F60.3	Inestabilidad emocional	301.83	Límite
.30	Tipo Impulsivo		
.31	Tipo Límite		
F60.4	Histriónico	301.50	Histriónico
Cluster C			
F60.5	Anancástico	301.40	Obsesivo-Compulsivo
F60.6	Ansioso	301.82	Evitativo
F60.7	Dependiente	301.60	Dependiente
F60.9	No especificado	301.90	No especificado

Cluster B. A los pacientes con trastornos de este cluster se les denomina como dramáticos, emotivos y desorganizados. Comprende los siguientes tipos:

Antisocial (DSM) / Disocial (CIE): estos pacientes presentan, un patrón persistente de abuso, violación de los derechos y utilización del prójimo.

Narcisista (DSM): estos pacientes presentan un patrón de grandiosidad, de necesidad de admiración de los demás y de falta de empatía. En la CIE-10 esta recogido en el apartado de otros TP en el Anexo.

Límite (DSM y CIE) / Impulsivo (CIE): los pacientes límites presentan un patrón de comportamiento con marcada inestabilidad emocional, relaciones interpersonales complejas, mala autoimagen e impulsividad en sus reacciones emocionales y manifestaciones conductuales. En la CIE-10 este trastorno se divide en 2 subtipos (Impulsivo y Límite).

Histriónico (DSM y CIE): los pacientes con este trastorno presentan un patrón persistente de una excesiva tendencia a la teatralidad, comportamientos superficiales, intensas reacciones emocionales, deseo de ser el centro de atención y manipulación los demás.

Cluster C. Los trastornos incluidos en este cluster se les denomina ansiosos y temerosos, presentan un patrón de comportamiento ansioso con necesidad de control, principalmente en las relaciones sociales. Comprende los siguientes tipos:

Obsesivo-Compulsivo (DSM) / Anancástico (CIE): los pacientes con este trastorno presentan un patrón persistente de preocupación por el orden, con una gran tendencia al perfeccionismo y el control.

Evitativo (DSM) / Ansioso (CIE): estos pacientes presentan un patrón persistente de evitación social, con sentimientos subjetivos de incompetencia y excesiva hipersensibilidad a la evaluación negativa por parte del otro.

Dependiente (DSM y CIE): los pacientes con este trastorno presentan un patrón persistente de comportamiento sumiso, con tendencia a vinculaciones simbióticas, todo ello relacionado con una excesiva necesidad de protección y de ser cuidado.

TP No especificado: Este diagnóstico se reserva para los TP que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad. En el DSM-IV-TR incluyen en los anexos el TP depresivo y el TP Pasivo-Agresivo. En el caso de la CIE-10 se encuentran en el anexo el TP Narcisista y el TP Pasivo Agresivo.

Ante la eminente publicación del DSM-5 en el 2013 y la del CIE-11 en el 2015, se plantean varios dilemas en diferentes temáticas. Así se debate sobre:

a) si los criterios dimensionales deberían ser añadidos conjuntamente con los categoriales o por lo contrario estos últimos deberían ser remplazados del todo,

b) el desarrollo de diferentes tipos de versiones editadas con objetivos específicos (para atención primaria y de investigación por separado),

c) la inclusión de criterios basados en la experiencia clínica o aquellos basados en la evidencia empírica, criterios que son tomados en cuenta en el desarrollo de estas nuevas clasificaciones y que prometen cambios sustanciales, de forma y contenido (Sartorius, 2010).

1.4.3 La nueva propuesta hacia el DSM-5.

En vísperas del lanzamiento de la quinta edición del manual de trastornos mentales, diseñado por la APA, se está construyendo una significativa reformulación en la aproximación de la evaluación y diagnóstico de la psicopatología de la personalidad.

Los cambios afectan a la revisión de los criterios generales para el diagnóstico de TP, así como una nueva y diferente clasificación de los tipos específicos de TP enfocados en las dificultades nucleares. Además, se está diseñando una escala sobre el funcionamiento de la personalidad (individual e interpersonal) y los rasgos patológicos de la personalidad.

El nuevo modelo para la evaluación de la personalidad y los TP es un modelo híbrido. Recoge los aspectos dimensionales y categoriales dentro de la nueva propuesta clínica y de investigación, para el estudio de los TP. En este modelo, solo se consideran 6 tipos de TP específicos (antisocial, evitativo, borderline, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico). Además se propone la incorporación de nuevo un TP especificado por rasgos (TPER), el cual es definido por la valoración de la afectación significativa en el funcionamiento de la personalidad, medido a través de una escala de severidad, este nuevo TP bien podría sustituir al actual diagnóstico de TP no especificado, ganando en calidad descriptiva explicativa al ser registrados con detalle los rasgos patológicos asociados y el grado de severidad de la afectación en la personalidad.

Los niveles de funcionamiento de la personalidad (APA, 2011), estarán basados en la severidad de las alteraciones del funcionamiento individual e interpersonal. En específico, las problemáticas individuales serán reflejadas en dimensiones de identidad y auto-dirección. Por otro lado, las problemáticas interpersonales estarán divididas en dominios que midan la capacidad para intimar o empatizar. Además se han definido 5 amplios dominios o rasgos de la personalidad patológica, que serán evaluados acorde con cada TP, siendo éstos: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición vs. compulsividad y psicoticismo.

El DSM-5 pretende ofrecer la posibilidad de describir las características de personalidad de los pacientes, tengan o no tengan el trastorno, proporcionando al clínico una valoración global de la severidad del funcionamiento de la personalidad.

La aplicación y utilidad clínica que pretende dar este nuevo modelo, está basado en el uso flexible de escalas, que permitirá el diagnóstico de TP específico o basado en rasgos, así como la valoración del grado de severidad en la afectación del funcionamiento de la personalidad, sus rasgos y facetas.

Según la propuesta del DSM-5, en un futuro para realizar el diagnóstico de TP se deberán de seguir los siguientes pasos (APA, DSM-5 updated June 21, 2011):

1. ¿Hay una afectación en el funcionamiento de la personalidad (individual e interpersonal) presente?
2. En caso de que sí, valorar el nivel de afectación de la funcionalidad individual (identidad o auto-dirección) e interpersonal (empatía o intimidad) acorde con la escala de niveles de funcionamiento de la personalidad.
3. Identificar si es uno de los 6 tipos definidos.
4. Si es así, evaluar el tipo y la severidad de la afectación del TP correspondiente.
5. Si no es así, especificar si existe un TP especificado por rasgos (TPER).
6. Sí, se registra un TPER, identificar la lista de rasgos dominio que son aplicables, y registrar la severidad de la afectación.
7. Si un TP esta presente y se desea ofrecer un perfil detallado de la personalidad, evaluar las facetas de cada rasgo.
8. Si ningún TP específico ni un TPER está presente, evaluar los rasgos y facetas que sean relevantes y de ayuda para conceptualizar el caso.

1.4.4 La propuesta sobre la patología de personalidad en la CIE-11.

Alrededor de dos décadas han pasado desde la décima revisión de la CIE, y muchos avances se han realizado en el campo de los TP desde entonces. La nueva propuesta de la CIE (CIE-11), plantea varios cambios esenciales en el abordaje y clasificación de los TP. Uno de ellos podría ser la valoración en 5 niveles de severidad, incluyendo una nueva subclasificación de dificultades relacionadas con la personalidad o subumbral por debajo del actual diagnóstico categorial. También se plantea el reemplazamiento de las actuales categorías de TP por un número más reducido de 5 rasgos monotéticos (asocial, disocial, emocionalmente inestable, obsesivo, anancástico y ansioso/dependiente). Esta nueva propuesta podría involucrar un cambio sustancial en la utilidad clínica en el diagnóstico de TP, reduciendo el estigma y ayudando en el desarrollo y selección de tratamientos adecuados para este tipo de pacientes (Tyrer et al., 2011).

En la Tabla 4 se resumen la nueva propuesta, la cual es más sencilla que la propuesta en el DSM-5. Esta propuesta establece tres fases para la evaluación de la patología de personalidad. La primera etapa empieza por definir si hay alteraciones de la personalidad (asociado a un patrón de pobreza en el funcionamiento interpersonal), si hay una valoración positiva o incierta, se sigue adelante, en caso negativo se detiene la valoración. En la segunda etapa se registra el grado de severidad en la alteración de la personalidad desde simples dificultades hasta la manifestación más grave del TP en su modalidad severa. Por último en la tercera etapa se describen los principales aspectos de las alteraciones de la personalidad, en esta etapa se pueden escoger todas las que sean aplicables dentro de un conjunto de 5 amplios dominios: Asocial/Esquizoide (tendencia al aislamiento, indiferencia, introspección, expresión reducida del afecto, etc.), Disocial

(ausencia de reciprocidad a las necesidades de los demás, agresividad, irresponsabilidad y dureza, etc.), Ansioso/dependiente (ansiedad, falta de confianza, timidez, dependencia rechazo a la toma de decisiones, etc.), Emocionalmente inestable (labilidad emocional, afecto negativo inconsistente, impulsividad, auto-agresión, etc.) y el dominio Obsesional /Anancástico (sobre escrupulosidad, excesivo orden, perfeccionismo, e inflexibilidad).

Tabla 4. Propuesta del algoritmo para diagnosticar los TP en la CIE-11.
(Tyrer et al. 2011).

Etapa 1: Evaluación de la presencia de alteraciones de la personalidad.

Alteraciones de la personalidad presentes. Si Incierto No

Etapa 2: Ponderación de la severidad de las alteraciones de la personalidad.

Severidad de la alteración de la personalidad (seleccionar sólo una).

- Dificultades de personalidad
- Trastorno de personalidad
- Trastorno de personalidad complejo
- Trastorno de personalidad severo

Etapa 3: Dominios de las alteraciones de la personalidad.

Definir todos los que apliquen en la alteración

- Asocial/Esquizoide
 - Disocial
 - Ansioso dependiente
 - Emocionalmente inestable
 - Obsesivo/Anancástico
-

1.5 Metodologías de evaluación de la patología de la personalidad.

La personalidad es uno de los constructos psicológicos más difíciles de medir y regularmente la fiabilidad de algunas de sus medidas tienden a ser pobres (Cicchetti y Tyrer, 1988). La identificación de los rasgos patológicos de la personalidad es un campo ampliamente estudiado, en el cual se han diseñado una gran cantidad de sofisticados instrumentos (por ejemplo: entrevistas clínicas para TP; ver tabla 5) para su evaluación (Clark, 2007). Sin embargo muchos de los instrumentos actualmente utilizados para este propósito han demostrado bajos niveles de acuerdo, en el diagnóstico del mismo constructo y por eso este campo de estudio se mantiene en desarrollo (Egan, Nathan, y Lumley, 2003; Gárriz y Gutiérrez, 2009; Krueger et al. 2011; Mann et al. 1999; Nestdat et al., 2012; Zimmerman y Coryell, 1990).

Tabla 5. Instrumentos diagnósticos para evaluar la patología de personalidad.

Entrevista	Autores	Items / Min.	Generalidades
• <i>Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV)</i>	Zanarini et al., 1996	108 / 90	Formato Dx, puntaje 0-2
• <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)</i>	First et al., 1997	119 / <60	Formato Dx, puntaje 1-3
• <i>Personality Disorder Interview-IV (PDI-IV)</i>	Widiger et al., 1995	93 / 90-120	Formato TM, Dx, puntaje 1-3
• <i>Structured Interview for DSM Personality-IV (SIDP-IV)</i>	Pfohl et al., 1997	101 / 90	Formato TM, Dx, puntaje 0-3
• <i>International Personality Disorder Examination (IPDE)</i>	Loranger et al., 1994	67 / 90 99 / 120	Formato TM, puntaje 0-2, vers. CIE-10 y DSM-IV

Preguntas listadas (Dx) en formato criterios diagnósticos, (TM) en formato temático; Min. = Minutos de aplicación.

En la práctica clínica la valoración de la patología de la personalidad frecuentemente hace uso de auto-informes o cuestionarios de cribaje (Bayón, Hill, Svrakic, Przybeck, y Cloninger, 1996; Blasco-Fontecilla et al., 2009; Gárriz y Gutiérrez, 2009; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Snopek, Hublova, Porubanova, y Blatny, 2012), como única y exclusiva forma en la identificación de patología de personalidad. Estos cuestionarios y auto-informes ahorran tiempo valioso de consulta, pero la precisión de la evaluación en algunas ocasiones puede llegar a no ser del todo óptima (Lenzenweger, 2006; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Slade, Peters, Schneiden, y Andrews, 1998). Dependiendo de las características de la prueba utilizada, o del tipo de población en la cual se aplica, pueden surgir discrepancias entre los resultados auto-administrados y aquellos que son considerados pruebas de referencias. En la tabla 6 se registra la capacidad diagnóstica de diferentes pruebas de evaluación tipo autoinforme, en relación con diferentes pruebas diagnósticas consideradas *gold standard*.

Sin embargo estos resultados, pueden verse alterados significativamente cuando el efecto de la comorbilidad se hace presente (Huprich, Bornstein, y Schmitt, 2011; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006), ya que ella, altera en gran parte, la percepción de los pacientes, respecto a la descripción de las características de su personalidad, y se confunden las manifestaciones clínicas de diversos trastornos mentales (Huprich et al., 2011). Por esta razón, los resultados de valoración de la patología de la personalidad pueden variar ampliamente dependiendo de la utilización de instrumentos de auto-informe o valoración clínica por medio de entrevista estructuradas.

Tabla 6. Capacidad diagnóstica en diferentes instrumentos de cribaje para TP.

(Extraído y adaptado de Gárriz y Fernández, 2009).

Instrumento de cribaje	Estándar Diagnóstico	% TP	Kappa Media	% de acierto	SEN	ESP
PDQ	SIDP, PD, SCID-II	13.4-79.0	0.42	0.77	0.84	0.76
TCI	SCID-II, SIDP-IV	29.7-84.0	0.36	0.77	0.58	0.80
SAP	SCID-II, IPDE	28.8-64.9	0.34	0.68	0.63	0.74
SCID-S	SCID-II, IPDE	23.8-53.6	0.45	0.78	0.90	0.53
IIP-PD	SDIP-R-IV	15.5 - 84	0.28	0.70	0.72	0.72
MCMI	SIDP, PDE, SCID-II, IPDE	7.2-77.3	0.26	0.68	0.96	0.48
SCL-90-R	SCID-II	52.6	0.70	0.85	0.72	0.98
MMPI-PD	SIDP	41.0	0.43	0.71	0.78	0.67
IOWA	SIDP-IV, SIDP-R	44.0-84.0	0.41	0.66	0.76	0.71

Lista de instrumentos y autores originales del instrumento: PDQ = Personality Disorder Questionnaire (Hyler, 1994); TCI = Temperament Character Inventory (Cloninger et al., 1994); SAP = Standardised Assessment of Personality (Mann et al., 1981); SCID-S = Screen de la SCID-II (First et al., 1997); IIP-PD = Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorder scales (Pilkonis et al., 1996); MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon et al., 1987); SCL-90-R = Symptom Checklist (Derogatis, 1994); MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory: personality disorder scales (Morey et al., 1985); IOWA = Iowa Personality Disorder Screen (Langbehn et al., 1999).; SEN = Sensibilidad; ESP = Especificidad.

Un claro ejemplo de este tipo de problemática la plantean Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006), quienes comparan diferentes proporciones de TP identificadas en diferentes trastornos psiquiátricos, principalmente en el campo de las adicciones y los TCA, encontrándose que las personas con alcoholismo presentaban tasas de TP del 22-

78% si eran evaluadas con entrevistas semi-estructuradas y del 54 al 97% si eran evaluadas con instrumentos de auto-informe.

En juego patológico, las proporciones de TP fueron de 25-32% con entrevistas y del 40-93% con auto-informes, y en TCA del 33-84% con entrevistas y del 49-93% con autoinformes. Es de relevancia señalar, que en la mayoría de los estudios se encontró una mayor tasa global de afectación de la personalidad cuando ésta era medida con auto-informes, y que en la mayoría de los estudios realizados este tipo de instrumentos eran utilizados como única fuente de medida para la patología de personalidad. Por la evidencia reflejada en esta revisión, estos instrumentos podrían ser susceptibles a dar por válidos una considerable proporción de falsos positivos. Son escasos los estudios que hacen un uso conjunto de instrumentos de auto-informe con entrevistas estructuradas o semi-estructuradas consideradas pruebas de referencia (gold-estándar), en la identificación de la patología de la personalidad.

Sin embargo, recientemente un estudio longitudinal (Samuel et al., 2011) indica que los puntajes dimensionales de los auto-informes y cuestionarios tienen significativamente un mayor rango de estabilidad (mean $r = .69$ vs. $.59$). En contraste con la estabilidad de los diagnósticos categoriales (mean $r = .38$ vs. $.37$). Estos resultados sugieren que la estabilidad del constructo de TP depende parcialmente del método de evaluación utilizado.

1.5.1 Evaluación Dimensional vs Categórica.

En los manuales estadísticos de trastornos mentales se utiliza regularmente una clasificación de categorías discretas que suponen la existencia de límites entre los diferentes trastornos, así como entre la clasificación de normalidad y anormalidad

(APA, 2002; WHO, 1996a; Krueger et al., 2011b). El enfoque categorial podría considerarse una simplificación, debido a que muchos de los síntomas y procesos psicológicos operan dentro de un espectro continuo (Esbec y Echeburúa, 2011). De tal forma, muchos de los síntomas que se presentan de forma leve, no cumplen los criterios necesarios para trastorno.

La clasificación de los TP de acuerdo con la CIE-10 y el DSM-IV se ha criticado por varias razones. Por ejemplo, aquellos que han tratado de validar la presencia de una diferenciación no arbitraria entre el funcionamiento de la personalidad normal y anormal, sugiriendo que tal distinción categorial no existe. O bien aquellos que han detectado que la comorbilidad entre trastornos del Eje I y Eje II, conduce a múltiples diagnósticos innecesarios (Barnow, Herpertz, Spitzer, Dudeck, Grabe, y Freyberger, 2006).

En los últimos años este debate se ha intensificado (Bernestein et al. 2007; Tyrer et al., 2007, 2011). Un claro ejemplo de esto puede visualizarse en la propuesta hacia el DSM-5, la cual se enfoca en el desarrollo de un esquema hacia un modelo mixto, sintetizando lo categorial y dimensional, proporcionando un nuevo modelo de clasificación que pretenderá aportar mayor utilidad en la planeación de mejores estrategias clínicas, ya sean, psicoterapéuticas o farmacológicas, basadas no únicamente en la existencia o no del trastorno en sí, sino en el grado dimensional de su existencia y severidad asociada. En relación a la evaluación de la patología de la personalidad en la adolescencia, se ha observado que los diagnósticos categoriales proveen menor información relevante respecto a la estabilidad temporal que los puntajes dimensionales basados en rasgos, siendo éstos últimos más consistentes a lo largo del tiempo (De Clercq y De Fruyt, 2007; Jucksch, Salbach-Andrae, y Lehmkuhl, 2009).

1.6 Patología de la personalidad en la infancia y adolescencia.

La patología de personalidad y en específico los TP en adultos a menudo implican una gran sobrecarga de costes sociales, problemas substanciales en el funcionamiento psicosocial y baja calidad de vida (Gibbie, Hiddes, Cotton, Lubman, Aitken y Hellard, 2011; Yang, Coid y Tyrer, 2010). Sin embargo no hay razón para pensar que estas facetas no estén afectadas de forma similar cuando los TP surgen en la adolescencia (Feenstra, Busschbach, Verheul, y Hutchbaut, 2011). De hecho, algunos estudios han encontrado que el desarrollo de un TP en la adolescencia o tener un ambiente familiar precario, más que el tener un trastorno psiquiátrico del Eje I en la adolescencia, es un factor hacia un peor funcionamiento global en la juventud (Chen, Cohen, Kasen, y Johnson, 2006; Chen, Cohen, Kasen, Johnson, Berenson y Gordon, 2006; Rey, Singh, Morris-Yates, y Andrews, 1997). En la Figura 6 se puede observar la proporción encontrada en un estudio (Rey et al., 1997) en relación al nivel de funcionamiento global en una muestra de jóvenes con trastornos psiquiátricos, en la que se identificó un patrón de funcionamiento pobre asociado a la condición patológica de la personalidad.

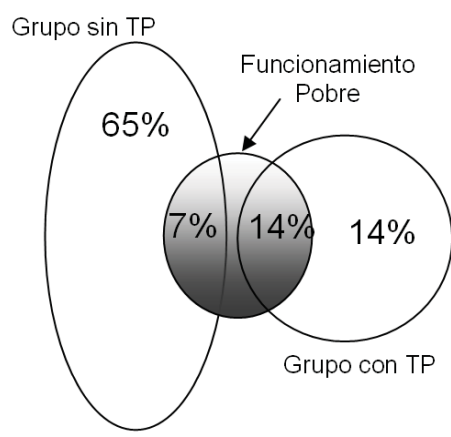


Fig 6. Funcionalidad en adolescentes psiquiátricos con y sin trastorno de personalidad.

El DSM-IV-TR (APA, 2002, p.768) sugiere que el diagnóstico de TP puede ser aplicado en niños y adolescentes, pero el clínico debe ser cauteloso en diagnosticarlo en estos grupos. El diagnóstico del TP en la infancia y la adolescencia, aún es un tema controvertido y algunos clínicos son reticentes a usar este término en esta etapa evolutiva, debido al componente de estabilidad global de la patología y al potencial efecto negativo del estigma asociado, en la etiquetación prematura del TP (Freeman y Reinecke, 2007; Tyrer et al., 2011). Bornovalova, et al. (2009) sugiere que esta idea puede estar parcialmente influida por conceptos teóricos descritos en el DSM-III-R (APA, 1987), en el cual para realizar un diagnóstico de TP se sugería como requisito que el individuo alcanzara la adultez. Actualmente, en la cuarta versión revisada del DSM (APA, 2002, p.770), se sugiere dentro de los criterios de diagnósticos para TP, específicamente en el criterio D, la existencia de un patrón estable y de larga duración, cuyo inicio se remonta al menos desde la adolescencia o la temprana edad adulta, siendo la única excepción para el diagnóstico, estar por debajo de los 18 años edad para el TP antisocial. En la nueva propuesta hacia el DSM-5 (APA, DSM-5 updated June 21, 2011) el criterio de punto de inicio relativo a la edad, no es contemplado tan estrictamente como en versiones anteriores, e incluso se sugiere en relación al factor de temporalidad que las dificultades asociadas con el funcionamiento de la personalidad y su expresión, deberán ser relativamente estables a lo largo del tiempo y consistentes a través de las situaciones.

La presunción tradicional del concepto de estabilidad en los TP descrita en los manuales diagnósticos ha sido recientemente cuestionada por diferentes estudios longitudinales (Livesley, 2005; De Clercq, Van Leeuwen, Van den Noortgate, De Bolle y De Fruyt, 2009), demostrándose que una parte significativa de las características de

TP declinan a lo largo del tiempo (Clark, 2009; Lenzenweger et al., 2004; Widiger, 2005), sugiriéndose un gran potencial de plasticidad entre los TP, aspecto que anteriormente no era concebido.

Cada vez más, se engrandece el cúmulo de evidencia empírica que apoya la idea de que la patología de la personalidad es una forma significativa de psicopatología en la adolescencia (Chanen, y McCutcheon, 2008), e incluso sus orígenes pueden ser trazados desde la infancia (Kasen et al. 2007). Su falta de reconocimiento puede estar asociada, principalmente, a la moderada estabilidad en los rasgos, y/o a la falta de evaluación exhaustiva de estas características. (Chanen, y McCutcheon, 2008; Freeman y Reinecke, 2007).

La prevalencia de la patología de personalidad (ver tabla 7) en la adolescencia en ambientes comunitarios oscila entre el 3-31% (Bernstein et al., 1993, 1996; Lewinshon et al., 1997; Johnson et al., 1999; Crawford et al., 2008) y en población clínica entre el 24-64% (Feenstra, et al., 2011; Grilo et al, 1996; Salbach-Andrae et al., 2008; Westen, et al., 2003), en esta última condición hay que considerar el efecto de la comorbilidad inter e intra Eje como un factor importante y determinante que añade complejidad en las interacciones y el desarrollo de la evolución psicopatológica (Feenstra et al. 2011).

Tabla 7. Prevalencia de patología de personalidad en la adolescencia, en muestras comunitarias y clínicas.

Estudio	N	Tipo de muestra	Metodología evaluación.	Prevalencia
Bernstein et al. 1993	733	Adolescentes comunitarios	SCID-II-Q	Global: 31.2%
Bernstein et al. 1996	641	Comunitaria	PDQ SCID-II-Q	Cluster A: 6.6% Cluster B: 6.6%

Lewinsohn et al. 1997	299	Comunitaria adolescente	PDE	Cluster C: 12.8% Global : 3.3%
Johnson et al. 1999	614	Comunitaria adolescente	PDQ	Global : 14.4% Cluster A: 5.9% Cluster B: 7.1% Cluster C: 4.9%
Crawford et al. 2008	629	Adolescentes comunitarios	SCID-II	Global: 18.3% Eje I y II: 9.1% Eje II: 9.2%
Westen et al. 2003	296	Pacientes psiquiátricos	SWAP-200- A	Global 75.3% Cluster A: 36.8% Cluster B: 54.4% Cluster C: 41.2%
Grilo et al. 1996	138	Pacientes psiquiátricos ingresados	PDE	Global: 63.8% Hombre: 56.6% Mujer: 72.6%
Salbach-Andrae et al. 2008	110	Pacientes psiquiátricos ingresados	SCID-II	Global: 32.7%
Jucksch et al. 2009	283	Pacientes psiquiátricos	SCID-II	Inicial: 26.5% 1 año: 37.5% 2 año: 34.8%
Feenstra et al. 2011	257	Pacientes psiquiátricos refractarios	SCID-II	Global: 40.5% Cluster A: 0% Cluster B: 22.6% Cluster C: 12.5% Otro TP: 8.2%

La tasa de comorbilidad con trastornos el Eje I bastante alta (McGlashan, Grilo, Skodol, et al., 2000), especialmente en la adolescencia (Kasen et al., 2007). Por eso, es

de importancia el desarrollo de metodologías estandarizadas, enfocadas en la evaluación de los antecedentes o precursores de patología de personalidad en la infancia (De Clercq y De Fruyt, 2007), con el fin de desarrollar estrategias preventivas que ayuden a la identificación precoz de las manifestaciones psicopatológicas, que puedan ser aplicadas en el tratamiento individual o familiar, con el fin de aminorar el impacto negativo asociado.

Dentro del estudio de la patología de la personalidad y los TP en la adolescencia, nos hemos planteado los siguientes tópicos a desarrollar, y que configuran los distintos estudios ya anunciados en el resumen-introductorio de esta Tesis. Así, entorno a la presencia e identificación de TP en la adolescencia trataremos, a) el consumo sanitario generado por los TP, b) la asociación entre TP y dos trastornos clínicos relevantes en la adolescencia, el TCA y el TUS, y c) la relación entre la patología de la personalidad y las estrategias de afrontamiento.

1.6.1 Patología de la personalidad y consumo sanitario

Hay un cúmulo de evidencia empírica en relación al efecto negativo que tiene la patología de la personalidad en su contribución global al conjunto de la psicopatología individual, independientemente del estado del trastorno mental concurrente. Por eso, es necesario un manejo y planificación del tratamiento orientado a las problemáticas de la personalidad en sí mismas (Keown, Holloway y Kuipers, 2005). Varios estudios indican que a mayor existencia de patología de personalidad se presenta mayor patología global (Newton-Howes, Tyrer, Anagnostakis, Cooper, Bowden-Jones y Weaver, 2010; Tyrer y Johnson, 1996).

Adicionalmente, los TP parecen ser un importante factor asociado con el uso de camas en unidades psiquiátricas, y al coexistir con otros trastorno se impone un desgaste adicional significativo en los servicios de ingreso hospitalario (Keown et al. 2005). Hay múltiples estudios que analizan el impacto de los TP en el coste económico y social (Olesen , Gustavsson, Svensson, Wittchen, Jönsson, et al. 2012; Van Asselt, Dirksen, Arntz, y Severens, 2007) y del consumo sanitario (Bender et al. 2006; Comtois, Russo, Snowden, Srebnik, Ries, y Roy-Byrne, 2003;Olsson y Dahl, 2009), especialmente en el trastorno de personalidad límite (TLP) en el cual se han encontrado una gran cantidad de datos que avalan que este tipo de patología está asociada recurrentemente con el uso de diversos servicios psiquiátricos (Hörz, Zanarini, Frankenburg, Reich, y Fitzmaurice, 2010; Pascual, et al. 2008; Van Asselt, et al. 2007), desde múltiples ingresos en unidades de psiquiatría, como recurrente asistencia a las urgencias psiquiátricas y con el tiempo una acentuada utilización de los servicios de consulta externa ambulatoria. También, hay estudios comunitarios en jóvenes, que identifican que la existencia de patología de personalidad previa a la edad adulta, comórbida a otros trastornos elevan el uso de los servicios de salud mental (Kasen, Cohen, Skodol, First, Johnson, Brook y Oldham, 2007).

Sin embargo, pocos estudios han analizado el uso y costes de los servicios de salud mental entre los adolescentes con trastornos psiquiátricos (Beecham, Green, Jacobs, y Dunn, 2009; Delaney y Fogg, 2005; Martin y Leslie, 2003), y prácticamente pocos se ha enfocado en la influencia de los TP en esta temática.

1.6.2 Patología de la personalidad y trastornos del comportamiento alimentario.

Uno de los problemas más frecuentemente asociados a los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en ambientes clínicos, son los trastornos de personalidad (TP) (Cassin y von Ranson, 2005; Forcano, et al. 2009; Marañón, Echeburúa y Grijalvo, 2007, Sansone, R. A., Levitt, J. L., y Sansone, L. A. 2005), que tienden a complicar la asistencia clínica e incrementar el uso de servicios en salud mental (Gustavsson et al., 2011; Van Hanswick de Jonge, Van Furth, Hubert, y Waller, 2003). Es ampliamente reconocido que la gente que sufre un TP, frecuentemente recibe poca asistencia en el tratamiento psiquiátrico y soporte social, incrementando el uso de asistencia y complicando significativamente la problemática disfuncional añadida a la comorbilidad con otros trastornos del Eje I (Lenzenweger, Lane, Loranger y Kessler, 2007).

Estudios realizados en adultos con TCA indican grandes inconsistencias en la identificación de la prevalencia comórbida de TP (entre un 0-58%) en muestras mixtas de anorexia y bulimia, éstas divergencias pueden deberse a diversas consideraciones metodológicas, al tipo de la muestra, a la forma de reclutamiento, a la conceptualización de la patología, a la utilización de diferentes tipos de medidas, etc. (Cassin y von Ranson. 2005). Sin embargo, se han encontrado resultados consistentes que demuestran que los distintos tipos de TCA parecen relacionarse con distintos TP. Así las anoréxicas restrictivas se asociarían al Cluster C, las purgativas a los Cluster B y C y en las bulímicas el Cluster B (Gartner, Marcus, Halmi, y Loranger, 1989; Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple y Cohen, 1991). Siendo más específicos por tipo de TP, el patrón restrictivo y diagnóstico de anorexia es frecuentemente asociado con el TP obsesivo-compulsivo, ansioso/evitativo ó dependiente, y en contraste el subtipo

purgativo o diagnóstico de bulimia con los TP borderline e histriónico (Cassin y von Ranson, 2005; Livesley, Jang, y Thordarson, 2005; Sansone et al., 2005; Sansone y Sansone 2011).

Aunque es extensa la cantidad de estudios desarrollados en personalidad y TCA, así como también los que directamente relacionan la patología de personalidad o el diagnóstico de TP con alteraciones alimentarias, son muy pocos los estudios que analizan éste último constructo en pacientes adolescentes. La poca literatura científica realizada en grupos de adolescentes con TCA, revela que hay un elevado riesgo en el desarrollo de un amplio espectro de alteraciones físicas y mentales asociadas a la existencia comórbida de estas patologías en edades precoces (Johnson, Kasen, Cohen, y Brook, 2002). Wentz Nilsson, Gillberg, Gillberg, y Rastam (1999) realizaron un estudio longitudinal en pacientes con anorexia, comparados con controles sanos, y encontraron que los pacientes con este tipo de alteración alimentaria, presentaban más diagnósticos del cluster C. Recientemente, se han realizado un serie de estudios, cuyos objetivos eran identificar la prevalencia de TP en pacientes psiquiátricos con TCA. En el estudio de Bottin, Salbach-Andrae, Schneider, Pfeiffer, Lenz, y Lehmkuhl, (2010) realizado con pacientes con anorexia y bulimia se encontró que alrededor de un 30.3% cumplirían al menos un diagnóstico de TP identificados con la SCID-II, mientras que en el estudio de Gaudio y Di Ciommo (2011) realizado únicamente con pacientes adolescentes con anorexia comparados con controles sanos, se encontró una prevalencia global del 24.8% frente a un 4.2% del grupo control, encontrando asociaciones específicas entre la AN purgativa y el TP borderline y la AN restrictiva y el TP obsesivo-compulsivo. Se encontró también que aquellos pacientes con AN y un TP

comórbido, tenían un mayor número de ingresos hospitalarios en comparación con aquellos sin TP.

1.6.3 Patología de la personalidad y conductas adictivas.

Los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) implican conductas multidimensionales que necesitan una detallada evaluación en diferentes dimensiones de los problemas relacionados con el uso de sustancias, más allá de la medición de cantidad o frecuencia de uso (Kaminer, 2008). Al coexistir otro tipo de trastornos psiquiátricos con esta condición se le denomina clínicamente como “patología dual”, y en muchas de las ocasiones complica la intervención terapéutica en su conjunto (Pérez de los Cobos, et al. 2009).

Los TUS en adolescentes están asociados frecuentemente con problemas psiquiátricos (Couwenbergh, et al. 2006), académicos y sociales, que pueden afectar negativamente los resultados del tratamiento (Garner, Godley, y Funk, 2008; Kaminer y Burlison, 2008; Pettinati, Pierce, Belden y Meyers, 1999). La comorbilidad con trastornos de conducta disruptiva, tales como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta disocial, son muy frecuentes (Martel, et al. 2009). En adultos, los TUS son frecuentemente comórbidos con rasgos de personalidad antisocial, empeorando el pronóstico y la adherencia al tratamiento (Myers, Stewart y Brown, 1998).

En la práctica clínica, varios estudios han identificado rasgos de personalidad, tales como la desinhibición y la emocionalidad negativa como factores importantes en la etiología de los TUS (Iacono, Malone, y McGue, 2008; Baker, Piper, McCarthy, Majeskie y Fiore, 2004). Múltiples tipologías y subtipos basados en características de

personalidad se han propuesto en el campo de los TUS, sin embargo pocos contemplan propuestas en la etapa de la adolescencia (Mezzich, Tarter, Kirisci, Clark, Buckstein y Martin, 1993; Sher, Barthoow y Wood, 2000).

Así también, cada vez es más reconocido a raíz de un creciente número de evidencia científica, que las adicciones comportamentales (no relacionadas con sustancias) se parecen mucho a las adicciones por sustancias en varios de sus dominios (fenomenología, comorbilidad, mecanismos neurobiológicos y en la respuesta al tratamiento) (Grant, Potenza, Wienstein y Gorelick, 2010). Sin embargo, nuestro conocimiento acerca de las posibles características de personalidad subyacentes en estos trastornos es limitado y aún más su estudio en la adolescencia.

1.7 Personalidad y afrontamiento.

La adolescencia, es considerada como una de las etapas del desarrollo caracterizada por cambios continuos, que pueden ocasionar estrés. Estas exigencias psicosociales pueden influir en el auto-concepto, las relaciones interpersonales y desarrollar varios problemas psicológicos (Frydenberg y Lewis, 1991). Las estrategias de afrontamiento, pueden llegar a tener un papel decisivo en la elección de soluciones eficaces o ineficaces para resolver bien sea el estrés asociado a la vivencia de situaciones conflictivas, o los propios estresores vitales (Lazarus y Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento, se enfocan en el cómo actuamos y enfrentamos los problemas ante determinadas situaciones. Las estrategias de afrontamiento han sido conceptualizadas como “estilos” o como “conductas” de solución del estrés o de los conflictos en sí mismos. Se entiende por estilo de afrontamiento a las variables disposicionales que influyen sobre la elección de las estrategias de afrontamiento. En

cambio las estrategias de afrontamiento son acciones concretas y específicas ante ciertas situaciones, con un enfoque más behaviorista que disposicional.

La influencia de la personalidad sobre el afrontamiento puede ser contemplada desde al menos tres puntos de vista (Zanini y Forns, 2005):

- El individuo es poseedor de estilos o estrategias de afrontamiento moderadamente estables, al afrontar situaciones estresantes. (Carver et al. 1989)
- Los estilos de afrontamiento derivan en dimensiones más tradicionales de personalidad (McCrae, 1982), siendo ciertas características psicológicas predisponentes al afrontamiento de adversidades en una forma determinada.
- La expresión de los rasgos de personalidad y su interacción con condiciones ambientales, son influenciadas y mediadas por la apreciación del problema y por consiguiente por los procesos de afrontamiento (Costa et al., 1996).

La relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes presentan algunas diferencias vinculadas al género: las mujeres poseen un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento principalmente aquellas asociadas con el estilo relacionado con los demás (González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002), pero poseen una menor habilidad para afrontar los problemas de forma directa en comparación con los varones, que tienden a utilizar más estrategias relacionadas con actividades recreativas (Frydenberg y Lewis, 1993). Con el aumento de edad, el repertorio de estrategias utilizadas aumenta en ambos sexos, manifestando los varones adolescentes una mayor aceptación de sí mismos, en comparación con las mujeres (Seiffge-Krenke, 1993), que centrarían su bienestar en el control de situaciones y vínculos psicosociales (González et al., 2002). No obstante, recientemente Forns, Kirchner, Abad, y Amador (in press) han argumentado que en adolescentes, las diferencias halladas en relación al distinto uso de

estrategias según el género se vinculan al hecho de que ambos géneros refieren problemas diferentes. Cuando se controla minuciosamente el estresor, las diferencias de género en el uso del afrontamiento en parte se desvanecen.

En muestras clínicas, el uso de estrategias de afrontamiento es predominantemente de evitación y aislamiento (Seiffge-Krenke, 2000). Otra de las estrategias íntimamente relacionada con el malestar psicológico y que actúa de forma paradójica, es la de descarga emocional que por definición debería de reducir la tensión causada por un evento estresante, sin embargo esta asociada a un aumento del malestar apreciado por el individuo (Aldwin y Reverson, 1987). En adolescentes esta estrategia juega un papel destacado en la explicación de conductas psicopatológicas (Zanini y Forns, 2005).

El padecer un trastorno psicológico conduce a un uso acentuado de las estrategias de evitación, pudiendo conllevar a una limitación de los recursos de afrontamiento causado por el trastorno en sí, o a un fallo en la apreciación de problema, llevando a poner en juego una serie de estrategias ineficaces (Zanini y Forns, 2005), tanto para resolver el problema, como el estrés a él asociado. También el afrontamiento evitativo repercute en la menor adhesión y respuesta al tratamiento terapéutico.

En contraparte, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, son apreciadas como más adaptativas y relacionadas con buena salud mental y bienestar subjetivo, correlacionando negativamente con enfermedades psíquicas (Billings y Moos, 1984; Holahan, Moos y Schaefer, 1996). Estos datos en población comunitaria catalana se confirman solo para el grupo de chicas (Zanini, Forns y Kirchner, 2003).

La influencia de las estrategias de afrontamiento en conductas psicopatológicas específicas, tales como, en el área del consumo de sustancias adictivas, ha sido estudiada por muchos investigadores (Conrod, Castellanos-Ryan, y Strang, 2010;

Hasking, 2006). Wills y Hirky (1996) proponen un modelo explicativo centrado en el afrontamiento del estrés, en el cual el consumo de drogas representa una estrategia de evitación, centrada en tres motivaciones: regular los estados emocionales desagradables, olvidarse de problemas y buscar soluciones mágicas. En cambio, una alta auto-culpabilización, y altos puntajes en el estilo de afrontamiento improductivo, se asocia con la predisposición a los TCA, caracterizado por la utilización de intensas reacciones de emocionalidad negativa (llorar, gritar o tomar drogas) y al evitar o hacer frente a los problemas (García-Grau, Fusté, Miró, Saldaña y Bados, 2002, 2004)

Aldwin y Reverson (1987) han postulado tres modelos de influencia del afrontamiento sobre la salud mental:

- a) Modelo aditivo: la psicopatología como resultante de la personalidad y los procesos de afrontamiento independientes entre sí.
- b) Modelo moderador: la psicopatología se da por la influencia de la personalidad de base, mientras que el afrontamiento modera la dirección e intensidad.
- c) Modelo mediacional: la influencia de la personalidad en la psicopatología es indirecta y mediada por los procesos de afrontamiento.

Se ha destacado el papel debilitador que tiene la psicopatología sobre los recursos y habilidades de afrontamiento (Seiffge-Krenke, 2000). De tal forma que conforman un círculo vicioso, por el cual al utilizar estrategias de afrontamiento no adaptativas se complica la salud mental y se debilita la adhesión al tratamiento (Hohalan et al., 1996) e inversamente, la existencia de psicopatología merma los recursos de afrontamiento y aumenta la probabilidad del uso inadecuado de estrategias de afrontamiento ineficaces

(Aldwin y Revenson, 1987). Estudios de Zanini y Forns (2005) indican que este círculo vicioso se conformaría esencialmente en torno a la estrategia de descarga emocional.

Sin embargo, también las estrategias de afrontamiento se pueden apreciar desde una perspectiva como factor protector y herramienta de adaptabilidad, esto es observado en adolescentes sin conflictos, los cuales emplean esencialmente estrategias orientadas a la resolución de problemas. La aplicación de este tipo de estrategias puede llegar a reducir tipos específicos de sintomatología clínica, en el caso de los chicos los problemas de atención y en las chicas puede ser un estrategia protectora generalizada excepto para los problemas de aislamiento, quejas somáticas y de pensamiento. Siendo necesario, el fomento del aprendizaje de estrategias de afrontamiento adecuadas para resolver situaciones potenciales de estrés desde la adolescencia (Zanini y Forns, 2005).

Toda esta evidencia anteriormente descrita, hace de relevancia el desarrollo de estudios sobre las estrategias de afrontamiento en adolescentes con alteraciones de la personalidad, con la finalidad de conocer los procesos y mecanismos subyacentes que influyen en la toma de elección de estrategias o estilos de afrontamiento específicos.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo global de este trabajo consiste en proporcionar un mayor conocimiento acerca de la patología de la personalidad en la adolescencia, su forma de evaluarla e identificarla, así como visualizar el impacto de su influencia en el desarrollo de conductas psicopatológicas tales como el consumo de drogas o alteraciones de la conducta alimentaria y la utilización de los servicios de salud mental.

En la mayoría de los estudios que presentamos se ha abordado de forma comprehensiva la evaluación de la patología de la personalidad en la adolescencia, debido a que la información y la literatura científica relacionada con esta temática es limitada. También se pretenderá comparar algunos resultados entre población clínica y controles sanos.

Los objetivos específicos fueron así como las hipótesis planteadas para cada uno de los estudios llevados a cabo se expresan a continuación:

Estudio I.

“The influence of Personality Disorders in the Use of mental Health Services in Adolescents with psychiatric disorders”

Objetivo: Explorar la influencia de la patología de la personalidad en adolescentes con trastornos clínicos del Eje I sobre el uso de servicios de salud mental, analizando el riesgo de tener un TP comórbido a partir de la frecuencia de uso de servicios psiquiátricos.

Hipótesis: Los pacientes psiquiátricos con afectación de un TP consumen más servicios de salud mental. El sobre-uso continuado de servicios psiquiátricos puede ser considerado un potencial indicador de existencia de TP.

Estudio II.

“Neither too much, nor too little: the dilemma of identifying personality disorders in adolescent patients with self-reports”

Objetivos: Comparar métodos de identificación de trastornos de la personalidad en adolescentes con trastornos psiquiátricos. En concreto se contemplarán las tasas globales de identificación de los TP, utilizando varios métodos de evaluación.

Hipótesis: La valoración de patología de personalidad en adolescentes clínicos, con distintas metodologías de evaluación (auto-informe tipo *screening* corto, auto-informe tipo inventario largo, y entrevista clínica semi-estructurada), arrojaran tasas similares de identificación global de patología de personalidad.

Estudio III.

“Usefulness of the International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire for Borderline and Impulsive Personality pathology in adolescents”

Objetivos: Profundizar en el análisis de la utilidad del instrumento de tamizaje del *International Personality Disorder Examination*, en la identificación de patología de personalidad de tipo Impulsivo – Límite en adolescentes. En concreto se pretende analizar la adecuación del punto de corte propuesto por IPDE *screening questionnaire* en una muestra clínica de adolescentes con patología psiquiátrica.

Hipótesis: El punto de corte original propuesto para el *International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire*, no tiene un rendimiento óptimo en población adolescente con trastornos psiquiátricos, para la identificación de los TP Impulsivo y Límite. El sub-diagnóstico de TP probable, juega un papel importante en la descripción de la naturaleza de la patología de la personalidad de estos trastornos.

Estudio IV.

“Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders”

Objetivos: Explorar y comparar desde perspectivas categóricas, dimensionales y de severidad, la patología de personalidad en adolescentes mujeres con trastornos del comportamiento alimentario (TCA). En concreto, se pretende analizar la prevalencia de patología de personalidad en una muestra clínica de pacientes con TCA desde una perspectiva diagnóstica (Anorexia, Bulimia y TCA no especificado) y por subtipos (Restrictivo y Purgativo).

Hipótesis: La prevalencia de TP en adolescentes con TCA, es claramente diferenciada por un patrón mixto de TP del cluster B y C. En pacientes con anorexia de tipo restrictivo se identifican más TP del cluster C y en pacientes con Bulimia o del tipo purgativo más TP del cluster B.

Estudio V.

“Subtypes of adolescents with substance use disorders and psychiatric comorbidity using cluster and discriminant analysis of MMPI-A profiles”

Objetivos: Replicar y ampliar resultados de estudios previos, en un estudio piloto sobre subtipos de personalidad de adolescentes con trastorno por uso de sustancias (TUS). En concreto, se pretende proponer subtipos de perfiles de personalidad diferenciados en sujetos con TUS, y vincularlos a patrones diferenciales con las escalas MAC-R, ACK y PRO del MMPI-A, la severidad de la adicción (T-ASI) y psicopatología (CBCL) asociada.

Hipótesis: Diferentes patrones de personalidad, son asociados a conductas diferenciadas en los pacientes con TUS. Las escalas MAC-R, ACK y PRO del MMPI-A, son de gran ayuda en la planificación de estrategias de tratamiento.

Estudio VI.

“Dimensional model of the Personality psychopathology Five (PSY-5) and facets in adolescents with substance use and disorders and healthy controls”

Objetivos: Analizar las diferencias y asociaciones entre perfiles dimensionales de la psicopatología de la personalidad (PSY-5) en adolescentes con trastorno por uso de sustancias y controles sanos, comparando edades de inicio de consumo, nivel de consumo y psicopatología asociada.

Hipótesis: Una edad de inicio precoz en el consumo de drogas, mayor cantidad de consumo y sintomatología clínica, están asociados a una mayor psicopatología de la personalidad medida desde el modelo dimensional PSY-5.

Estudio VII.

“Personalidad, psicopatología y estilos de afrontamiento: un estudio-control en adolescentes con trastorno del comportamiento alimentario”

Objetivos: Describir y comparar diferencias entre los estilos de afrontamiento, personalidad, actitudes alimentarias y consumo de drogas en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) apareados a un grupo control comunitario.

Hipótesis: El estilo de afrontamiento improductivo, y mayor patología de personalidad identificada por la ausencia de auto-dirección y capacidad de cooperación, están asociados con actitudes alimentarias patológicas, consumo precoz de drogas y mayor sintomatología clínica en pacientes con TCA y controles sanos.

3. METODOLOGÍA.

3.1 Participantes.

Esta tesis basa sus estudios en tres grupos de población adolescente diferenciados. Los estudios I, II, III, tienen como participantes un grupo de pacientes psiquiátricos. El estudio IV analiza un subgrupo derivado del anterior, el cual se centra en aquellos pacientes de sexo mujer afectados con un diagnóstico de TCA. El V estudio se basa en un grupo de pacientes psiquiátricos afectados con un diagnóstico de TUS. Finalmente, los estudios VI y VII, están constituidos por muestras mixtas de adolescentes con TUS comparados con controles sanos y mujeres con TCA comparados con controles sanos.

Un resumen de los grupos de pacientes y sujetos participantes sanos incluidos en los estudios se describe en la Tabla 8.

Tabla 8. Sujetos y descriptivos de las muestras de estudio.

Estudio	N	H/M	Edad M (d.t.)	Muestra
I	109	23/86	15.8 (0.8)	Pacientes psiquiátricos adolescentes
II	120	16/104	15.9 (0.9)	Pacientes psiquiátricos adolescentes
III	125	21/104	15.9 (0.9)	Pacientes psiquiátricos adolescentes
IV	100	0/100	15.8 (0.9)	Pacientes psiquiátricos adolescentes, con trastorno del comportamiento alimentario
V	60	24/36	15.9 (1.2)	Pacientes psiquiátricos adolescentes, con un trastorno por uso de sustancias
VI	77	42/35	16.4 (0.9)	Pacientes psiquiátricos adolescentes, con un trastorno por uso de sustancias
	74	39/35	16.0 (0.9)	Controles sanos
VII	36	0/36	16.1 (0.9)	Pacientes psiquiátricos adolescentes, con trastorno del comportamiento alimentario
	36	0/36	16.1 (0.9)	Controles sanos

H = Hombre, M = Mujer

Grupo de pacientes adolescentes con un trastorno psiquiátrico (estudios I, II, III, y IV).

Este grupo estuvo conformado por pacientes admitidos y reclutados en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil (SPPIJ) del Hospital Clínic de Barcelona. Los criterios de inclusión / exclusión fueron los siguientes:

- *Criterios de inclusión:* edad de 15-18 años y ser atendidos por primera vez en el SPPIJ, aplicando la evaluación de personalidad dentro de los primeros tres meses de tratamiento.
- *Criterios de exclusión:* presencia de retraso mental o psicopatología en estado agudo como depresión o psicosis, debido a que estas situaciones podrían afectar la aplicación de la evaluación. Además de no llevar más de tres meses de tratamiento en el SPPIJ, debido a que el efecto del tratamiento podría alterar parcialmente los resultados derivados de la evaluación.

Partiendo de estos requisitos, en el primer estudio (I) se añadió un criterio de inclusión extra, el cual fue, tener más de tres años de registros clínicos para la evaluación del patrón de consumo sanitario. La muestra se conformó de un total de 164 pacientes que cumplieron los anteriores criterios, de los cuales 39 declinaron participar. El consentimiento informado de los padres o tutores fue obtenido de los 125 participantes restantes antes de entrar al estudio. Trece pacientes fueron subsecuentemente excluidos debido a que no completaron el protocolo de evaluación, y después otros tres pacientes fueron excluidos del análisis debido a que representaban outliers extremos (puntajes más de tres veces el rango intercuartil del resto de la muestra, identificado con la función explorar del SPSS), al no ser representativos estos casos de la muestra en su conjunto. Al final 109 casos fueron contemplados. El total de

hombres y mujeres, así como la edad media de los participantes, para este estudio I, se expresa en la tabla 8.

En el segundo estudio (II) se contemplaron un total de 184 participantes que cumplían los criterios de inclusión/exclusión (descritos inicialmente), de los cuales 39 rechazaron participar. De los 145 restantes que fueron evaluados consecutivamente con el protocolo de personalidad, veinticinco no completaron la evaluación. En este estudio se presentan los resultados de los 120 sujetos que completaron dos medidas de autoinforme (cuestionario dimensional e instrumentos de cribaje), y una entrevista clínica para TP. El total de hombres y mujeres, así como la edad media de los participantes, para este estudio II, se expresa en la tabla 8.

En el tercer estudio (III) también se contemplaron los 184 pacientes anteriormente descritos. Treinta y nueve rehusaron participar, 20 no completaron los instrumentos de cribaje y la entrevista de personalidad. Finalmente 125 adolescentes entraron en el cómputo para este estudio, las características de los participantes se expresan en la tabla 8.

El cuarto estudio (IV), también fue reclutado siguiendo los criterios de inclusión/exclusión descritos inicialmente, añadiendo un criterio de inclusión extra, el cual requería que los participantes de este estudio fuesen únicamente mujeres con algún trastorno del comportamiento alimentario diagnosticado. Este grupo estuvo conformado por 100 participantes. Las características de los participantes se expresan en la tabla 8.

El diagnóstico de los trastornos psiquiátricos del Eje I, para cada uno de los participantes que constituyeron el grupo de pacientes psiquiátricos, se estableció usando una entrevista habitual del SPPIJ, acorde con criterios DSM-IV y CIE-10.

Grupo de pacientes psiquiátricos con Trastorno por Uso de Sustancias (Estudio V).

Los siguientes criterios fueron considerados para la participación en el estudio V, el cual se refiere a pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).

- *Criterios de inclusión:* edad de 13-18 años, cumplir con criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2002) para un TUS (abuso y/o dependencia) y el consentimiento informado autorizado por cada uno de los participantes, padres y/o tutores legales.
- *Criterios de exclusión:* presencia de retraso mental o de alteraciones agudas psicopatológicas (estado psicótico florido o depresión severa), debido a que estas situaciones podrían afectar la aplicación de la evaluación.

De un total de 91 sujetos con Trastorno por uso de sustancias (TUS) admitidos para tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas para Adolescentes (UNICA-A) del SPPIJ del Hospital Clínic de Barcelona, 84 completaron los criterios de inclusión. Siete de ellos rechazaron seguir con una parte significativa del protocolo de evaluación y 11 fueron referidos a un tratamiento residencial más intensivo antes de acabar la evaluación. Posteriormente, seis sujetos fueron excluidos de los análisis estadísticos, debido a que tenían perfiles MMPI-A inválidos. Consecuentemente, 60 pacientes fueron incluidos en el análisis final (40% hombres, edad media de 15.9 años, D.T. = 1.20 y rango de edad de 13-18 años).

Sujetos de grupos mixtos (Estudios VI y VII).

El sexto estudio (VI) está basado en una muestra mixta constituida por pacientes con un TUS y controles sanos. El conjunto de la muestra tiene 151 adolescentes de entre 15-18 años. El grupo TUS está constituido por 77 pacientes que cumplen criterios DSM-IV-

TR para un TUS consecutivamente admitidos en el servicio de psiquiatría y psicología infantil y juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Por otro lado, el grupo de controles sanos: constituido inicialmente por 160 adolescentes reclutado voluntariamente de 5 centros educativos diferentes de la zona metropolitana de Barcelona, por medio de un muestreo aleatorio estratificado. De estos participantes se contempló aparear por sexo con la muestra TUS y por tanto fueron considerados 74 participantes del grupo control. Los datos relativos a las características de los grupos están indicados en la tabla 8.

El séptimo estudio (VII) está también constituido por un grupo mixto. Un subgrupo de mujeres con afectación clínica y otro subgrupo de participantes mujeres que constituyen el grupo control (sin diagnóstico psiquiátrico conocido). La patología de estudio en el subgrupo clínico fueron los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Treinta y seis participantes del grupo TCA fueron extraídas de la muestra descrita en el estudio IV. El grupo control sano, fue extraído de los 160 participantes reclutados en centros educativos, de los cuales 36 participantes fueron seleccionados acorde con los siguientes criterios a) sexo mujer, b) apareadas por edad con las participantes del grupo TCA. Ambos grupos están constituidos por 36 participantes, de sexo mujer con un rango de edad de entre 15 a 18 años.

3.2 Instrumentos

En el conjunto de estudios se han empleado 14 instrumentos de evaluación. En la Tabla 9 se listan los instrumentos específicos y los estadísticos utilizados para cada uno de los siete estudios que se presentan.

The International Personality Disorder Examination (IPDE) de Loranger et al. (1994).

Es una entrevista clínica semi-estructurada para la medición de trastornos de la personalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado la versión oficial en Español (López-Ibor, Pérez, y Rubio, 1996), la cual está ajustada para uso internacional para la valoración de TP con criterios CIE-10 y DSM-IV. La entrevista está diseñada para evaluar las alteraciones de la personalidad desde una perspectiva temática (trabajo/estudios, individual, relaciones interpersonales, afectividad, prueba de realidad y control de impulsos), de tal forma que el entrevistado no percibe de forma agresiva el sondeo de las características de su personalidad. Ambos módulos del IPDE (CIE-10 y DSM-IV) son utilizados en los estudios I, II, III, IV. La versión CIE-10 consiste en 67 preguntas semi-estructuradas las cuales evalúan la presencia o ausencia de los 10 TP del CIE-10. La versión DSM-IV consiste de 99 preguntas semi-estructuradas, cubriendo los criterios de cada uno de los 11 TP del DSM-IV. El IPDE tiene buenas propiedades psicométricas en la evaluación de los TP, registrando una buena fiabilidad inter-evaluador (*Kappa* media = 0.73), así como una buena fiabilidad test-retest (*Kappa* media = 0.87) y estabilidad temporal en diferentes naciones, culturas y lenguajes (Loranger et al., 1994). En ambos módulos, los valores de *kappa* media para los diagnósticos IPDE cuando fueron definitivos o probables fueron 0.73 para criterios DSM-III-R y 0.77 para diagnósticos CIE-10 (Loranger, Janca, y Sartorius, 1997, p. 80).

Los rasgos de personalidad medidos por el IPDE comienzan en un *continuum* a partir de la normalidad y proveen información acerca de la ausencia o presencia del TP acorde con el número de criterios cumplidos para cada TP, teniendo tres posibles decisiones diagnósticas (positivo = 2, probable = 1 o negativo = 0). Las puntuaciones dimensionales también pueden ser obtenidas para cada uno de los TP realizando el

sumatorio de todos los puntajes positivos en cada TP. El manual del IPDE traducido al castellano por López-Ibor et al. (1996) sugiere que el instrumento no está diseñado especialmente para sujetos por debajo de los 18 años, pero comentan que con algunas ligeras modificaciones, se ha utilizado en adolescentes con edades de 15 años o superiores. El criterio utilizado para considerar un TP presente en población adolescente, fue que la conducta asociada a éste fuese persistente durante los últimos 3 años. No se recomienda la aplicación de este instrumento de evaluación a pacientes con alteraciones severas, tales como depresión o psicosis aguda, inteligencia por debajo de la norma, o sustanciales problemas cognitivos (López-Ibor et al. 1996; Loranger et al. 1997).

IPDE Screening Questionnaire (IPDE-SQ) Loranger et al. (1994).

Es un instrumento tipo autoinforme que sirve como tamizaje del IPDE, desarrollado para la detección o descarte del riesgo de TP para taxonomías CIE-10 y DSM-IV. Este instrumento ha sido utilizado en los estudios II y III. La versión CIE-10 cuenta con 59 ítems (Verdadero / Falso) e identifica las áreas de riesgo para 9 de los TP (Paranoide, Esquizoide, Disocial, Impulsivo, Borderline, Histriónico, Anancástico, Ansioso y Dependiente). La versión DSM-IV tiene 77 ítems (Verdadero / Falso), y evalúa el riesgo de presencia de 10 de los TP (Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Borderline, Histriónico, Narcisista, Ansioso, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo). Ambas versiones evalúan el número de criterios asociados con cada TP, enfatizando la existencia de éstos en los últimos cinco años. El manual en castellano establece que si tres o más ítems son identificados como positivos en cada TP, se debería realizar una revisión detallada del riesgo de TP en cada uno de los trastornos

identificados por el cribaje, utilizando la entrevista IPDE. Sin embargo, el criterio de aumentar o disminuir el punto de corte se deja a criterio del evaluador clínico el cual determinará la importancia que tiene para cada uno la existencia de falsos negativos o positivos (López-Ibor et al., 1996, p.73).

Registros clínicos

El uso de los registros clínicos computarizados de asistencia dentro del SSPIJ del Hospital Clínic fue empleado en el artículo I, con el fin de identificar el patrón de uso de servicios de salud mental. Tras 3 años desde la primera evaluación de personalidad se analizaron cada uno de los registros clínicos de cada uno de los participantes y se tomaron en cuenta las siguientes variables de estudio: número de ingresos psiquiátricos, total de días ingresado, días por ingreso, número de ingresos en hospital de día, número total de días en hospital de día, visitas a urgencias de psiquiatría y número de sesiones en régimen ambulatorio (la frecuencia de la sesiones ambulatorias, dependía de la severidad de los síntomas, participando conjuntamente psicólogos y psiquiatras, con un formato base de sesión individual desde la perspectiva cognitivo-conductual).

Temperament and Character Inventory (TCI) (Cloninger, Przybeck, Svrakic, y Wetzel, 1994).

Es un instrumento de auto-informe que cuenta con 240 ítems (Verdadero/Falso) que evalúa siete dimensiones: cuatro de temperamento (Búsqueda de novedad, Evitación del Riesgo, Dependencia a la recompensa y Persistencia) y tres de carácter (Auto-dirección, Cooperación y Auto-trascendencia) (Cloninger et al., 1994). El

modelo de Cloninger integra conceptos de neurobiología de la conducta y genética así como características derivadas de un aprendizaje sociocultural (Bayón, Hill, Svrakic, Przybeck, y Cloninger, 1996; Svrakic, Draganic, Hill, Bayón, Przybeck, y Cloninger, 2002). Los perfiles con bajos puntajes (Percentil ≤ 33) en los rasgos de Auto-dirección y Cooperación han sido estudiados y validados como rasgos indicadores de patología de personalidad (Cloninger et al., 1994; Gutiérrez et al., 2008). Este instrumento fue utilizado en el estudio II, como medida de contraste entre diferentes metodologías de evaluación de la patología de la personalidad.

Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R) (Cloninger, 1999).

Es la versión revisada del TCI descrito anteriormente. Es un instrumento tipo autoinforme de 240 ítems. Sin embargo la forma de evaluación cambia en relación a la respuesta de forma dicotómica (V/F) de la versión inicial, pasando a una escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = Falso, 2 = Probablemente falso, 3 = Igual cierto que falso, 4 = Probablemente Verdadero y 5 = Verdadero). Esta versión además de dar la posibilidad de matizar la respuesta en 5 opciones, proporciona mayor robustez en la evaluación de las escalas de persistencia y dependencia a la recompensa. Un estudio de validación en población española ha sido realizada por Gutiérrez-Zotes et al. (2004). Este instrumento puede ser aplicado a partir de los 15 años y esta versión revisada ha demostrado buenas propiedades psicométricas a lo largo de diversas naciones y lenguajes, en población adolescente (Snopek et al., 2012).

Tabla 9. Lista de instrumentos y estadísticos utilizados en cada uno de los estudios que se contemplan en esta tesis.

Estudio	Instrumentos de evaluación	Estadísticos
I	Entrevista IPDE (módulos DSM-IV y CIE-10), Registros clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • U-Mann Whitney test • Análisis de regresión logística • Pruebas de Chi-cuadrado
II	Entrevista IPDE (módulos DSM-IV y CIE-10), TCI, IPDE-SQ (DSM-IV y CIE-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de Kappa • Contraste de proporciones
III	Entrevista IPDE (módulos DSM-IV y CIE-10), IPDE-SQ (DSM-IV y CIE-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de sensibilidad y especificidad • Curvas ROC • Contraste de proporciones
IV	Entrevista IPDE (módulos DSM-IV y CIE-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Contraste de proporciones • Pruebas de Chi-cuadrado • U-Mann Whitney test • Kruskal-Wallis test • Pruebas de T-Student
V	MMPI-A, K-SADS, CBCL, Teen-ASI, Nivel de consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Cluster jerárquico • MANOVA • Análisis discriminante • Pruebas de Chi-cuadrado
VI	MMPI-A (PSY-5) Registro de edades de inicio y nivel de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Correlaciones de Pearson y Spearman • ANCOVA • Pruebas de Chi-cuadrado • Análisis de Regresión Logística
VII	ACS, EDI-2, Registro de edades de inicio y nivel de consumo, CBCL, YSR, TCI-R	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de T-Student • Pruebas de Chi-cuadrado

Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents (MMPI-A) (Butcher et al., 1992).

Este instrumento (utilizado en los estudios V y VI) contiene 478 ítems que evalúan características de personalidad y sintomatología psicopatológica en adolescentes. La versión en Español del MMPI-A muestra propiedades psicométricas aceptables (Jiménez-Gómez y Ávila-Espada, 2003). Puntuaciones *T* por encima de 65 son consideradas clínicamente significativas, mientras que puntuaciones *T* entre 60 y 65 son consideradas moderadamente significativas o “sub-umbral” de probable psicopatología (Micucci, 2002; Passetti, 2002; Stein y Graham, 2005). Este instrumento básicamente consiste en 3 escalas de validez [Mentira (L), Infrecuencia (F) y Defensividad (K)] y 10 escalas clínicas [Hipocondriasis (1 Hs), Depresión (2 D), Histeria (3 Hy), Desviación Psicopática (4 Pd), Masculinidad-Feminidad (5 Mf), Paranoia (6 Pa), Psicastenia (7 Pt), Esquizofrenia (8 Sc), Hipomanía (9 Ma), e Introversión social (0 Si)]. Adicionalmente cuenta con una serie de escalas de contenido, suplementarias y subescalas de Harris-Lingoes. La versión del MMPI para adolescentes (MMPI-A; Butcher et al., 1992) incluye dos escalas adicionales relacionadas con el uso de drogas, las cuales se complementan con una escala previamente diseñada con el propósito explícito de analizar la conducta adictiva alcohólica en la versión de adultos (MacAndrew Alcoholism-Revised: MAC-R). Estas dos escalas, son la escala de Alcohol/Drug Problem Acknowledgment (ACK), la cual identifica problemas reconocidos con el uso de drogas (ítems obvios), y la escala Alcohol/Drug Problem Proneness (PRO), la cual identifica susceptibilidad a desarrollar problemas con las drogas (ítems sutiles). Ambas escalas han sido validadas y son de gran ayuda en el diseño individualizado de

tratamientos en personas con TUS. Éstas, aportan información acerca del *insight* del paciente en relación con su consumo y problemas derivados de éste, así como su motivación al cambio (Gallucci, 1997; Micucci, 2002; Stein y Graham, 2005). El MMPI-A se utilizó en el estudio V y VI.

The Personality Psychopathology Five (PSY-5) (Harkness y McNulty, 1994).

Es un modelo descriptivo dimensional de la personalidad patológica derivado del MMPI, inicialmente desarrollado para la versión MMPI-2 por Harkness et al. (1992) para complementar el diagnóstico de TP en el adulto, y posteriormente adaptado para adolescentes utilizando el MMPI-A (McNulty, Harkness, Williams, y Ben-Porath, 1997). Este modelo actualmente está constituido básicamente por cinco amplios dominios dimensionales: Agresividad (AGGR), Psicoticismo (PSYC), Descontrol-Desinhibición (DISC), Introversión (INTR) y Emocionalidad Negativa o Neuroticismo (NEGE) (Harkness, Fin, McNulty, y Shields, 2011). Este modelo de evaluación fue utilizado únicamente en el estudio VI.

El PSY-5 utilizado en el estudio VI no se encuentra baremado para población adolescente española, por tanto fueron utilizadas las puntuaciones directas extraídas de un algoritmo diseñado y basado en la configuración de ítems obtenida del modelo adaptado por Bolinsky et al. (2004). Este modelo cuenta además de los cinco amplios dominios, con dos facetas en cada uno de los dominios, excepto para el de NEGE el cual está definido por una única faceta. El dominio AGGR está constituido por las facetas de Hostilidad y Grandiosidad / Indignación. En la escala PSYC se encuentran las facetas de Creencias / Experiencias psicóticas y Mentalidad extravagante. La escala DISC está conformada por las facetas de Actitudes delincuentes y Violación de normas.

Finalmente, la escala INTR está conformada por las facetas de Bajas expectativas y Baja sociabilidad. Este modelo en su conjunto ha demostrado buenas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad (entre 0.79 a 0.83 de alfa de Cronbach para cada dominio y entre 0.57 a 0.78 para cada faceta) (Bolisnkey et al., 2004; Archer, 2005).

The Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997).

Es una entrevista semi-estructurada para la evaluación de trastornos clínicos psicopatológicos en el momento actual y habido a lo largo de la vida, aplicable a infancia y adolescencia. Los diagnósticos psiquiátricos para los estudios V y VI fueron establecidos con este instrumento, en su versión DSM-IV-TR en español. Este instrumento ha demostrado una buena fiabilidad inter-evaluador ($k = 0.53 - 1.00$) y validez para los trastornos presentes y a lo largo de la vida, así como una buena consistencia interna (Ulloa et al., 2006).

The Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991).

Este instrumento es un heteroinforme aplicable a padres y/o cuidadores para evaluar la presencia de síntomas psicopatológicos de los niños y adolescentes. Consta de dos partes: la primera evalúa la competencia social a través de 20 ítems; la segunda consiste en 120 ítems referidos a síntomas emocionales o problemas de conducta que hayan acaecido en los últimos 6 meses. El informante evalúa cada ítem en una escala Likert desde 0 (No es cierto) a 2 (Cierto muy a menudo o bastante a menudo). En la actualidad existen dos versiones, la de 1991 y la de 2001.

La versión en español del 2001 (Achenbach y Rescorla, 2001) fue aplicada a los padres para evaluar los síntomas psicopatológicos de los adolescentes. El CBCL

(utilizado en los estudios V, VI y VII) ha demostrado moderada consistencia interna para las escalas internalizantes $\alpha = 0.90$ y las externalizantes $\alpha = 0.94$; así como una buena fiabilidad test-retest $r = 0.84 - 0.94$ (Albores-Gallo, Lara-Muñoz, Esperón-Vargas, Cárdenas, Pérez, y Villanueva, 2007). Para el presente análisis, solamente los puntajes T de espectro internalizante (Aislamiento, Quejas somáticas y Ansioso/Depresivas) y externalizante (Actitudes Delincuentes y Agresivas) fueron utilizados. Puntajes T por encima de 70 fueron considerados clínicamente significativos.

Youth Self-Report (YSR) (Achenbach, 1991).

Es un instrumento de auto registro que mide sintomatología psicopatológica en un rango de edad de 11 a 18 años. Consta de dos partes: la primera evalúa la competencia social; la segunda consiste en 112 ítems referidos a síntomas emocionales o problemas de conducta que hayan acaecido en los últimos 6 meses. El adolescente informante evalúa cada ítem en una escala Likert que comprende desde 0 (No es cierto) a 2 (muy a menudo o bastante a menudo). Al igual que el instrumento anterior forman parte de la batería denominada ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2001). El YSR ha sido utilizado en el estudio VII. Se han empleado las dos escalas globales, Internalizante y Externalizante, que comprende las mismas agrupaciones sindrómicas que las indicadas para el CBCL. La estimación de fiabilidad se encuentra dentro del rango bueno a excelente (Achenbach y Rescorla, 2001). La adaptación española para la versión 1991 (Abad, Forns y Gómez, 2002) ofrece un fiabilidad alfa de Cronbach de 0.87 para la escala Internalización y de 0.84 ara la escala de Externalización.

Severidad de la adicción T-ASI (Teen-Addiction Severity Index) Kaminer, Bukstein, y Tarter, (1991).

La versión española de 142 ítems del T-ASI (Teen-Addiction Severity Index) (Díaz et al., 2008) evalúa la severidad de los problemas alrededor del uso de sustancias en siete dominios: uso de drogas, estatus social, problemas laborales, funcionalidad familiar, relaciones amigos/sociales, estatus legal y estado psiquiátrico. Cada uno de estos dominios es puntuado usando una escala de cinco puntos (0 = Nada, 1 = Un poco, 2 = Regular, 3 = Mucho, 4 = Extremadamente / Siempre). Esta prueba (utilizada en el estudio V) ha demostrado buena fiabilidad y validez en diferentes idiomas (Kaminer, 2008). Como debido a la edad y nivel educativo de los pacientes, la mayoría de ellos nunca habían tenido un empleo durante el período del estudio o no se encontraban empleados, los datos en relación a este dominio no fueron considerados en el análisis.

Registro del nivel de consumo de sustancias y edades de inicio.

Se aplicó un registro sobre el patrón de cantidad/frecuencia de las diferentes drogas (tabaco, alcohol, cannabis, y otras drogas tales como: cocaína, derivados anfetamínicos, alucinógenos, etc.). Este instrumento anteriormente fue utilizado en otros estudios (Díaz et al., 2008). El nivel de uso para cada droga fue codificado en 5 categorías ordinales: 1) No uso; 2) Uso ocasional: en fiestas, durante las vacaciones o celebraciones especiales; 3) Uso regular: varias veces a la semana para tabaco, alguna vez a la semana para alcohol o cannabis, y al menos mensualmente para otras drogas ilegales, sin evidencia de problemas relacionados con las drogas; 4) SUP (Substance Use Problem): un patrón de cantidad-frecuencia y/o situaciones de uso de drogas las cuales generan algunos problemas psico-sociales o de salud, pero aún sigue manteniéndose en un sub-

diagnóstico (acorde con Shrier, Harris, Kurland, y Knight, 2003); y 5) TUS: un diagnóstico definido de abuso o dependencia acorde con los criterios DSM-IV-TR (APA, 2002). Esta prueba fue utilizada en el estudio V. Una versión adaptada y reducida de este instrumento por el autor de esta tesis, fue utilizada para su aplicación en formato grupal en los estudios VI y VII, y codificada en vez de 5 niveles en 3 niveles de afectación (1 = No uso, 2 = Uso ocasional a regular, 3 = SUP o SUD).

La Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) (Frydenberg y Lewis 1993).

Es un instrumento constituido por 80 ítems, 79 preguntas cerradas de opción múltiple y una pregunta final abierta, que se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos. Este instrumento (utilizado en el estudio VII) permite al adolescente describir las conductas asociadas a las estrategias que emplean para afrontar sus problemas. Se trata de una evaluación de autorreflexión, dividida en dos formatos: el formato general (utilizada en el estudio) en el que se le solicita al adolescente que exprese lo que suele hacer para enfrentarse a sus problemas o dificultades, y el formato de problemas específicos, en el que se le pide que describa una preocupación específica y que responda a los ítems de acuerdo a ésta. El instrumento valora 18 estrategias de afrontamiento y 3 estilos de afrontamiento definidos conceptual y empíricamente (Frydenberg y Lewis, 1996; González et al., 2002). El Afrontamiento dirigido a la resolución de problemas incluye las estrategias de: Búsqueda de diversiones relajantes [Dr], Esforzarse por tener éxito [Es], Distracción física [Fi], Fijarse en lo positivo [Po], Concentrarse en resolver el problema [Rp]; el estilo de afrontamiento relacionado con los demás incluye las estrategias de: Búsqueda de apoyo Social [As], Búsqueda de apoyo espiritual [Ae], Invertir en amigos íntimos [Ai], Búsqueda de apoyo profesional

[Ap], Búsqueda de pertenencia [Pe], Acción Social [So]; y por último el estilo de afrontamiento improductivo incluye las estrategias de: Autoinculparse [Cu], Hacerse ilusiones [Hi], Ignorar el problema [Ip], Falta de afrontamiento [Na], Preocuparse [Pr], Reservárselo para sí [Re], y Reducción de la tensión [Rt]. Estudios realizados en la construcción y validación del ACS encontraron distribuciones normales en las puntuaciones y correlaciones aceptables test-retest en su adaptación a la versión española (Frydenberg y Lewis, 1996).

El Inventario de actitudes alimentarias segunda versión (EDI-2) (Garner, 1998).

Se trata de un instrumento tipo autoinforme diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas, conductuales y de sintomatología asociada a la anorexia y la bulimia nerviosa. La primera versión fue desarrollada por Garner et al. (1983), y la segunda versión (EDI-2) mantuvo 64 de los elementos originales y añadió otros 27 elementos dando lugar a tres nuevas escalas adicionales. Actualmente consta de 91 ítems y 11 escalas específicas (Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Miedo a la madurez y Conciencia interoceptiva, además de las adicionales [Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social]) clínicamente relevantes en el estudio de los trastornos del comportamiento alimentario. En este instrumento (utilizado en el estudio VII) cada ítem se responde en una escala de seis puntos, en la que el sujeto debe indicar si la situación ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. Este instrumento ha demostrado una buena fiabilidad y aceptable validez a través de diversas muestras clínicas y no clínicas (Garner, 1998) y utilizado en población española para identificar casos de riesgo (Muro-Sans y Amador-Campos, 2007).

3.3 Procedimientos.

Cumplimiento de los requisitos éticos: En todos y cada uno de los estudios incluidos en esta tesis, los procedimientos fueron aprobados previamente por el comité ético institucional del Hospital Clínic de Barcelona. Para cada uno de los estudios se presentó una completa explicación de los objetivos globales y procedimientos del estudio a los pacientes, familiares y participantes, por medio de un consentimiento informado el cual fue otorgado de forma voluntaria por todos los participantes, padres o tutores legales.

Determinación de los diagnósticos: Los diagnósticos clínicos del Eje I fueron realizados por el grupo de asistencia clínica del SPPIJ del Hospital Clínic de Barcelona, acorde con criterios DSM-IV y CIE-10.

Evaluación: Los instrumentos de evaluación en el caso de los estudios I, II, III y IV fueron administrados durante los primeros tres meses tras iniciar tratamiento. La aplicación de la entrevista IPDE y autoinformes de personalidad, fueron aplicados en periodos no mayores a las dos semanas de aplicación, todos los procedimientos en la valoración de la personalidad fueron monitorizados por el grupo de evaluación, el cual contaba con al menos tres especialistas seniors con más de 20 años de experiencia clínica. Las discrepancias en la evaluación fueron resueltas después de un juicio de expertos, dando más robustez al diagnóstico final.

En el estudio V, tanto el MMPI-A y las otras evaluaciones (Teen-ASI, KSADS y CBCL) del protocolo administrado para el grupo de conductas adictivas (TUS), fueron administradas por personal entrenado (con grados de Máster o Doctorado en Psicología Clínica) dentro del primer mes de tratamiento referidos a la UNICA-A.

Por otro lado, en el caso de las muestras mixtas, la aplicación de los cuestionarios a la muestra control sana, fueron aplicadas dentro de los centros educativos correspondientes en formato grupal.

3.4 Análisis estadístico.

Un resumen de las herramientas y pruebas estadísticas utilizadas en cada estudio se encuentran enlistadas en la tabla 9.

Estudio I.

“The influence of Personality Disorders in the Use of mental Health Services in Adolescents with psychiatric disorders”.

Memorándum del Objetivo: Explorar la influencia de la patología de la personalidad en adolescentes con trastornos clínicos del Eje I, sobre el uso de servicios de salud mental, analizando el riesgo de tener un trastorno de personalidad comórbido en relación al uso de servicios psiquiátricos

A fin de establecer una presentación más comprensiva y clara los resultados de la muestra fueron organizados de la siguiente manera; Grupo con trastorno de personalidad (GTP) identificado por uno o más TP positivos en el IPDE, y grupo sin TP (GSTP). Los datos clínicos y socio-demográficos fueron sometidos a pruebas de Chi-cuadrado y Montecarlo para la evaluación de distribuciones categóricas, mientras que se emplearon pruebas de T-student para evaluar las diferencias de edad en cada subgrupo. Debido a la gran variabilidad y dispersión de los datos encontrados en las variables estudiadas en el uso de servicios psiquiátricos, se requirió el uso de pruebas no paramétricas en el análisis de la muestra. Específicamente, se empleó la prueba de U-Mann-Whitney para evaluar las diferencias entre los dos subgrupos. Finalmente, una

regresión logística binaria se aplicó para determinar las odds ratio (OR) entre los subgrupos en relación al consumo de servicios de salud mental. En este estudio todos los análisis se realizaron con el SPSS 16.0 con un nivel de significación del $p \leq 0.05$.

Estudio II.

“Neither too much, nor too little: the dilemma of identifying personality disorders in adolescent patients with self-reports”.

Memorándum del Objetivo: Comparar métodos de identificación de trastornos de la personalidad en adolescentes con trastornos psiquiátricos. En concreto se contemplarán las tasas globales de identificación de los TP, utilizando los instrumentos de auto-informe IPDE-SQ, el TCI y la entrevista clínica IPDE.

Se emplearon pruebas descriptivas de medias y desviaciones típicas para los datos cuantitativos. Los contrastes de frecuencias y proporciones entre los TP identificados por el TCI, IPDE-SQ y la entrevista IPDE, se realizaron con pruebas binomiales para las variables cualitativas. Para evaluar el grado de acuerdo entre instrumentos en la identificación de TP, se utilizaron cálculos de los índices kappa. Los análisis se realizaron con SPSS 16.0, Edepdat 3.1 y R 2.14.0.

Estudio III.

“Usefulness of the International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire for Borderline and Impulsive Personality pathology in adolescents”.

Memorándum del Objetivo: Profundizar en el análisis de la utilidad del instrumento de tamizaje del International Personality Disorder Examination, en la identificación de patología de personalidad de tipo Impulsivo – Límite en adolescentes.

En este estudio se llevaron a cabo análisis de diferencias de proporciones en la identificación de patología de personalidad límite e impulsivo del IPDE-SQ. Se calcularon tasas de sensibilidad (SEN), especificidad (SPE) y acuerdo global, así como el valor predictivo positivo (PPV) y el valor predictivo negativo (VPN), para cada una de las tres opciones de contraste en la identificación de TP A) Positivo versus Negativo, B) Positivo versus Negativo+ Probable, y C) Positivo+Probable versus Negativo PDs. Finalmente, para la búsqueda de los puntos de corte óptimos, se aplicó un análisis de curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*). Se consideraron inicialmente dos criterios, para la elección del punto de corte óptimo:

- 1) la mejor combinación ponderada de SEN y SPE
- 2) la tasa global de reclasificación correcta de sujetos.

Estudio IV.

“Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders”

Memorándum del Objetivo: Explorar y comparar desde perspectivas categóricas, dimensionales y de severidad, la patología de personalidad en adolescentes mujeres con trastornos del comportamiento alimentario (TCA).

Al igual que en el primer estudio, para proporcionar una presentación más clara y comprensiva los resultados fueron divididos por diagnósticos de TCA (Anorexia nerviosa [AN], Bulimia Nerviosa [BN], y trastornos del comportamiento no especificado [TCANE]) así como según los dos subtipos de patrón (restrictivo y purgativo). Los datos clínicos y sociodemográficos fueron sujetos a pruebas para distribuciones categóricas como las pruebas de Chi-cuadrado, Montecarlo y exacta de Fisher. Se aplicaron pruebas no paramétricas (debido a una alta dispersión en las desviaciones

típicas y la disparidad entre el tamaño de los grupos) de Kruskal Wallis entre diagnósticos (AN, BN, TCANE) utilizadas para identificar las diferencias entre las puntuaciones dimensionales, con un análisis de post-hoc de la U-Mann-Whitney entre cada diagnóstico. Por otro lado, la prueba de t-Student se utilizó entre los subtipos de TCA (Purgativo vs Restrictivo) para identificar las diferencias entre los puntajes dimensionales, los datos se analizaron con Epidat 3.1 y SPSS 16.0.

Estudio V.

“Subtypes of adolescents with substance use disorders and psychiatric comorbidity using cluster and discriminant analysis of MMPI-A profiles”

Memorándum del Objetivo: Replicar y ampliar resultados de estudios previos, en un estudio piloto sobre subtipos de personalidad de adolescentes con trastorno por uso de sustancias (TUS).

Fue aplicado el análisis de cluster jerárquico sobre las diez escalas clínicas del MMPI-A utilizando el método de Ward (Mohino et al., 2008; Passetti, 2002), basado en distancias Euclideas al cuadrado para la obtención de grupos homogéneos. A los cluster resultantes se aplicó una MANOVA, con post-hoc de Scheffé, utilizando las puntuaciones estandarizadas T , en las escalas de validez, clínicas y en aquellas relacionadas con el consumo de drogas (MAC-R, ACK y PRO). Para realizar una estimación del tamaño del efecto entre las diferencias entre grupos fue calculada la eta-squared (η_p^2) y la potencia estadística ($1-\beta$) (Ferguson, 2009). La prueba de Kruskal-Wallis H , fue utilizada para identificar diferencias entre clusters sobre las escalas del T-ASI, los niveles de uso de drogas y las escalas internalizante / externalizante del CBCL. Se emplearon también las pruebas de chi-cuadrado utilizadas para comparar los porcentajes de los diagnósticos entre grupos. Finalmente, se aplicó un análisis

discriminante para identificar cuales de las escalas clínicas del MMPI-A tenían mayor poder predictivo para determinar la clasificación dentro de los subgrupos propuestos. Los análisis estadísticos fueron realizados con SPSS 16.0.

Estudio VI.

“Dimensional model of the Personality psychopathology Five (PSY-5) and facets in adolescents with substance use and disorders and healthy controls”

Memorándum del Objetivo: Analizar las diferencias y asociaciones entre perfiles dimensionales de la psicopatología de la personalidad (PSY-5) en adolescentes con trastorno por uso de sustancias y controles sanos, comparando edades de inicio de consumo, nivel de consumo y psicopatología asociada.

La prueba de t-Sudent y el contraste de proporciones fueron utilizados para calcular las diferencias en edad y sexo entre grupos. El análisis de ANCOVA fue utilizado para calcular las diferencias entre grupos (TUS vs Control) controlando la edad y el sexo como covariables. Correlaciones de Pearson y Rho de Spearman fueron aplicadas, entre la edad de inicio de consumo, nivel de consumo, y psicopatología internalizante / externalizante comparadas con las escalas PSY-5 y sus facetas. Finalmente se aplicó una regresión logística para identificar cuales de las escalas PSY-5 predecían mejor la clasificación de TUS y consecutivamente fueron incluidas las facetas de las escalas significativas, controlando por edad y sexo.

Estudio VII.

“Personalidad, psicopatología y estilos de afrontamiento: un estudio caso-control en adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario”

Memorándum del Objetivo: Describir y comparar diferencias entre los estilos de afrontamiento, personalidad, actitudes alimentarias y consumo de drogas en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) pareados a un grupo control sano comunitario.

Se aplicaron pruebas de t-Student para evaluar las diferencias entre los estilos de afrontamiento en relación a cada grupo y pruebas de Chi-cuadrado para identificar las diferencias de proporciones de patología de personalidad en cada subgrupo.

A continuación, en esta tesis se presentan los resultados de mayor relevancia, relativos a las temáticas de estudio definidas anteriormente. Para una mayor información acerca del tema, se pueden consultar algunas de las obras en sus respectivas versiones originales.

4. RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1 ESTUDIO I

Magallón-Neri EM, Canalda, G, De la Fuente JE, Forns M, García R, González E, Castro-Fornieles J. (2012). **The influence of personality disorders on the use of mental health services in adolescents with psychiatric disorders.** *Comprehensive Psychiatry* 53(5): 509-515.

TÍTULO CORTO

Personality Disorders and Mental Health Use

FACTOR DE IMPACTO (ISI, 2010): 2.37

CÓMPUTO DE PALABRAS

Resumen: 250 palabras

Texto: 3403 palabras

Consultar en [Comprehensive Psychiatry](#)



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

Comprehensive Psychiatry 53 (2012) 509–515

Comprehensive
PSYCHIATRY

www.elsevier.com/locate/comppsy

The influence of personality disorders on the use of mental health services in adolescents with psychiatric disorders

Ernesto M. Magallón-Neri^{a,b,*}, Gloria Canalda^{a,*}, J. Eugenio De la Fuente^a, Maria Forns^b, Raquel García^a, Esther González^a, Josefina Castro-Fornieles^{a,c,d}

^aDepartment of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, SGI-1119, Institute of Neurosciences, Hospital Clinic Universitari of Barcelona, and Biomedical Research Center in Mental Health Network CIBERSAM, 08036-Barcelona, Spain

^bDepartment of Personality, Assessment and Psychological Treatment, Faculty of Psychology, Universitat de Barcelona, 08035-Barcelona, Spain
^cIDIBAPS (Institut d'Investigacions August Pi Sunyer Biomedical), Barcelona, Spain

^dDepartment Psychiatry and Clinical Psychobiology of the Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

Abstract

Objective: The aims of this study were to explore the influence of personality disorders (PDs) in Spanish adolescents with Axis I psychiatric disorders on their use of mental health services and to analyze the risk of having a comorbid PD in relation to psychiatric service use.

Methods: The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) and *International Classification of Diseases, Tenth Revision* (ICD-10) modules of the semistructured interview International Personality Disorders Examination were administered to a sample of 112 adolescent psychiatric patients (mean age = 15.8 years; SD, 0.8; range, 15–17; 79% women) at the point of initiating treatment. On the basis of the interview, subjects were divided into two groups: a PD group (PDG) and a non-PD group (NPDG). After 3 years of treatment, clinical records were retrospectively analyzed.

Results: The PDG showed a significantly higher number of psychiatric admissions ($P < .001$), days per psychiatric admission ($P < .001$), and psychiatric emergencies ($P < .010$) than the NPDG, although the number of outpatient consultations was not significantly higher. Logistic regression analysis showed that the probability of belonging to the PDG rather than the NPDG increased with each psychiatric admission (odds ratio [OR] = 1.67 for DSM-IV criteria and OR = 1.59 for ICD-10 criteria), after controlling by sex, age, and comorbidity (Axis I disorders).

Conclusions: Patients with comorbid PD used more inpatient and emergency psychiatric services than did patients without a PD. Large number of psychiatric hospitalizations suggests the likelihood of a PD being present.

© 2012 Elsevier Inc. All rights reserved.

1. Introduction

Personality disorders (PDs) are relatively common in the psychiatric population and often co-occur with Axis I disorders. They are associated with poor prognosis and significant functional impairments beyond those due to

comorbidity and are also more complex in psychiatric intervention [1–4]. Clinically, it is important to diagnose these disorders because their association is linked to the duration, recurrence, and outcome of Axis I disorders [5].

As with many Axis I disorders, the first symptoms of PD appear in childhood or adolescence. However, there is evidence that clinically significant PDs emerge earlier in adolescence than was previously suggested, and they are observable at the symptomatic, biologic, and genetic levels [6]. Studies of adult and adolescent psychiatric populations show that between 24% and 60% of patients have at least one PD [2,7–10]. Furthermore, there is evidence that personality pathology contributes to total pathology, independently of the mental disorder, and the management of patients also needs to be targeted at their personality difficulties [10,11].

* Corresponding authors. Ernesto M. Magallón-Neri, University of Barcelona, Department of Personality Assessment and Psychological Treatment, C/ Pg. Vall d'Hebron, 171 – 08035, Barcelona, Spain. Tel.: +34 93 403 11 54. Gloria Canalda, Department of Child and Adolescents Psychiatry and Psychology Hospital Clinic Universitari of Barcelona, C/ Villarroel, 170 – 08036, Barcelona, Spain. Tel.: +34 93 227 54 00 Ext. 2075; fax: +34 93 227 91 72.

E-mail addresses: emagallonneri@ub.edu (E.M. Magallón-Neri), gcanalda@clinic.ub.es (G. Canalda).

4.2 ESTUDIO II

Magallón-Neri EM, Canalda, G, De la Fuente JE, Forns M, García R, González E, Lara A, Castro-Fornieles J. (2012). **Neither too much, nor too little. The dilemma of identifying personality disorders in adolescent patients with self-reports.**

TÍTULO CORTO

Identifying PD in adolescent patients

CÓMPUTO DE PALABRAS

Resumen: 203 palabras

Texto: 2641 palabras

“Neither too much, nor too little. The dilemma of identifying personality disorders in adolescent patients with self-reports”.

4.2.1 Resultados

La muestra estuvo constituida por 120 participantes, 86.7% mujeres. En la mayoría de los pacientes se presentaban uno o dos trastornos del Eje I (media = 1.55, $DT = 0.89$). Las frecuencias de los diagnósticos psiquiátricos del eje I fueron las siguientes: 4 (3.3%) con trastornos psicóticos, 10 (8.3%) con trastorno por uso de sustancias, 17 (14.2%) con trastorno de ansiedad, 17 (14.2%) con trastornos adaptativos, 20 (16.7%) con trastornos disruptivos, 21 (17.5%) con trastornos afectivos, 88 (72.5%) con trastornos del comportamiento alimentario, y 15 (12.5%) pacientes con otros trastornos del Eje I. El alto porcentaje de pacientes con TCA, es debido a que el SPPIJ del Hospital Clínic de Barcelona es un centro de referencia nacional para este tipo de patología en la infancia y adolescencia.

Las proporciones de riesgo de TP identificadas en el IPDE-SQ, el TCI y la entrevista IPDE se muestran en la tabla II.1. La diferencia de proporciones registradas variaron ampliamente: mientras que el IPDE-SQ identificó en el módulo CIE-10 un riesgo de TP del 91.7% (95% CI 0.85 – 0.96) y en el módulo DSM-IV un riesgo de 96.7% (95% CI 0.92 – 0.99), el TCI identificó un riesgo solamente del 20% (95% CI 0.13 – 0.28). Cuando fueron aplicados los puntos de corte ajustados propuestos por Blasco-Fontecilla et al. (2009, 2010) utilizados en pacientes clínicos en servicios de urgencias de psiquiatría aplicando el módulo DSM-IV del IPDE-SQ, se detectó que un 61.7% (95% CI 0.52 – 0.70) dio positivo para al menos un TP en el *screening*. Por otro

lado, la entrevista IPDE encontró una prevalencia global de TP del 38.3% (95% CI 0.30 – 0.48) con el módulo CIE-10 y del 35.8% (95% CI 0.27 – 0.45) con el módulo DSM-IV. La tasas de TP entre el IPDE, IPDE-SQ y el TCI mostraron una concordancia de pobre a moderada (Media *kappa* entre 0.02 - 0.42).

Tabla II.1. Tasas de identificación entre metodologías de evaluación de TP.

<i>Instrumentos contrastados</i>	<i>TP positivos % vs %</i>	<i>z-score</i>	<i>kappa</i>	<i>95% CI kappa</i>
1 vs 3	91.7 vs 20.0	10.11***	0.04	0.01 – 0.07
2 vs 3	96.7 vs 20.0	11.04***	0.02	0.00 – 0.03
4 vs 3	61.7 vs 20.0	5.69***	0.15*	0.04 – 0.26
5 vs 1	38.3 vs. 91.7	-5.97***	0.08*	0.01 - 0.15
5 vs 3	38.3 vs 20.0	2.71**	0.23**	0.06 – 0.39
6 vs 2	35.8 vs 96.7	-6.82***	0.04	0.00 – 0.07
6 vs 3	35.8 vs 20.0	2.37**	0.22**	0.04 – 0.39
6 vs 4	35.8 vs 61.7	-2.96**	0.42***	0.29 – 0.56

1 = IPDE-SQ CIE-10; 2= IPDE-SQ DSM-IV; 3 = TCI; 4 = IPDE-SQ puntos de corte ajustado Blasco-Fontecilla et al. (2009, 2010); 5 = IPDE-Interview CIE-10; 6= IPDE-Interview DSM-IV; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Finalmente, no se identificaron diferencias significativas en las proporciones de TP entre sexos. Los puntajes fueron los siguientes: En el IPDE-SQ CIE-10, se halló un 93.8% (95% CI 0.70 – 0.99) para hombres y 91.3% (95% CI 0.84 – 0.96) para las mujeres (z -score = 0.324; $p = 0.373$). En el IPDE-SQ DSM-IV se halló un 93.8% (95% CI 0.70 – 0.99) para los hombre y 97.1% (95% CI 0.92 – 0.99) para las mujeres (z -score

= - 0.698; $p = 0.242$). En el TCI se halló un 6.3% (95% CI 0.01 – 0.30) para los hombres y un 22.1% (95% CI 0.15 – 0.32) para las mujeres (z -score = -1.394; $p = 0.081$). En la entrevista IPDE CIE-10 se identificó un 31.3% (95% CI 0.11 – 0.58) para los hombres y un 39.4% (95% CI 0.30 – 0.49) para las mujeres (z -score = - 0.626; $p = 0.26$). En el módulo DSM-IV se halló un 37.5% (95% CI 0.15 – 0.64) para hombres y un 35.6% (95% CI 0.26 – 0.46) para mujeres (z -score = 0.149; $p = 0.440$). Utilizando puntos de corte más estrictos sugeridos por los estudios de Blasco-Fontecilla et al. (2009; 2010) para el IPDE-SQ en el módulo DSM-IV, se identifica un 62.5% (95% CI 0.35 – 0.84) para los hombres y un 61.2% (95% CI 0.51 – 0.71) para las mujeres (z -score = 0.074; $p = 0.470$).

4.2.2 Discusión

Este estudio encontró grandes inconsistencias en el cribaje de patología de personalidad utilizando instrumentos de auto-registro. Nuestros resultados se añaden al debate acerca del uso exclusivo de este tipo de instrumentos en la evaluación de patología de la personalidad (Bayón et al., 1996; Blasco-Fontecilla et al., 2010), destacados en previos estudios (Egan et al., 2003; Fernández-Montalvo & Echeburúa 2006; Nestadt et al., 2012; Zimmerman & Coryell, 1990).

La gran discrepancia encontrada entre el IPDE-SQ y el TCI en este estudio, puede deberse a aspectos estructurales de las pruebas. Mientras el IPDE-SQ expresa ítems que representan la existencia de criterios DSM-IV y CIE-10 para cada TP de forma categórica (Blasco-Fontecilla et al., 2009; Lenzenweger, 2006), el TCI se enfoca en la evaluación dimensional de los rasgos de temperamento y carácter (Bayón et al., 1996; Cloninger et al., 1994).

Adolescentes con alteraciones clínicas evaluados con el IPDE-SQ tienden a responder indiscriminadamente verdadero. Como resultado de esto, las proporciones de TP tienden a ser más altas que las identificadas por este mismo instrumento en población adulta (Blasco-Fontecilla et al., 2009, 2010; Huang et al., 2009). Por otro lado, el TCI identificó pocos TP en esta muestra clínica. La identificación de TP encontrada por el IPDE-SQ fue un poco más del doble que la identificada en estudios basados en entrevistas semiestructuradas (Chanen et al., 2004; Feenstra et al., 2011; Magallón-Neri et al., in press), y el triple de la obtenida por la prueba de referencia (IPDE) en este estudio. En cambio, la prevalencia de TP con el TCI identificó alrededor de la mitad, que la ofrecida por estudios que utilizaron entrevistas clínicas. Estas diferencias significativas son menos apreciables si utilizamos otros puntos de corte (Blasco-Fontecilla et al., 2010) o si consideramos un subgrupo más amplio de personas incluyendo aquellos con un TP probable. En cualquiera de estas situaciones matizadas, estaríamos realizando una estimación del riesgo para un TP probable, y no un diagnóstico formal de TP, debido a que, aún incrementando los puntos de corte como sugiere Blasco-Fontecilla et al. (2009, 2010), muchos sujetos serían sobre-diagnosticados.

Hay dos posibles explicaciones específicas para estas discrepancias: el diseño estructural de los instrumentos, y las características propias de la edad. Las respuestas con estilo Verdadero / Falso, no permiten una respuesta matizada y esto puede afectar a los resultados. Los adolescentes con alteraciones clínicas, ocasionalmente pueden tener dificultades para alcanzar un nivel de abstracción o la implicación requerida para comprender las preguntas, o también pueden confundir la psicopatología del Eje I con sus propias características de personalidad (Feenstra et al., 2011). Igualmente, pueden

presentar una falta de *insight* o tener dificultades en diferenciar lo que ellos piensan acerca de sí mismos y la imagen que quieren proyectar. Adicionalmente, en el TCI, los adolescentes pueden tener dificultad para mantener un nivel apropiado de atención durante el test; otra posible explicación es que este instrumento pueda no ser del todo recomendable, para la medición de características de personalidad con manifestación ego-sintónica frecuentes en este grupo de edad (Herpertz-Dahlmann, 2003). Estos aspectos podrían ser considerados con más detalle en la nueva versión (TCI-R), la cual permite una evaluación de forma más matizada basada en una escala tipo Likert. Ampliamente validada y adaptada a través de diferentes culturas en grupos de edad más jóvenes (Snopek et al., 2012).

El posible efecto de simulación / disimulación en los adolescentes, parece ser un intento de proyectar a otros una imagen de sí mismos, más que un intento abierto de distorsionar los resultados. Dadas estas inconsistencias, los clínicos deberían considerar una evaluación clínica en profundidad (aplicando entrevistas clínicas para la evaluación de patología de personalidad, tales como el IPDE), teniendo en cuenta características esenciales, como la frecuencia, duración, estabilidad y grado de afectación de los síntomas.

Debido al bajo acuerdo entre las diferentes proporciones contrastadas y mostradas por los coeficientes *kappa*, proporcionamos los intervalos de confianza y valores máximos y mínimos de las *kappas* como sugieren algunos investigadores (Lantz y Nebenzahl, 1996) para una más detallada valoración de estos índices.

La idea de ajustar los puntos de corte para el IPDE-SQ es una propuesta que creemos adecuada, especialmente en pacientes clínicos (Slade et al., 1998), teniendo en cuenta las características de los trastornos de personalidad en la adolescencia (Shiner y

Caspi, 2003). También recomendamos, que este instrumento de cribaje pueda tener respuestas intermedias (Verdadero / Probable / Falso) para refinar más las respuestas asociadas al concepto de TP. Sin embargo, creemos que en parte es difícil de conseguir esto, sin que antes se adopten aproximaciones más flexibles al concepto y modelos alternativos en la evaluación de los TP desde una perspectiva dimensional (Skodol et al., 2005; Widiger et al., 2005).

Encarados con el dilema de escoger un instrumento que identifique una gran cantidad de TP (IPDE-SQ) o uno que identifique muy pocos (TCI), consideramos que los dos métodos pueden ser complementarios. Mientras el TCI es bueno para identificar aquellos sujetos que no tienen un TP, el IPDE-SQ es muy sensible para identificar aquellos pacientes con alteraciones sintomatológicas, con el punto de corte base (López-Ibor et al., 1996; Loranger et al., 1997). Adicionalmente, aumentando los puntos de corte, el rendimiento global del IPDE-SQ puede ser mejorado. Cada instrumento podría ser aplicado, dependiendo de las necesidades y expectativas clínicas, basadas en investigación o en atención primaria (Widiger et al., 2005; Krueger et al., 2011b; Magallón-Neri et al., in press).

Fortalezas y limitaciones.

La principal fortaleza de este estudio es la identificación del riesgo de TP en una muestra clínica adolescente, utilizando distintas metodologías de evaluación. Se ha comparado el rendimiento individual de los dos módulos del IPDE-SQ (CIE-10 y DSM-IV), con el TCI, y el acuerdo con una entrevista semi-estructurada (IPDE).

Este estudio tiene dos limitaciones esenciales que se deben tener en cuenta para la interpretación de los resultados. La primera es que las mujeres con trastornos del

comportamiento alimentario están sobre representadas en la muestra; aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos, respecto a la identificación de patología de personalidad. Segundo, los instrumentos de evaluación se aplicaron transversalmente, y los resultados no nos permiten observar asociaciones de dirección, de hacia a dónde apuntan la tendencia del riesgo de presentar TP en esta muestra clínica adolescente.

4.3 ESTUDIO III

Magallón-Neri EM, Forns M, Canalda, G, De la Fuente JE, García R, González E, Lara A, Castro-Fornieles J. (2012). **Usefulness of the International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire for Borderline and Impulsive personality pathology in adolescents.**

TÍTULO CORTO

Usefulness of the IPDE-SQ in adolescents

CÓMPUTO DE PALABRAS

Resumen: 158 palabras

Texto: 3612 palabras

Referencias: 28

Usefulness of the International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire for Borderline and Impulsive personality pathology in adolescents.

4.3.1 Resultados

Todos los participantes tienen al menos un trastorno psiquiátrico del Eje I. La distribución clínica de los diagnósticos fue la siguiente: 18.4% trastornos afectivos, 12.8% trastornos de ansiedad, 16.0% trastornos disruptivos (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta), 10.4% trastornos por uso de sustancias, 12.8% trastornos adaptativos, 5.6% trastornos psicóticos y 70.2% trastornos del comportamiento alimentario.

La prevalencia de patología de personalidad identificada por el IPDE-SQ (con un punto de corte de 3 ítems positivos o más) para el TP Impulsivo en el módulo CIE-10 fue de 44%, mientras que la entrevista IPDE identificó solo un 13.6%. Las diferencias entre estas proporciones (z score = 4.88; $p < .001$) fueron significativas. Para el TP Límite de la CIE-10, el IPDE-SQ identificó un 37.6% y la entrevista IPDE un 8.8%. Las diferencias entre éstos también fueron significativas (z score = 5.21; $p < .001$). Para el TP Límite DSM-IV, el instrumento de cribaje detectó un 71.2%, y la entrevista IPDE un 12.8%, siendo la diferencia de proporciones significativa (z score = 9.24; $p < .001$). Se observó una notable alta tasa de falsos positivos cuando el punto de corte se estableció en 3, entre el 29% y 59% dependiendo del TP evaluado. En relación a los diagnósticos de TP probable se identificaron un 9.6% para el TP Impulsivo, un 6.4% para el TP Límite en la CIE-10, y un 8.0% para el TP Límite DSM-IV.

El punto de corte para el *screening* primario en el TP Impulsivo se estableció en 3 ítems positivos, con una clasificación global correcta entre el 61.6% y el 68% de

acuerdo. Con el punto de corte de 3, el TP Límite en la CIE-10 obtuvo un promedio de acuerdo entre el 68.8% y el 73.6%. Finalmente, el TP Límite DSM-IV mostró una mejoría substancial en la clasificación cuando el punto de corte se estableció en 5 puntos positivos, mostrando una tasa de clasificación correcta entre el 68.9% y el 74.4%. Comparativamente con el punto de corte en 5 el TP Límite del DSM-IV tiene un mejor rendimiento que aquellos que utilizan los puntos de corte base en los TP del CIE-10. Además, la opción C en la cual el TP probable fue asignado al grupo de TP positivo en el cribaje primario fue regularmente la mejor opción.

En el *screening* primario, cuando el punto de corte se incrementó a 5 en el TP Límite del DSM-IV el porcentaje de identificación del IPDE-SQ fue de 43.2%, aunque hubo una reducción notable respecto a los puntos de corte base, se mantuvo una diferencia significativa respecto a los TP que identificaba la entrevista IPDE (12.8% ver tabla III.1) (z score = 4.970; $p < .001$). Para el *screening* secundario, cuando el punto de corte se aumentó a 4 puntos en el TP Impulsivo y Límite de la CIE-10 y en 6 para el TP Límite del DSM-IV, la identificación de posibles TP en el IPDE-SQ disminuyó considerablemente con respecto al porcentaje presentado en el *screening* primario, pero mantuvo diferencias significativas ($p < .05$) con respecto a aquellos identificados por la prueba de referencia (IPDE).

Tabla III.1. Prevalencia de identificación de TP basados en los puntos de corte base, con los encontrados para el screening primario y secundario con el IPDE-SQ.

Instrumento y puntos de corte	TP Impulsivo	TP Límite	TP Límite
	CIE-10	CIE-10	DSM-IV
	N(%)	N(%)	N(%)
IPDE-SQ Base ^a	55(44.0)	47(37.6)	89(71.2)
IPDE-SQ screening primario ^b	55(44.0)	47(37.6)	54(43.2)
IPDE-SQ screening secundario ^c	31(24.8)	21(16.8)	38(30.4)
IPDE diagnóstico definitivo	17(13.6)*	11(8.8)*	16(12.8)*

^a = punto de corte en 3 para todos los TP estudiados

^b = punto de corte de 3 para el TP impulsivo y límite de la CIE-10 y de 5 para el TLP del DSM-IV

^c = punto de corte de 4 para el TP impulsivo y límite de la CIE-10 y de 6 para el TLP del DSM-IV

* $p < 0.05$ respecto a la prueba de proporciones entre el diagnóstico definitivo y el screening primario y secundario.

En el análisis de las curvas ROC se consideran las tres opciones de contraste. La opción A consideró solamente aquellos TP identificados como positivos y negativos. La opción B consideró a los TP probables dentro del grupo de TP negativo. La opción C consideró los TP probables dentro del grupo de TP positivo. Prácticamente todas los valores AUC para el TP Impulsivo son equivalentes, pero la mejor fue obtenida cuando se consideró conjuntamente a los positivos y probables en contra de los no TP (AUC = .772). La misma tendencia aparece también para el TP Límite de la CIE-10 (AUC = .829). En contraste, no fueron observadas grandes diferencias entre las tres soluciones de TP Límite en el DSM-IV y prácticamente todas fueron equivalentes. La mejor solución fue considerar solamente los TP positivos y negativos (AUC = .859). Finalmente, la peor solución de AUC en los TP Impulsivo y Límite fue aquella que consideró los TP probables dentro del grupo de TP negativos (opción B).

4.3.2 Discusión

Este estudio se añade a aquellos que investigan el rendimiento de los instrumentos de cribaje para la patología de personalidad por inestabilidad-emocional (Zanarini et al., 2003) en población clínica adolescente (Chanen et al., 2008a). Características distintivas del actual estudio, es el uso de módulos de evaluación para TP con criterios DSM-IV y CIE-10, y la evaluación del impacto de estos trastornos en sujetos con un sub-umbral de patología de personalidad clasificados como “TP probable”.

Este estudio confirma parcialmente un mejor rendimiento representado por la combinación óptima de SEN y ESP con el punto de corte de 3, para los TP Impulsivo y Límite de la CIE-10, sugeridos por los autores originales del IPDE y ratificados en población clínica y comunitaria (Loranger et al., 1994; Loranger et al., 1997; Lenzenweger, Loranger, Korfine, y Neff, 1997). Por otro lado, el TP Límite del DSM-IV obtuvo un mejor rendimiento con el punto de corte en el IPDE-SQ de cinco ítems positivos.

Al establecer los parámetros en la elección el punto de corte, nos encontramos con el dilema de escoger el criterio con el cual evaluar su rendimiento óptimo. El efecto de la decisión diagnóstica para un falso positivo (FP) y un falso negativo (FN) se evaluó con la misma proporción de impacto, sugiriéndose dos posibles vías de solución. La opción de escoger un punto de corte bajo podría producir una tendencia hacia una alta tasa de FP e implicar un alta inversión de recursos en la evaluación diagnóstica, la cual podría ser innecesaria en algunos casos, y también posiblemente desarrollaría un efecto estigma en el tratamiento de los adolescentes identificados con un TP. Por otro lado, la opción de un punto de corte alto tendería a clasificar más sujetos como FN, asumiendo que la gente que posiblemente estuviese afectada con una ligera patología de

personalidad no recibiera asistencia, llevando a un encubrimiento de la influencia de la patología de la personalidad asociada con el TP (Magallón-Neri et al., in press) y reduciendo la efectividad de la intervención terapéutica. Por tanto, para establecer el criterio de selección decidimos considerar ambas opciones como graves (FP y FN).

Al mismo tiempo, evaluamos la tasa de clasificación correcta (hit rate), al evaluar las diferencias de porcentajes identificados entre los puntos de corte (nivel alto y bajo) el cual sería representado por el salto más grande en la tasa proporcional de acuerdo global (hit-rate) respecto al siguiente punto de corte. En caso de los TP de la CIE-10, un punto de corte de 3 fue la mejor solución. Sin embargo, en el TP Límite DSM-IV saltos moderados se obtuvieron cuando el punto de corte se estableció en 5. Estos resultados difieren ligeramente del punto de corte óptimo identificado por Chanen et al. (2008a) para el IPDE-SQ en el TP límite DSM-IV, el cual se establece en 6 puntos.

Por otro lado, si lo que buscábamos era obtener una tasa de acierto del 75% o superior, como se espera cuando se aplica un *screening* secundario en la asistencia al diagnóstico, el punto de corte sugerido debería de ser 4 en el TP Impulsivo y Límite de la CIE-10 y de 6 en el TP Límite del DSM-IV, estos datos coinciden con resultados previos propuestos por Chanen et al. (2008a). Cualquiera que fuese el caso, nosotros creemos que la combinación óptima de SEN y ESP en este caso, no es el mejor índice para determinar el punto de corte en la identificación de estos TP en población clínica adolescente; si se asumieran los puntos de corte base como óptimos, obtendríamos una gran cantidad FP. Estableciendo la especificidad por encima del 0.75, sería un mejor criterio para la evaluación más precisa de pacientes en población clínica.

En relación con las tres opciones de clasificación utilizadas para cada TP, se puede decir que la peor de todas se produjo al incluir a los sujetos con una probable afectación de TP dentro del grupo de los TP negativos (opción B). Sin embargo, este impacto no fue significativo para ninguno de los TP (CIE-10 ó DSM-IV), pero se encontraron ligeras pérdidas de sensibilidad cuando los TP probables fueron considerados como negativos. El hecho de que en la muestra estudiada se encontrara un pequeño número de gente con TP probable, pudo haber contribuido al fallo de no obtener diferencias significativas. Por otro lado, si la evaluación de cada individuo se realizara en el conjunto global de la patología de personalidad (considerando todos los posibles tipos de TP), se podría haber encontrado una mayor proporción de TP probables, y esto hubiese podido jugar un rol más importante que el actualmente percibido. De cara a la elección en la clasificación de una persona con una patología de personalidad probable, la recomendación clínica es que esta persona debería ser dirigida a una evaluación más comprensiva, utilizando entrevistas semi-estructuradas para un proporcionar una mayor fiabilidad en la valoración de los TP y los trastornos del Eje I concurrentes (Skodol et al., 2002).

Finalmente, es importante remarcar que aunque en el caso del TP Límite en el módulo DSM-IV el punto de corte para el *screening* primario y secundario, se incrementó moderadamente la tasa de identificación correcta de TP evaluada por el IPDE-SQ, estas opciones mantuvieron diferencias significativas en comparación con la entrevista semi-estructurada IPDE. En línea con otros estudios (Chanen et al., 2008a) se aprecia que los instrumentos de cribaje son útiles para identificar rasgos de la patología de personalidad, pero en ningún caso pueden remplazar el proceso diagnóstico por sí mismo, y definitivamente éstos no son intercambiables.

La principal fortaleza de este estudio es el aportar dos puntos de corte diferentes para cribaje primario y secundario para los TP Impulsivo y Límite en adolescentes de población clínica para dos taxonomías clínicas independientes. También, es el detallar información acerca de la tasa de sensibilidad y especificidad así como el porcentaje de acierto del instrumento de cribaje vi-a-vis con la entrevista IPDE, ya que esta cuestión no había sido estudiada hasta ahora en población adolescente (A. W. Loranger, personal communication, February 3, 2012). También este estudio tiene una serie de limitaciones que deben ser contempladas antes de interpretar estos resultados. Primero, la muestra es pequeña comparada con la de estudios comunitarios, aunque es similar a las encontradas en otras muestras clínicas que estudian el mismo constructo en adolescentes. Además, las mujeres con trastornos del comportamiento alimentario están en parte sobre-representadas. Sin embargo, el rango de edad del estudio es compacto y homogéneo, sugiriendo que estos datos pueden ser aplicados en grupos con características similares. Es necesario extender estos resultados, evaluados desde la perspectiva de la teoría de la decisión considerando diferentes contextos, no solo a nivel de usuario o proveedores de la salud mental, sino también a nivel social o dentro del contexto de investigación clínica (Smits, Smit, Cuijpers, y De Graff, 2007).

4.4 ESTUDIO IV

Magallón-Neri EM, González E, Canalda, G, Forns M, De la Fuente JE, Martínez E, García R, Lara A, Vallès A, Castro-Fornieles J. (2012). **Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders.**

TÍTULO CORTO

PD in adolescents with eating disorders

CÓMPUTO DE PALABRAS

Resumen: 206 palabras

Texto: 3334 palabras

**Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders
in adolescents with eating disorders.**

4.4.1 Resultados

Aspectos clínicos y socio-demográficos.

Todos los participantes tienen al menos un trastorno alimentario; 32% Anorexia Nerviosa (25% restrictivo y 7% purgativo), 17% Bulimia Nerviosa (15% purgativo vs 2% no-purgativo), y 51% un trastorno alimentario no especificado (TCANE) (26% restrictivo vs 25% purgativo). La prevalencia de trastornos comorbidos del Eje I (al menos 2 trastornos coexistentes en el mismo paciente) fue del 25%; 17 pacientes tienen dos diagnósticos psiquiátricos (incluyendo trastorno alimentario), 7 pacientes con tres, y 1 paciente con cuatro trastornos psiquiátricos del Eje I. La distribución de trastornos clínicos comórbidos fue de la siguiente forma: 5% trastornos disruptivos (trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta o TDAH), 7% trastornos del humor, 12% trastornos de ansiedad, 3% trastorno por uso de sustancias, 2% trastornos adaptativos, y 3% de otros trastornos.

Prevalencia y severidad de los TP.

En la tabla IV.1 se presentan las frecuencias y porcentajes de TP en sujetos utilizando el IPDE. En esta tabla, las frecuencias y porcentajes coinciden cuando es considerada el total de la muestra que son cien personas, por tanto las frecuencias equivalen a sus porcentajes. También se muestran los niveles de severidad de la patología de personalidad acorde con la propuesta de Tyrer y Johnson (1996). Un tercio (33%) de la muestra tiene al menos un TP y un 67% de la muestra no presenta un TP definitivo.

Cuando nos enfocamos en la severidad de la afectación de los TP, en el grupo con TP, gran parte de este subgrupo cumple un TP simple en ambos módulos (CIE-10 y DSM-IV) y solo un 2-3% de la muestra presenta una TP complejo. Un pequeño subgrupo de sujetos sin TP, cumple criterios para un TP probable, alrededor de un 15% en el CIE-10 y 8% en DSM-IV. Diferencias significativas inter-diagnostico son presentadas, los TP simple están más relacionados con el tipo purgativo en ambos módulos. Diferencias significativas se encontraron en pacientes con TCANE en el grupo sin afectación de TP.

Diagnósticos categoriales de TP.

La prevalencia categorial de TP, por diagnósticos definitivos o probables; teniendo en cuenta que un sujeto puede tener uno o más diagnósticos de TP probables y/o positivos. Para cada trastorno del comportamiento alimentario (Anorexia, Bulimia y TCANE). En Anorexia los TP del Cluster C fueron más prevalentes en el módulo CIE-10. Los TP del Cluster B en Bulimia fueron más prevalentes en ambos módulos (CIE-10 y DSM-IV). Un patrón mixto de TP del Cluster B y C fue más prevalente en TCANE en el módulo CIE-10 y solamente TP del Cluster B en el módulo DSM-IV. Respecto a las diferencias Inter-diagnóstico (comparaciones horizontales), el número de TP del Cluster B es más prevalente en pacientes con Bulimia en ambos módulos (CIE-10 y DSM-IV). Finalmente, respecto a la prevalencia global de TP, éstos fueron más prevalentes en Bulimia que en Anorexia o TCANE.

Tabla IV.1. Prevalencia y severidad de la patología de la personalidad medida por el IPDE en adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario.

Severidad del TP	Muestra Global (N=100)		Anorexia Nerviosa (N=32)		Bulimia Nerviosa (N=17)		TCANE (N=51)		Restrictivo (N=53)		Purgativo (N=47)		Resumen de diferencias
	ICD-10	DSM-IV	ICD-10	DSM-IV	ICD-10	DSM-IV	ICD-10	DSM-IV	ICD-10	DSM-IV	ICD-10	DSM-IV	Significativas
	N	N	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
TP positivo	33	33	9 (.28) ^a	7 (.22) ^b	11 (.64) ^a	13 (.76) ^b	13 (.25) ^a	13 (.25) ^b	12 (.23) ^c	12 (.23) ^d	21 (.45) ^c	21 (.45) ^d	a,b,c,d
No TP	67	67	23 (.72) ^e	25 (.78) ^f	6 (.36) ^e	4 (.24) ^f	38 (.75) ^e	38 (.75) ^f	41 (.77) ^g	41 (.77) ^h	26 (.55) ^g	26 (.55) ^h	e,f,g,h
Sin Alteraciones TP	52	59	19 (.59) ⁱ	23 (.72) ^j	3 (.18) ⁱ	3 (.18) ^j	30 (.59) ⁱ	33 (.65) ^j	33 (.62) ^k	38 (.72) ^l	19 (.40) ^k	21 (.44) ^l	i,j,k,l
TP probable	15	8	4 (.13)	2 (.06)	3 (.18)	1 (.06)	8 (.16)	5 (.10)	8 (.15)	3 (.05)	7 (.15)	5 (.11)	
TP simple	31	30	8 (.25) ^m	7 (.22) ⁿ	11 (.64) ^m	12 (.70) ⁿ	12 (.23) ^m	11 (.21) ⁿ	11 (.21) ^o	10 (.19) ^p	20 (.43) ^o	20 (.43) ^p	m,n,o,p
TP complejo	2	3	1 (.03)	0 (.00)	0 (.00)	1 (.06)	1 (.02)	2 (.04)	1 (.02)	2 (.04)	1 (.02)	1 (.02)	

TP = Trastorno de personalidad; N = Número de sujetos; % = Porcentaje correspondiente en cada trastorno o subtipo alimentario; AN = Anorexia Nerviosa; BN = Bulimia Nerviosa; TCANE = trastorno de la conducta alimentaria no especificado; R = Tipo Restrictivo; P = Tipo Purgativo; TP Simple = Uno o más TP, en un solo cluster; TP Complejo = Uno o más TP de al menos 2 clusters diferentes; TP Probable PD = Un criterio por debajo del umbral para TP. Diferencias significativas: inter-diagnóstico [a = BN > TCANE, AN en módulo CIE-10; b = BN > TCANE, AN en módulo DSM-IV]; inter-subtipos [c = P>R en módulo CIE-10; d = P>R en módulo DSM-IV]; inter-diagnóstico [e = TCANE, AN > BN en módulo CIE-10; f = TCANE, AN > BN en módulo DSM-IV]; inter-subtipos [g = R>P en módulo CIE-10; h = R>P en módulo DSM-IV]; inter-diagnóstico [i = TCANE, AN > BN en módulo CIE-10; j = TCANE, AN > BN en módulo DSM-IV]; inter-subtipos [k = R>P en módulo CIE-10; l = R>P en módulo DSM-IV]; inter-diagnóstico [m = BN > TCANE, AN en módulo CIE-10; n = BN > TCANE, AN en módulo DSM-IV]; inter-subtipos [o = P>R en módulo CIE-10; p = P>R en módulo DSM-IV];

La prevalencia categórica dividida por subtipos (53% de patrón Restrictivo vs. 47% de patrón purgativo). Los TP del Cluster C son más frecuentes en el subtipo Restrictivo en los módulos CIE-10 y DSM-IV. Los TP del Cluster B son más frecuentes en el subtipo purgativo. Respecto a las diferencias Inter-subtipos, el grupo purgativo obtuvo más TP del Cluster B en ambos módulos; también los TP probables del Cluster B son más frecuentes en ambos módulos. Estas diferencias son principalmente percibidas en los TP definitivos del tipo impulsivo en el módulo CIE-10 y límite en el DSM-IV, así como TP probables del tipo histriónico en ambos módulos. El subtipo purgativo obtuvo más diagnósticos de TP en el conjunto global. Solamente dos diferencias significativas inter-módulos para el subtipo purgativo fueron detectadas, más TP del Cluster B en el módulo CIE-10, y más TP no especificados en el DSM-IV.

Puntajes dimensionales de TP.

Los puntajes dimensionales en cada TP para cada TCA, después de los análisis *post-hoc* sobre las comparaciones inter-diagnóstico, detectan diferencias significativas. En el TP Paranoide las diferencias son altas en la Bulimia respecto a los pacientes con Anorexia en el módulo CIE-10. También este patrón de puntuaciones dimensionales más altas en Bulimia que en Anorexia y TCANE fue detectado en la patología de la personalidad del tipo impulsivo en la CIE-10, así como en los TP Límite e Histriónico en ambos módulos. Finalmente, los puntajes TP Anancástico fueron más altos en los pacientes con Anorexia que en los pacientes TCANE en la CIE-10. Las diferencias inter-módulos e intra-diagnósticos no se calcularon, porque estos puntajes dimensionales no son comparables, debido a que tienen un diferente número de criterios y un puntaje dimensional global diferente en cada taxonomía o TP.

Los puntajes dimensionales de patología de personalidad, sobre los dos subtipos (Restrictivo vs. Purgativo). Las diferencias significativas inter-subtipo se encuentran principalmente en los TP del Cluster B (Antisocial, Límite e Histriónico). En ambos módulos, el subtipo purgativo muestran puntajes más altos que en el tipo restrictivo, y también para el TP Impulsivo en la CIE-10.

4.4.2 Discusión

Este estudio se ha enfocado en detectar la prevalencia de patología de personalidad en una muestra de adolescentes con TCA. El resultado principal, es que el 33% de la muestra cumplía criterios para al menos un TP. Este resultado es parecido al obtenido en otro estudio Europeo en muestra clínica adolescente con TCA, el cual obtuvo una prevalencia del 30.3% utilizando la SCID-II (Bottin et al., 2010). Cuando se compara la prevalencia de TP encontrada en este estudio con la media de prevalencia en estudios de adultos en población clínica (40-60%) (Cassin & Von Ranson, 2005; De Bolle et al., 2010; Marañón & Echeburúa, 2007) se constata un índice menor para los adolescentes. Es importante resaltar que los estudios con población adulta incluyen grupos más extensos de bulimia o pacientes del subtipo purgativo (Godt, 2008; Díaz-Marsá, Carrasco, y Sáiz, 2000) que en los estudios de población adolescente, y ésto podría ser un factor a considerar, debido a que consistentemente dentro de los estudios se encuentra un patrón más patológico de la personalidad en los pacientes con conductas purgativas. Al analizar la severidad de la patología de la personalidad, la mayoría de la muestra presenta un TP simple, un grupo relativamente reducido de pacientes se encontrarían dentro de un subumbral de patología de personalidad denominado a "TP

probable" y muy pocos sujetos alcanzarían un TP complejo. Estos resultados no se han podido contrastar con otros estudios que contemplan los componentes de TP y TCA. Regularmente no se tiene en cuenta dentro de la valoración estándar de la patología de la personalidad, el grado de severidad, y que en el futuro será un campo en el cual las nuevas nomenclaturas (DSM-5 y CIE-11) pondrán énfasis.

Desde la perspectiva de los datos categóricos, el análisis para cada uno de los diagnósticos de TCA estudiados (Anorexia Nerviosa [AN], Bulimia Nerviosa [BN], TCANE), revela algunos datos interesantes: primero que los clusters asociados con los diagnósticos de TCA son similares a aquellos encontrados en estudios previos en población adulta (Cassin y Von Ranson, 2005; Van Haswick de Jonge et al. 2003; Marañón, Echeburúa & Grijalvo, 2007). Mientras los TP del Cluster B son más prevalentes en los diagnósticos de bulimia, los del cluster C en anorexia en el módulo CIE-10, y un patrón mixto del cluster B, C fue encontrado en los TCANE. Los resultados encontrados en adolescentes con anorexia por Wentz Nilson et al. (1999), indican una mayor prevalencia de trastornos del Cluster C sobre los del Cluster B y el A (estos resultados son parecidos a los de nuestra muestra). Sin embargo, se encontraron pocas diferencias entre diagnósticos específicos de TP, debido al número reducido de casos contrastados. También es de relevancia resaltar que un gran número de diagnósticos de TP probable, se identifican en la muestra global, alrededor de 56 diagnósticos (13 diagnósticos para AN, 18 diagnósticos para BN, y 25 para los TCANE) en el módulo CIE-10, y 40 (8 diagnósticos para la AN, 13 diagnósticos para la BN, y 19 para los TCANE) en el módulo DSM-IV. Este subumbral de personalidad regularmente no se contempla con detalle por la literatura, siendo de gran relevancia en la implicación

clínica (Balsis et al. 2011), manteniendo encubierto su potencial impacto (Tyrer et al., 2011).

Cuando las evaluaciones se realizaron de forma categórica en los subtipos de TCA (purgativo vs. restrictivo), los resultados hallados van en la misma línea que los mencionados anteriormente. El grupo restrictivo tiene un gran número de diagnósticos del cluster C respecto al cluster A. El tipo purgativo tiene más TP del cluster B respecto al subtipo restrictivo. Estos resultados están en la línea de estudios realizados por Guadio y Di Ciommo (2011) quienes encontraron que la patología del cluster B, especialmente en el TP Límite era más prevalente en pacientes con anorexia del subtipo purgativo respecto al restrictivo. En la línea con otros estudios, se encuentra una gran patología de personalidad en pacientes con subtipo purgativo comparado con el restrictivo (Sansone et al. 2005; Sansone y Sansone, 2011). Al apreciar las diferencias entre módulos (CIE-10 vs. DSM-IV) se pueden resaltar más diagnósticos del Cluster B en la CIE-10 y diagnósticos de TPNE en el DSM-IV. Los diagnósticos de TP probables del Cluster B son registrados en gran número en el subtipo purgativo en ambos módulos.

Por otro lado, en el análisis de la perspectiva dimensional entre los diagnósticos de TCA y sus subtipos, revelan algunas diferencias significativas. En el caso de la comparación entre diagnósticos (AN, BN, TCANE) después de aplicar los análisis *post-hoc*, se encontró que los pacientes con Bulimia presentaban más altos puntajes en los TP del Cluster B, y el TP Paranoide con respecto a los pacientes con Anorexia. Por otro lado, encontramos altos puntajes del TP Anancástico en el grupo de Anorexia. Estos resultados parcialmente están en la línea con estudios previos realizados con nomenclatura DSM-IV desde un punto de vista categorial (Cassin y Von Ranson, 2005;

Gaudio y Di Ciommo, 2011; Bottin et al., 2010; Sansone et al. 2005; Sansone y Sansone 2011). No se realizan comparaciones intra e inter diagnósticos y subtipos de TCA a nivel dimensional, debido a que en cada TP se encuentran una serie de criterios diferentes que no hacen posible la comparación entre los diferentes TP.

Este estudio, en concordancia con algunas propuestas (Tyrrer et al., 2011) en relación a la separación de un tipo de población clínica con TP y otra población sin ninguna característica de alteraciones de personalidad, se podría considerar artificial, simple e insuficiente para describir la complejidad subyacente de las alteraciones de la personalidad. Entendemos que la actual perspectiva categorial es necesaria para que los clínicos tomen decisiones clínicas basadas en diagnósticos específicos. Sin embargo, al proporcionar un vínculo entre estas dos perspectivas (categorial vs dimensional) podría verse reflejada con mayor precisión la naturaleza continua de la patología de la personalidad, por medio del concepto de severidad, aportando una descripción más detallada y precisa en los casos de dudosa naturaleza. De hecho, el sistema categorial da sentido a la perspectiva de la investigación clínica con el fin de definir quienes cumplen ciertos requerimientos y quienes no, proporcionando un importante componente, y dándonos un punto de comprensión a nivel conceptual. Por otro lado, la perspectiva dimensional proporciona una más sensible y precisa asistencia en la descripción de nivel de cómo el paciente progresa en el tratamiento, proporcionando una valiosa valoración para el terapeuta. La realidad se presenta en forma dimensional, y su evaluación desde esta perspectiva facilita la aproximación clínica siendo más precisos y matizados, evitando confusiones.

Limitaciones y fortalezas.

En la interpretación de estos resultados debemos considerar varias limitaciones: primero, este estudio está realizado en sólo un centro médico, y los resultados podrían no ser generalizados a la población con TCA. Segundo, los entrevistadores de personalidad no fueron ciegos respecto a los diagnósticos de TCA. Tercero, no hay un grupo control para realizar comparaciones. Finalmente, el grupo de pacientes con bulimia fue reducido y se utilizaron pruebas no paramétricas en el contraste de las puntuaciones dimensional por ser más conservadoras, y el poder de los estadísticos por tanto pudo verse disminuido a raíz de esta decisión. Sin embargo, al comparar por subtipos de TCA (restrictivo vs purgativo) se pudieron utilizar comparaciones más potentes, encontrando resultados similares y consistentes con los revelados en las comparaciones por diagnóstico (AN, BN, TCANE).

Las fortalezas de este estudio son: en nuestro conocimiento es el primero que compara y evalúa la patología de la personalidad desde tres perspectivas específicas: incluyendo evaluaciones a nivel categorial, dimensional y de severidad de los TP (Tyrer et al., 2011), en pacientes adolescentes con trastornos de comportamiento alimentario desde dos taxonomías de valoración de los TP (CIE-10 y DSM-IV). También los resultados son consistentes con estudios previos, contribuyendo a una perspectiva más global de la patología de personalidad en los TCA (Van Hanswick de Jonge et al. 2003). El análisis de cada TP por subtipo de TCA podría ser una perspectiva esclarecedora sobre el conocimiento de la patología de la personalidad, más que la valoración por el diagnóstico, siendo este un campo con potencial desarrollo.

4.5 ESTUDIO V

Magallón-Neri EM, Díaz R, Forns M, Goti J, Canalda G, Castro-Fornieles J. (2012).

Subtypes of adolescents with substance use disorders and psychiatric comorbidity using cluster and discriminant analysis of MMPI-A profiles. *Adicciones*, aceptado 14 de Mayo de 2012.

TÍTULO CORTO

Personality subtypes in adolescents with SUD

FACTOR DE IMPACTO (ISI, 2010): 1.12

CÓMPUTO DE PALABRAS

Resument: 153 palabras

Texto: 4152 palabras

Referencias: 39

Consultar en www.adicciones.es

Subtipos de adolescentes con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica utilizando los análisis de cluster y discriminante de perfiles MMPI-A

Subtypes of adolescents with substance use disorders and psychiatric comorbidity using cluster and discriminant analysis of MMPI-A profiles

ERNESTO MAGALLÓN-NERI^{*,**}; ROSA DÍAZ^{*}; MARIA FORNS^{**};
JAVIER GOTI^{*}; GLORIA CANALDA^{*}; JOSEFINA
CASTRO-FORNIELES^{*,***,****}

^{*}Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, Institute of Neurosciences Hospital Clínic Universitari de Barcelona, SGR1119 and Biomedical Research Center in Mental Health Network CIBERSAM, Spain.
^{**}Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, Faculty of Psychology, University of Barcelona, Spain.
^{***}IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer), Barcelona, Spain.
^{****}Department of Psychiatry and Clinical Psychobiology, Universitat de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Ernesto Magallón.
Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology.
Hospital Clínic Universitari de Barcelona.
C/ Villarroel 170, Barcelona 08036, Spain. emagallonneri@ub.edu

recibido: ██████████
aceptado: ██████████

Resumen

Abstract

El objetivo principal de este estudio fue replicar y ampliar los resultados de estudios previos sobre subtipos de adolescentes con trastorno por uso de sustancias (TUS), de acuerdo con sus perfiles de personalidad en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory for adolescents (MMPI-A). Sesenta pacientes con TUS y comorbilidad psiquiátrica (41.7% hombres, edad media = 15.9 años) completaron el MMPI-A, el Teen Addiction Severity Index (T-ASI), el Child Behaviour Checklist (CBCL), y entrevistas para obtener diagnósticos DSM-IV y medidas del nivel de uso de sustancias. El perfil general de personalidad MMPI-A mostró elevaciones moderadas en las escalas de Desviación Psicopática, Depresión e Histeria. El análisis de cluster jerárquico reveló cuatro perfiles (acting-out, 35% de la muestra; disorganized-conflictive, 15%; normative-impulsive, 15%; y deceptive-concealed, 35%). Se encontraron asociaciones entre el cluster 1, la sintomatología externalizante a nivel clínico del CBCL y los trastornos de conducta, así como entre el cluster 2 y un nivel clínico de síntomas internalizantes y externalizantes del CBCL. El análisis discriminante mostró que las escalas del MMPI-A Depresión, Desviación Psicopática y Psicastenia, clasificaron correctamente el 90% de los pacientes dentro de los subgrupos obtenidos.

Palabras clave: trastorno por uso de sustancias (TUS), MMPI-A, análisis de cluster jerárquico, análisis discriminante, adolescentes.

The main aim of this study was to replicate and extend previous results on subtypes of adolescents with substance use disorders (SUD), according to their Minnesota Multiphasic Personality Inventory for adolescents (MMPI-A) profiles. Sixty patients with SUD and psychiatric comorbidity (41.7% male, mean age = 15.9 years old) completed the MMPI-A, the Teen Addiction Severity Index (T-ASI), the Child Behaviour Checklist (CBCL), and were interviewed in order to determine DSM-IV diagnoses and level of substance use. Mean MMPI-A personality profile showed moderate peaks in Psychopathic Deviate, Depression and Hysteria scales. Hierarchical cluster analysis revealed four profiles (acting-out, 35% of the sample; disorganized-conflictive, 15%; normative-impulsive, 15%; and deceptive-concealed, 35%). External correlates were found between cluster 1, CBCL externalizing symptoms at a clinical level and conduct disorders, and between cluster 2 and mixed CBCL internalized/externalized symptoms at a clinical level. Discriminant analysis showed that Depression, Psychopathic Deviate and Psychasthenia MMPI-A scales correctly classified 90% of the patients into the clusters obtained.

Key words: substance use disorder (SUD), MMPI-A, hierarchical cluster analysis, discriminant analysis, adolescents.

4.6 ESTUDIO VI

Magallón-Neri EM, Díaz R, Forns M, Goti J, Castro-Fornieles J. (2012). **Dimensional model of the Personality Psychopathology-Five (PSY-5) and facets in adolescents with substance use disorders and healthy controls.**

TÍTULO CORTO

PSY-5 in adolescents SUD

CÓMPUTO DE PALABRAS

Resumen: 214 palabras

Texto: 2368 palabras

Referencias: 24

Dimensional model of the Personality Psychopathology-Five (PSY-5) and facets in adolescents with substance use disorders and healthy controls.

4.6.1 Resultados

El conjunto del grupo incluyó 151 adolescentes (edad media = 16.2 años, DT = 0.89; 54% hombres). Sesenta y siete sujetos cumplieron criterios para TUS y completaron un protocolo de evaluación (Media = 16.4, DT = 0.85, rango 15-18 años; 54% hombres). El grupo control sano estuvo conformado por 74 adolescentes (Media = 16.0, DT = 0.90, rango 15-18 años; 53% hombres). En la tabla VI.1, se muestran las diferencias entre grupos. Se identificaron diferencias significativas en la variable edad. Utilizamos el análisis de covarianza (ANCOVA) para realizar los análisis subsecuentes, teniendo en cuenta la edad y el sexo como covariables. Las puntuaciones directas en cada una de las escalas PSY-5 difieren significativamente entre ambos grupos, y el puntaje en la escala DISC muestra la diferencia más amplia. También en todas las facetas de las escalas PSY-5, se muestran diferencias entre los grupos, excepto en las facetas de Grandiosidad / Indignación y Baja sociabilidad. Los puntajes de las escalas psicopatológicas del CBCL de sintomatología internalizante y externalizante y el nivel de uso en cada droga (tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas) muestran diferencias entre grupos. En el caso de la edad de inicio de consumo, es más precoz el consumo en el grupo TUS, observándose diferencias significativas entre ambos grupos en tabaco, cannabis y alcohol.

Tabla VI.1. Diferencias entre subgrupos (SUD vs. Control) en las escalas PSY-5 y sus facetas, psicopatología internalizante/externalizante, edad de inicio y nivel de consumo de drogas.

Variables	Muestra total (n = 151)	TUS (n=77)	Controles Sanos (HC) (n=74)	TUS vs. HC <i>valor p</i>
Socio-demográficas y Condición clínica				
Edad ^a M (DT)	16.13 (0.91)	16.40 (0.85)	16.00 (0.91)	.005**
Sexo ^b n chicos / n chicas	81 / 70	42 / 35	39 / 35	.642 / .425
Comorbilidad ^b n (%)	63 (0.49)	63 (0.82)	---	---
Escalas PSY-5¹	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F (p)
Agresividad (AGGR) ^c	8.09 (3.94)	9.30 (3.92)	6.84 (3.59)	12.64 (.001)**
Psicoticismo(PSYC) ^c	2.62 (2.50)	3.40 (2.61)	1.81 (2.11)	15.31 (<.001)***
Desinhibición (DISC) ^c	9.64 (5.10)	12.69 (4.53)	6.46 (3.48)	82.75 (<.001)***
Introversión (INTR) ^c	6.75 (4.21)	7.64 (4.01)	5.84 (4.26)	8.11 (.005)**
Emocionalidad Negativa/Neuroticismo (NEGE) ^c	11.20 (4.25)	12.12 (4.40)	10.24 (3.90)	9.55 (.002)**
Facetas¹				
Hostilidad ^c	5.03 (3.16)	6.31 (2.99)	3.70 (2.77)	27.36 (<.001)***
Grandiosidad/Indignación ^c	3.06 (1.56)	2.99 (1.50)	3.14 (1.63)	1.29 (.257)
Creencias/Experiencias Psicóticas ^c	1.21 (1.65)	1.70 (1.72)	0.69 (1.40)	16.17 (<.001)***
Mentalidad Extraña ^c	1.42 (1.20)	1.70 (1.25)	1.12 (1.08)	6.67 (.011)*
Actitudes delincuentes ^c	7.01 (3.76)	9.35 (3.32)	4.58 (2.43)	95.06 (<.001)***
Vilación de normas ^c	2.62 (1.69)	3.34 (1.65)	1.88 (1.39)	29.78 (<.001)***
Bajas Expectativas ^c	3.62 (2.44)	4.36(2.59)	2.85 (2.00)	18.49 (<.001)***
Baja Sociabilidad ^c	3.17 (2.54)	3.34 (2.07)	2.99 (2.95)	0.91 (.341)
Psicopatología CBCL²				
Internalizante ^c	57.16 (13.94)	65.17 (14.81)	51.18 (9.69)	39.50 (<.001)***
Externalizante ^c	57.02 (12.51)	66.17 (11.12)	50.18 (8.52)	82.36 (<.001)***
Edad de inicio				
Tabaco ^c	13.61 (1.28)	13.44 (1.17)	13.97 (1.44)	4.67 (.033)*
Alcohol ^c	14.05 (1.15)	13.75 (0.99)	14.38 (1.24)	12.14 (.001)**
Cannabis ^c	14.05 (1.31)	13.84 (1.33)	14.74 (0.96)	8.17 (.005)**
Otras Drogas (cocaína, amfetaminas, etc.) ^c	15.52 (1.14)	15.43 (1.17)	16.33 (0.57)	0.87 (.357)
Nivel de uso				
Tabaco ^c	1.22 (0.78)	1.84 (0.37)	0.58 (0.74)	199.76 (<.001)***
Alcohol ^c	1.09 (0.69)	1.44 (0.57)	0.72 (0.61)	55.70 (<.001)***
Cannabis ^c	1.07 (0.88)	1.82 (0.39)	0.30 (0.52)	396.30 (<.001)***
Otras Drogas (cocaína, amfetaminas, etc.) ^c	0.41 (0.74)	0.78 (0.88)	0.03 (0.16)	46.68 (<.001)***

* p<.05; ** p<.010; ***p<.001; ns=no significativa; ^a = Prueba T de Student;

^b = Chi-cuadrado (gl=1); ^c = ANCOVA después de control sexo y edad.

¹ = Puntuaciones directas; ² = Puntuación en Notas T.

En el grupo control sano se observan algunas correlaciones significativas en la edad de inicio de consumo de drogas, principalmente relacionadas con la escala PSYC ($r = -.433$), específicamente en la faceta de experiencias y creencias psicóticas con cannabis ($r = -.420$). También, la edad de inicio de alcohol, se relaciona con la escala DISC ($r = -.319$) y sus dos facetas, así como también un inicio precoz en el consumo de cannabis y la faceta de actitudes delincuentes ($r = -.425$). Respecto al nivel de uso de drogas, la escala AGGR se muestra ligeramente asociada con alto nivel de uso de alcohol ($r = .225$), cannabis ($r = .281$) y otras drogas ($r = .232$); la escala NEGE solamente muestra una asociación positiva con tabaco ($r = .259$), y la escala DISC con cannabis ($r = .478$), alcohol ($r = .427$) y tabaco ($r = .248$). En detalle la faceta de Hostilidad fue relacionada con cannabis ($r = .252$) y otras drogas ($r = .231$); y la de Mentalidad extravagante con alto nivel de uso de cannabis ($r = .251$) y otras drogas ($r = .254$); las Actitudes delincuentes con tabaco ($r = .270$), alcohol ($r = .429$) y fuertemente con cannabis ($r = .513$); también la faceta de Violación de normas fue relacionada con alcohol ($r = .317$) y cannabis ($r = .311$). Por otro lado se encontraron correlaciones negativas entre consumo de alcohol ($r = -.237$) y cannabis ($r = -.278$) y presentar menor sociabilidad. La psicopatología Internalizante se relaciona con la escala INTR ($r = .253$), específicamente con la faceta de Bajas expectativas ($r = .286$), y la psicopatología externalizante con la escala AGGR ($r = .256$), específicamente con las facetas de Hostilidad ($r = .267$) y Violación de normas ($r = .278$).

Por otro lado, el grupo TUS presenta una ausencia de correlaciones significativas entre las escalas PSY-5 y la edad de inicio para cada una de las drogas. De hecho, solo el nivel de uso de drogas correlaciona positivamente con la escala DISC para alcohol ($r = .272$) y otro tipo de drogas ilegales ($r = .260$) (ej. anfetaminas,

cocaína, etc.), la escala NEGE con tabaco ($r = .264$), cannabis ($r = .315$) y otras drogas ($r = .307$), y la escala PSYC solo con cannabis ($r = .274$). La faceta de actitudes delincuentes muestran correlaciones relevantes con el uso para cada droga excepto para el tabaco. Respecto a la psicopatología, observamos correlaciones significativas en la conducta clínica internalizante con la escala INTR, asociada con sus dos facetas (Bajas expectativas ($r = .438$) y Baja sociabilidad ($r = .340$)).

El modelo de regresión logística (Tabla VI.2), utilizando como variable dependiente el grupo de origen (Control vs TUS) y como variables independientes las escalas PSY-5 controladas por edad y sexo. Los resultados nos muestran que la única escala de patología de personalidad relacionada significativamente con el grupo TUS fue el DISC (OR = 1.44, IC 95% 1.28-1.62; $p < .001$), y el análisis subsecuente de sus facetas revelaron que, la faceta de actitudes delincuentes explicaba la mayor parte de esta pertenencia (OR = 1.75 IC 95% 1.46-2.01; $p < .001$), inclusive de mejor forma que el amplio dominio DISC. Adicionalmente construimos una variable binaria correspondiente al DISC patológico, utilizando las puntuaciones directas de 14 puntos o más para los hombres y de 12 puntos o más para las mujeres (estas puntuaciones están relacionadas con puntajes $T > 65$ clínicamente significativos). Los resultados muestran que esta condición patológica, revela un alto nivel de riesgo (OR = 23.71 IC 95% 6.82-82.38; $p < .001$), más alto que las otras dos variables anteriormente estudiadas, pero una considerable dispersión en su intervalo de confianza y un decremento de su tasa de acierto global.

Tabla VI.2. Análisis de regresión logística binaria tomando como variable dependiente el grupo de origen (Control vs TUS) y las escalas PSY-5 y sus facetas como variables independientes.

Variable	OR	IC 95%	Tasa de acierto
PD escala DISC ^a	1.44***	1.28 – 1.62	77.5%
PD faceta de actitudes delincuentes ^b	1.75***	1.46 – 2.09	77.5%
DISC Patológico ^c	23.71***	6.82 – 82.38	73.5%

IC = intervalo de confianza; OR = Odds Ratio; PD = Puntuación directa; DISC = Disconstraint.

^a Para el modelo global ajustado (sexo, edad), $\chi^2=72.93$, $df=3$, $p<.001$; Nagelkerke $R^2=0.51$

^b Para el modelo global ajustado (sexo, edad), $\chi^2=81.02$, $df=3$, $p<.001$; Nagelkerke $R^2=0.55$

^c Para el modelo global ajustado (sexo, edad), $\chi^2=52.22$, $df=5$, $p<.001$; Nagelkerke $R^2=0.39$

*** $p\leq.001$; ** $p<.010$; * $p<.050$

4.6.2 Discusión

Este estudio es el primero en España en analizar la psicopatología de la personalidad desde el modelo PSY-5 en una muestra adolescente, que incluye pacientes con TUS y controles sanos. Se han detectado diferencias significativas entre ambos grupos (control sano vs. TUS) en los perfiles de personalidad y niveles de uso de sustancia. Identificándose un patrón con diferencias significativas en la edad de inicio de consumo de drogas. Se han obtenido moderadas correlaciones entre la escala DISC y el nivel de uso de drogas. También se observaron altos puntajes en varias escalas dimensionales del modelo PSY-5, que correlacionaron positivamente con puntajes de síntomas psicopatológicos del espectro internalizante y externalizante del CBCL.

Nuestros resultados confirman, al menos parcialmente resultados previos de otros autores, basados en el modelo PSY-5 en adultos y adolescentes (Bagby, Selbom, Costa, Widiger, 2008; Veltri, et al., 2009; Bolinsky et al., 2004). Hemos replicado las observaciones que relacionan altos puntajes en sintomatología clínica con altos puntajes en las escalas PSY-5 (Stokes, Pogge, Sarnicola, McGrath, 2009). También se observaron fuertes relaciones entre la escala DISC con un temprano y más intenso uso de alcohol y cannabis. Sin embargo, algunos de nuestros resultados no los esperábamos. Por ejemplo, los efectos de las escalas de personalidad registrados en nuestro grupo con TUS en muchas de estas asociaciones identificadas en el grupo control carecen de peso, e inclusive algunas cambiaron su tendencia, como por ejemplo es el caso de la Emocionalidad Negativa (NEGE), presenta correlaciones más intensas con el nivel de consumo en distintas drogas (tabaco, cannabis y otras drogas), incluso más que la escala DISC. Una posible explicación de este fenómeno puede ser debido al efecto que añade la comorbilidad psiquiátrica en el grupo TUS. Estudios previos han registrado una alta prevalencia de comorbilidad entre adolescentes con TUS (Couwenbergh et al., 2006), siendo la más alta con el trastorno de conducta antisocial (Myers, et al., 1998) y otros trastornos de conducta disruptiva (Martel et al., 2009), pero también con trastornos afectivos (Kandel et al., 1999) y éste sería un factor importante a contemplar y controlar en futuros estudios.

En estudios previos realizados con adolescentes, se encontraron relaciones entre la escala DISC del PSY-5 con psicopatología del tipo externalizante, consumo de drogas, promiscuidad sexual, y una gran variedad de conductas asociadas a la desinhibición (McNulty et al., 1997; Stokes et al., 2009). En nuestro estudio, algunas de éstas relaciones están moderadamente sustentadas, tales como un consumo de alcohol

más precoz en el grupo normativo y mayor consumo de alcohol y otras drogas como la cocaína y derivados anfetamínicos en el grupo TUS.

La escala DISC muestra una gran poder explicativo de la varianza de los problemas asociados con el consumo de drogas, y su condición patológica presenta un claro indicador de riesgo para pertenecer al grupo TUS. Sin embargo, es importante considerar que la faceta de actitudes delincuentes, podría explicar en gran parte esta relación, siendo un predictor consistente de alto consumo de tabaco, alcohol y cannabis en población normativa y de alcohol, cannabis y otras drogas en población TUS. Creemos en la importancia de realizar en el futuro un estudio detallado de esta faceta, con el fin de entender el impacto de estas conductas en la relación con los TUS en adolescentes con patología psiquiátrica y desarrollar intervenciones preventivas en población comunitaria, basadas en características de personalidad y estrategias de afrontamiento (Conrod et al., 2010).

Estos resultados son preliminares y deberían ser replicados en muestras de mayor tamaño. Sin embargo, este estudio proporciona una aproximación hacia los modelos dimensionales de la patología de la personalidad y su relación con el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes.

4.7 ESTUDIO VII

Magallón-Neri EM, Canalda, G, Forns M, De la Fuente JE, Pérez A, Castro-Fornieles J. (2012). **Personalidad, psicopatología y estilos de afrontamiento: un estudio caso-control con adolescentes con trastorno del comportamiento alimentario.**

TÍTULO CORTO

Personalidad y afrontamiento en TCA

CÓMPUTO DE PALABRAS

Resumen: 283 palabras

Texto: 2676 palabras

Referencias: 25

**Personalidad, psicopatología y estilos de afrontamiento: un estudio caso-control
con adolescentes con trastorno del comportamiento alimentario.**

4.7.1 Resultados

En los estadísticos descriptivos para la muestra general y los correspondientes para cada uno de los grupos de estudio (control y TCA) las diferencias significativas encontradas entre ambos grupos, hay puntajes más altos en el estilo de afrontamiento improductivo ($p = .002$), y una mayor afectación de las actitudes alimentarias ($p < .001$) en el grupo TCA respecto al control, reflejando la naturaleza del grupo clínico. En cuanto el perfil de personalidad, sólo dos rasgos diferencian entre ambos grupos: una baja auto-dirección ($p < .001$) y una alta evitación al riesgo ($p = .029$) en el grupo TCA. Respecto a la sintomatología percibida por los instrumentos CBCL y YSR, mostrada en las escalas de amplio espectro de sintomatología internalizante (CBCL $p < .001$ y YSR $p < .001$) y externalizante (CBCL $p = .008$ y YSR $p = .009$), se pueden observar mayor afectación en el grupo TCA. Cabe señalar que estos dos últimos instrumentos basados en el modelo de Achenbach, se ha registrado una menor sintomatología percibida en la versión adolescente (YSR), en comparación con la versión de los padres, mostrándose amplias diferencias significativas entre ambas versiones (YSR vs CBCL) y entre grupos (TCA vs Control) ($p < .001$). En cuanto a la edad de inicio de consumo en las diferentes drogas, no se aprecian diferencias significativas.

Por otro lado, se calcularon correlaciones de Pearson, en el total de la muestra entre los rasgos de personalidad (temperamento y carácter) del TCI-R y las estrategias y estilos de afrontamiento del ACS. Las asociaciones de mayor potencia ($r \geq .40$) se encontraron entre el rasgo de temperamento de búsqueda de novedad, por una parte, con

el bajo uso de la estrategia de reservárselo para sí mismo ($r = -.44$) y, por otra, con la utilización de diversiones relajantes ($r = .43$). En el rasgo temperamental de evitación al riesgo se obtuvieron correlaciones positivas con las estrategias de falta de afrontamiento ($r = .42$) y autoinculparse ($r = .45$) así como con el estilo de afrontamiento improductivo ($r = .48$); en cambio se obtuvieron correlaciones negativas con las estrategias de resolución de problemas ($r = -.44$), fijarse en lo positivo ($r = -.46$), y un estilo de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas ($r = -.43$). El rasgo temperamental de dependencia a la recompensa muestra asociaciones positivas con la estrategia de búsqueda de apoyo social ($r = .49$) y el estilo de afrontamiento relacionado con los demás ($r = .53$) y correlaciona negativamente con la estrategia de reservárselo para sí mismo ($r = -.67$). El rasgo de persistencia obtuvo correlaciones positivas principalmente en las estrategias de resolución de problemas ($r = .40$), esforzarse por obtener el éxito ($r = .56$) y un estilo de afrontamiento enfocado a la resolución de problemas ($r = .53$). El rasgo de autodirección fue asociado positivamente principalmente con las estrategias de fijarse en lo positivo ($r = .45$), y el estilo de afrontamiento enfocado a la resolución de problemas ($r = .42$) y negativamente principalmente con las estrategias de falta de afrontamiento ($r = -.40$), reducción de la tensión ($r = -.50$), autoinculparse ($r = -.43$) y el estilo de afrontamiento improductivo ($r = -.56$).

Por último, en la tabla VII.1 se observa la distribución de las personas que presentaron perfiles considerados dentro del rango de patología de personalidad por el TCI-R (Autodirección y Cooperación con percentiles ≤ 33). En el conjunto de la muestra cuando se contrastan los grupos control y TCA hay diferencias significativas con mayor cantidad de personas identificadas con patología de personalidad en el grupo

TCA. Al realizar un análisis más exhaustivo por diagnósticos, no se aprecian grandes diferencias, en las frecuencias de las personas con patología de personalidad entre diagnósticos o subgrupos. Sin embargo, cuando son consideradas las proporciones en relación al grupo de referencia, se presenta una mayor proporción de patología de personalidad en los pacientes con BN (75%) o del subtipo purgativo (71%).

Tabla VII. 1. Frecuencia y porcentajes de patología de la personalidad por grupos, diagnósticos y subtipos de TCA.

TCI-R	Control N = 36	TCA N = 36	AN n = 15	BN n = 8	TCANE n = 13	Restrictivo n = 22	Purgativo n = 14
No PP	26 (.72)	14 (.39)	7 (.46)	2 (.25)	5 (.39)	10 (.45)	4 (.29)
Si PP	10 (.28)	22 (.61)*	8 (.54)	6 (.75)	8 (.61)	12 (.55)	10 (.71)

PP = patología de personalidad; TCA = trastorno del comportamiento alimentarios; AN = Anorexia nerviosa, BN = Bulimia Nerviosa, TCANE = Trastorno del comportamiento alimentario no especificado.
* Pruebas de chi-cuadrado con $p < .05$

4.7.2 Discusión

Este estudio piloto, es uno de los primeros en evaluar patrones de afrontamiento, con variables de personalidad y psicopatología en adolescentes con TCA comparados con un grupo control sano.

Entre los resultados a comentar en este estudio son el confirmar lo encontrado en estudios previos, como es el hecho de encontrar un acentuada utilización del estilo de afrontamiento improductivo en el grupo con TCA (García-Grau et al., 2002; Hasking, 2006).

Respecto al perfil de personalidad basado en el modelo de temperamento y carácter de Cloninger evaluado con el TCI-R, en el grupo con TCA se encontró al igual que otros estudios una acentuada disminución del rasgo de Autodirección (Abbate-Daga et al., 2007) y alta Evitación al Riesgo (Fassino et al., 2004). Así también, en

concordancia con algunos estudios realizados con adultos, se encontró una mayor proporción de patología de personalidad en el subtipo purgativo respecto al restrictivo y el control (Cassin y Von Ranson, 2005, Díaz-Marsá et al., 2000; Godt, 2008).

Otro de los resultados que merece ser destacado es el hecho de encontrar asociaciones globalmente coherentes entre la utilización de ciertas estrategias de afrontamiento y rasgos específicos de personalidad. Entre ellas destacamos:

- a) El rasgo de Búsqueda de Novedad, en este caso se encuentra asociado con una alta inversión en la consolidación de amistades y búsqueda de diversión, evitando el retraimiento personal.
- b) una alta puntuación en el rasgo de Evitación al Riesgo, se presenta en personas evitadoras, tienden a ser pesimistas y a autoinculparse de sus problemas, debido a una postura pasiva en el afrontamiento centrada en las emociones.
- c) una gran Dependencia a la Recompensa es presentada en personas que buscan apoyo social, evitando el retraimiento personal, dirigido esencialmente a un estilo de afrontamiento con sobreimplicación social orientada hacia los demás.
- d) la Persistencia en nuestros resultados esta vinculado consistentemente a perseguir el afrontamiento de los problemas de forma activa. Este rasgo de personalidad entraría en congruencia con el modelo de roles presentado por Serpell, Walter, Fearon y Meyer (2009) en relación a la persistencia vs perseverancia. Estos autores encontraron que la persistencia (capacidad para mantenerse, para llegar a una meta incluso cuando la tarea es difícil) se asociaba a niveles más bajos de psicopatología, mientras que la perseverancia (tendencia a seguir un comportamiento, incluso cuando deja de ser eficaz o satisfactorio) se

asociaba con mayor psicopatología, como lo sería una actitud rumiativa en personalidades obsesivas.

- e) Por otro lado, una mayor Autodirección se asocia una actitud optimista ante los eventos problemáticos y utilizar al mínimo estrategias improductivas. Este comportamiento activo orientado hacia la búsqueda de resolución de problemas, pondría en marcha mecanismos saludables de gestión de los recursos personales y crecimiento individual (Frydenberg y Lewis, 1993).
- f) El rasgo de Cooperación obtuvo solo moderadas correlaciones que sugieren en general una ligera tendencia a un estilo de afrontamiento orientado a la resolución de problemas.
- g) Por último, el rasgo de Autotrascendencia está vinculado al estilo orientado a la resolución de problemas, pero con una moderada utilización de las estrategias de hacerse ilusiones y utilizar distracciones relajantes, en otras palabras, un afrontamiento más pasivo.

Estos resultados expresados desde modelos teóricamente diferenciados, relacionados con aspectos constitucionales del individuo (temperamento y carácter) vs. modelos más relacionados con la gestión de recursos individuales en base al contexto situacional (afrontamiento), muestran tentativamente un grado de vinculación, que podría ser estudiado con mayor profundidad en estudios posteriores.

Limitaciones y fortalezas

El tamaño de los grupos es relativamente pequeño, sin embargo, el hecho de ser un estudio caso-control apareados por sexo, edad y grado escolar, y que uno de los grupos (control) fuese obtenido a través de un muestreo aleatorio estratificado, da mayor

robustez a los resultados obtenidos. Aunque el análisis por diagnósticos y subtipos sea limitado no se encontraron diferencias significativas a priori, dando una mayor validez (en el sentido de partir en principio de situaciones similares para el contraste).

Entre las fortalezas del estudio se encuentran: el análisis de una considerable cantidad de variables, que en su conjunto son congruentes con el modelo explicativo de estilos y estrategias de afrontamiento respecto a rasgos específicos de personalidad (temperamento y carácter), proporcionando una base para el desarrollo de nuevas investigaciones orientadas en la misma línea. Un proyecto a futuro, es expandir dichos resultados con una muestra de adolescentes con trastornos por uso de sustancias (TUS), que nos permitan establecer vínculos en relación a los estilos de afrontamiento utilizados entre ambas conductas psicopatológicas (TCA y TUS).

5. CONCLUSIONES.

Las conclusiones derivadas de esta tesis, se enlistan a continuación para cada uno de los estudios realizados y una síntesis integral del conjunto de estos.

Estudio I.

- La existencia de TP en la adolescencia es asociado con un incremento en el uso de servicios de salud mental.
- Un gran número de hospitalizaciones psiquiátricas sugiere una mayor probabilidad de que un TP este presente.

Estudio II.

- Grandes discrepancias entre los instrumentos de auto-informe, con respecto al “gold Standard”, plantean varias cuestiones acerca del uso exclusivo de estos instrumentos en adolescentes con trastornos psiquiátricos.
- La evaluación en profundidad de la patología de personalidad es necesaria antes de que un TP pueda ser confirmado en la adolescencia.

Estudio III.

- El punto de corte para un cribaje primario de patología de personalidad impulsivo-límite, valorada con el IPDE-SQ bajo criterios CIE-10, es de 3 puntos positivos; en cambio para el TP límite del DSM-IV son necesarios 5 puntos.

- Por otro lado, en el cribaje secundario se sugiere un punto de corte de 4 para estos trastornos del CIE-10 y de 6 puntos para el TP límite del DSM-IV, proporcionando una valoración clínica más precisa.

Estudio IV.

- Un tercio de los adolescentes con TCA cumplen criterios para un TP.
- El subtipo purgativo es el que presentó más patología asociada a los TP del cluster B.
- El sistema dimensional fortalece la estimación del modelo categorial, y el contemplar los grados de severidad de la patología de la personalidad proporciona un vínculo entre estas dos perspectivas.

Estudio V.

- El estudio piloto realizado encontró una clasificación de cuatro perfiles de personalidad en adolescentes con TUS y otros diagnósticos psiquiátricos.
- Las escalas de depresión, psicastenia y desviación psicopática del MMPI-A mostraron una mejor discriminación entre estos cuatro subtipos.

Estudio VI.

- El modelo dimensional PSY-5, es congruente con las manifestaciones psicopatológicas encontradas en pacientes adolescentes con trastornos psiquiátricos.

- El dominio de *Disconstraint* y su faceta de actitudes delincuentes, son un buen indicador para discriminar a los adolescentes con problemas de uso de sustancias adictivas, respecto al grupo control sano.

Estudio VII.

- Las pacientes adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario, utilizan más el estilo de afrontamiento improductivo, respecto a los controles sanos.
- Los rasgos de personalidad de los pacientes con TCA que presentan diferencias significativas respecto a las participantes del grupo control, son una alta evitación al riesgo y menor autodirección.

En síntesis, esta serie de estudios, proporcionan una amplia visión del impacto de la patología de la personalidad en la adolescencia, y sustenta que el uso de medidas dimensionales de evaluación de la personalidad puede ser muy útil y complementario a la exploración clínica.

El primer estudio nos proporcionó una aproximación acerca del uso de servicios de salud mental en adolescentes con patología psiquiátrica, observándose que el contar con criterios para al menos un TP involucraba un mayor uso de servicios psiquiátricos. Estos resultados son consistentes en parte con estudios previos realizados en población adulta, con algunas particularidades diferenciales tales como: en adolescentes se produce un patrón de consumo similar en ingresos hospitalarios y urgencias de psiquiatría, pero sin ser tan acentuado el consumo de consultas externas. La aportación básica de este estudio es la siguiente: el observar que un usuario presenta un aumento en

la demanda constante de los servicios de asistencia en salud mental, durante la fase de la adolescencia, puede ser un indicador de posible alteración de la personalidad. Este factor jugaría un rol importante, que podría ser de gran ayuda en la asignación de recursos de los servicios de asistencia sanitaria, ya que podría orientar estrategias de tratamiento específicas basadas en una aproximación de las características de la personalidad. Una sugerencia relevante de este estudio es que en la asistencia sanitaria se debería realizar una concienzuda evaluación clínica, que incluyera el análisis de la patología de la personalidad, con el objetivo de promover una mayor eficacia en la intervención terapéutica posterior, evitando malgastar a largo plazo recursos sanitarios, los cuales podrían ser ahorrados, si la inversión inicial fuera más específica y de mayor calidad.

Ésto nos lleva a la importancia de contar con metodologías e instrumentos fiables para la identificación de la patología de la personalidad en la adolescencia. Como vemos reflejado en el segundo estudio, su detección es muy relativa. Se observan diferencias relevantes en su detección según el criterio metodológico, la aproximación teórica, el tipo de instrumento o punto de corte que se utilice para su identificación y también en relación al estilo de respuesta de los adolescentes. Las diferencias en los porcentajes de identificación alcanzan valores en los que un instrumento dobla, a veces el porcentaje del otro. La valoración de este aspecto, tiene un *handicap* añadido cuando ésta condición patológica es valorada durante la infancia y la adolescencia. Los factores de consistencia y estabilidad en las alteraciones de la personalidad en estas etapas, se encuentran en constante desarrollo, presentando mayor variabilidad y menor consistencia, que en etapas de edad más avanzadas. Ésto en teoría, podría ser aprovechado como situación potencial de intervención preventiva. Ante situaciones de

riesgo para el desarrollo de una personalidad patológica, beneficiándose del factor de plasticidad en los esquemas personales, que a medida que el individuo crece se van consolidando y por tanto endureciendo. Una de las aportaciones básicas de este estudio radica en haber puesto en evidencia los desfases en cuanto a la calidad de identificación de los instrumentos, lo cual ha llevado a cuestionarse los puntos de corte empleados, y a tomar la decisión de la necesidad de revisarlos, en relación a los dos aspectos claves de “diagnóstico definitivo y probable”, aspecto que es retomado en el tercer estudio en relación específica al TP Impulsivo y Límite de la CIE-10 y el TP Límite del DSM-IV.

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es uno de los trastornos más estudiados en la adolescencia, por su diversa y heterogénea proyección, prevalencia e implicaciones clínicas a nivel de afectación en el desarrollo personal, familiar, relacional y social. De ahí, la importancia en su identificación con pruebas específicas que nos ayuden a reconocer éste tipo de patología en adolescentes psiquiátricos con mayor fiabilidad. En las fases iniciales de exploración clínica, se pretende conseguir una eficacia máxima en la identificación del diagnóstico diferencial, y se persigue el objetivo de reducir la inversión de una gran cantidad de recursos (tiempo y esfuerzo), utilizando para ello instrumentos o pruebas de detección cortas como los *screenings*.

El tercer estudio nos proporcionó una visión acerca del establecimiento de los puntos de corte óptimos para el instrumento de cribaje IPDE-SQ, para este tipo de patología de la personalidad. El estudio revisó los criterios de corte considerando tres agrupaciones clínicas (solo TP positivo versus Negativos; TP positivo versus TP Negativo + probable; y TP positivo + probable vs negativos). La principal aportación del trabajo está en la variación de los puntos de corte, vinculadas a las formas de medida de la CIE-10, que quedarían en 3 puntos y en la DSM-IV, que quedaría fijado en 5

puntos. Estos distintos puntos de corte, sugieren que estos instrumentos pueden ser ajustados y optimizados en sus resultados, en la medida de nuestras expectativas, tanto desde el punto de vista científico, sanitario o clínico, convirtiéndose en una herramienta útil para la identificación de estos TP. Teniendo siempre en cuenta que estos instrumentos, no deben ser considerados como sustitutos del propio proceso de valoración clínica.

Nuestro trabajo ha priorizado el análisis de aspectos específicos de dos otras entidades clínicas, los TCA y los TUS, y ha profundizado sobre sus relaciones con los TP en los adolescentes.

A partir de los datos aportados en nuestro cuarto estudio, ahora tenemos conocimiento que alrededor de un tercio de las pacientes adolescentes que presentan un TCA, pueden llegar a cumplir criterios para al menos un TP. Hemos encontrado también que los TP del clúster B son más prevalentes en los diagnósticos de Bulimia, los del clúster C en Anorexia en el módulo DSM-IV, y un patrón mixto del clúster B, C fue encontrado en los TCANE. Las pacientes con un patrón esencialmente del tipo purgativo tendrían más probabilidad de presentar un TP en comparación con las personas del subtipo restrictivo. El valorar la severidad de la patología de la personalidad, aporta la evidencia que un abundante número de diagnósticos de TP probables se mantienen enmascarados dentro del proceso de valoración clínica.

La conclusión derivada de este estudio fue, en la línea de divulgar los modelos dimensionales que aportan una perspectiva más precisa acerca del grado de afectación y evolución que presenta cada individuo dentro del proceso terapéutico. Sin olvidarnos de la importancia de establecer puntos de corte y la división de los umbrales psicopatológicos que aportan los modelos categoriales.

En relación con el otro grupo clínico analizado, el de pacientes adolescentes con TUS, se han identificado la existencia de diferentes perfiles de personalidad, y se ha profundizado en qué variables del MMPI-A muestran mayor poder discriminativo en relación a los cuatro perfiles establecidos. Asimismo se ha profundizado en las escalas del MMPI-A relacionadas con las drogas, y se ha identificado el perfil en estas escalas para los cuatro tipos de perfiles identificados en los pacientes TUS. Todo ello permite comprender las características diferenciales de la personalidad que podrían servir de apoyo en el diseño y desarrollo de estrategias de intervención. Ésto se expresa en el trabajo a través de propuestas de intervención que incluyen aspectos cómo: la aproximación al problema, la adherencia, el conocimiento del rol que juega la comorbilidad, el patrón de consumo global para cada tipo de sustancia y las áreas de afectación (individual, familiar, escolar, psiquiátrica, legal, etc.) derivadas de la severidad del consumo. Ésto en su conjunto proporcionó un conocimiento adicional al registrado en estudios previos.

El estudio de las características de personalidad en pacientes adolescentes con TUS, fue extendido a una perspectiva de evaluación dimensional por medio del Personality Psychopathology Five (PSY-5) del MMPI-A. Este estudio incluyó un grupo control sano. Este es uno de los pocos estudios que comparan los valores medios de las escalas PSY-5 en sus dimensiones globales y en sus facetas, entre adolescentes con y sin TUS, y que relacionan estos datos con una medida global de malestar psicopatológico (CBCL), la edad de inicio y los niveles de uso en diferentes drogas. Una de las conclusiones más relevantes es que el presentar un mayor nivel de alteraciones clínicas, estaba asociado a características psicopatológicas de la personalidad respecto al grupo control comunitario. A su vez, también este estudio nos

proporcionó un indicador consistente para la identificación de personas con alteraciones asociadas al consumo de drogas y que en su grado más intenso podrían desembocar en un TUS. Este indicador estaría asociado a la escala de *Disconstraint* (desinhibición) del modelo PSY-5, la cual expresa características de impulsividad, toma de riesgo, aburrimiento y rechazo a la rutinas, búsqueda de sensaciones, etc. De modo muy específico esta asociación se ve potenciada en la faceta de nominada como de actitudes delincuentes.

Por último, en el séptimo estudio y en la línea con el anterior, se ha insistido en la promoción del uso modelos dimensionales de la personalidad, como simultáneos y complementarios a los métodos clínicos. En este trabajo se desarrollaron las bases para un estudio más amplio, que ahora se presenta como un estudio piloto con pacientes con TCA. En este estudio se aborda la patología de la personalidad en adolescentes pacientes TCA medida a través del modelo de Temperamento y Carácter de Cloninger en conjunto con características de afrontamiento, comparadas con un grupo control comunitario. En él, se identificó a grandes rasgos una mayor tendencia al uso del estilo de afrontamiento improductivo, que se caracterizaría por el uso de estrategias evitativas, de distracción y de desahogo emocional. También se identifica la presencia de un perfil de personalidad de baja autodirección y de acusada sintomatología internalizante, en pacientes con alteraciones alimentarias.

La vinculación entre los conceptos de personalidad y afrontamiento en sujetos con alteraciones psicopatológicas, es un campo de estudio que merece nuestra atención. No solo desde la perspectiva de descubrir características anómalas que pueden presentar las personas en una situación de afectación psiquiátrica o en población comunitaria, sino también para desarrollar propuestas en la promoción de aquellas estrategias y estilos de

afrontamiento, en conjunto con rasgos específicos de personalidad, que ayuden a fomentar el desarrollo orientado hacia el bienestar personal.

Conclusión final.

Una considerable cantidad de adolescentes con alteraciones psiquiátricas del Eje I, cumplen criterios para al menos un TP, sin embargo, muy pocos tienen un diagnóstico clínico confirmado. La identificación de la patología de la personalidad depende en gran medida del tipo de metodología e instrumentos de evaluación que son utilizados. Se sugiere trabajar hacia modelos híbridos en la evaluación de la patología de la personalidad, que incluyan las bondades de identificación del status categórico de la psicopatología, así como aquellos que nos permitan matizar y precisar en una valoración dimensional. La inclusión del concepto de severidad en la patología de la personalidad, tiene en esencia un buen argumento para vincular estas dos perspectivas, en teoría alejadas. En el estudio de conductas psicopatológicas específicas como los TUS y los TCA es importante considerar las características de personalidad patológica subyacentes, debido a que estas pueden proporcionarnos indicios de gran valor para la identificación de factores de riesgo.

El conjunto de esta Tesis aporta información relevante sobre la relación entre diagnóstico clínico categorial, y clarificaciones complementarias a este diagnóstico desde la perspectiva dimensional en la exploración de la personalidad, en línea con las futuras propuestas que se están desarrollando para el DSM-V y la CIE-11. Nuestros datos sugieren que la integración de sistemas clasificatorios dimensionales y categoriales es posible, y es una necesidad evidente para la mejora de los servicios de asistencia clínica.

Propuestas futuras.

- Ampliar el estudio de estilo y estrategias de afrontamiento con pacientes TUS y realizar una comparativa con controles sanos y TCA.
- Realizar un estudio que identifique modelos de predicción de patología de la personalidad, basados en la teoría de Cloninger (TCI-R) o el Personality Psychopathology Five (PSY-5) en correspondencia con las puntuaciones dimensionales de la entrevista semiestructurada IPDE.
- Analizar en profundidad la implicación clínica y de asistencia sanitaria, en relación con el concepto de severidad de la patología de personalidad Impulsivo-Límite en la adolescencia.
- Por último, sería de gran interés desarrollar y ampliar estos estudios longitudinalmente. En los cuales se valore el impacto de la patología de la personalidad y el efecto del tratamiento psiquiátrico.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abad, J., Forns, M. y Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 18*, 2, 149-157.
- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Malfi, G., Piero, A., y Fassino, S. (2007). Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students. *European Eating Disorders Review, 15*, 471-478.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas Zetina, J.A., Pérez Soriano, A.M., and Villanueva Colin, G. (2007). Validity and Reliability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*, 393-399.
- Aldwin, C. y Reverson, T. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 337-348.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III* (3rd ed). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-R* (3rd ed. rev.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed. rev.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (2011). *DSM-5 proposed revision for Personality and Personality disorders*. Washington, D.C.:APA. Updated June 21, 2011. Consultado el 17 de enero, 2012, de <http://www.dsm5.org/PROPOSEDREVISIONS/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>
- Archer, R. P. (2005). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. (3rd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arnold, W. (1975). *Persona, carácter y personalidad*. Barcelona: Herder.

- Babor, T. F., Hofmann, M., Del Boca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R., Dolinsky, Z. S. y Rousanville, B. (1992). Types of alcoholics. I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Bagby, R. M., Sellbom, M., Costa, P. T., y Widiger, T. A. (2008). Predicting *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* personality disorders with the five-factor model of personality and the personality psychopathology five. *Personality and Mental Health* 2, 55-69.
- Ball, S. A., Tennen, H., Poling J.C., Kranzler, H. R., y Rousanville, B. J. (1997). Personality, temperament and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (4), 545-553.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., y Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111, 33-51.
- Balsis, S., Lowmaster, S., Cooper, L. D., y Benge, J. F. (2011). Personality disorder diagnostic thresholds correspond to different levels of latent pathology. *Journal of Personality Disorders*, 25, 115-127.
- Barnow, S., Herpertz, S., Spitzer, C., Dudeck, M., Grabe, H. J., Freyberger, H. J. (2006). Categorical versus dimensional classification of personality disorders: are dimensional models the future?. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 74(12), 706-13.
- Bayón, C., Hill, K., Svrakic, D. M., Przybeck, T.H., y Cloninger, C.R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 341-352.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., et al. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M.T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Yen, S., McGlashan, T. H., y Gunderson, J. G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 57, 254-257.

- Beecham, J. K., Green, J., Jacobs, B., y Dunn, G. (2009). Cost variation in child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 18, 535-542.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, N., Schawb-Stone, M., Siever, L., y Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S., y Brook, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 907-913.
- Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J., et al. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 536-561.
- Billings, A. G., y Moos, R. H. (1984). Coping stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García E., Dervic K., Perez-Rodriguez M. M., Saiz-Gonzalez M. D., Saiz-Ruiz J., et al. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 149-155.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Duberstein, P., Perez-Rodriguez, M. M., Dervic, K., Saiz-Ruiz, J., et al. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of Personality Disorders*, 24, 773-784.
- Bolinsky, P.K., Arnau, R.C., Archer, R.P., y Handel, R.,W. (2004). A Replication of the MMPI-A PSY-5 Scales and Development of Facet Subscales. *Assessment*, 11:40-48.
- Bornoalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., y McCgue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21, 1335-1353.
- Bottin, J., Salbach-Andrae, H., Schneider, N., Pfeiffer, E., Lenz, K., y Lehmkuhl, U. (2010). Personality disorders in adolescents patients with anorexia and bulimia

- nervosa. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 341-350.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y., y Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent: Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calvete, E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56.
- Carranza, J. A. y González, C. S. (2003). *Temperamento en la infancia. Aspectos conceptuales básicos*. Barcelona. Ariel
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. E., y Weintraun, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 267-283.
- Caspi, A., Roberts, B. W., y Shinner R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Cassin, S. E. y Von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., y Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorders in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526-541.
- Chanen, A., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., y Jackson, H. (2008a). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 353-364.
- Chanen, A. M. y McCutcheon, L. K. (2008). Complex Case personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2, 35-41
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., y Johnson, J. (2006). Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 39, 14-19.

- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., Johnson, J., Berenson, K., y Gordon, K. (2006). Impact of adolescent mental disorders and physical illness on quality of life 17 years later. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160, 93-99.
- Chess, S. y Thomas, A. (1996). *Temperament. Theory and practice*. New York: Brunner/Mazel.
- Cicchetti, y Tyrer, P. (1988). Reliability and validity of personality assessment. In P. Tyrer (Ed.) *Personality Disorders. Diagnosis, Management and Course* (pp. 63-73). Wright. London: Anchor-Brendon.
- Clark, L. A. (1993). *The schedule for nonadaptive and adaptive personality*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Clark, L. A. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 27-31.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., y Wetzell, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louis (Mo): Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R. (1999). *The temperament and character inventory-revised (TCI-R)*. St. Louise, (Mo): Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Comtois K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., y Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54, 1149-1154.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., y Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 67, 85-93.
- Costa, P. T., Somrfield, M. R., McCrae, R. R. (1996). Personality and coping reconceptualization. En Zeidner M., Endler, N. S. (Eds.). *Handbook of coping : Theory research and application* (pp. 44-61). Nueva York: Wiley.
- Couwenbergh, C., Van den Brink, W., Zwart, K., Vreugdenhil, C., Van Wijngaarden-Cremers, P., y Van der Gaag, R. J. (2006). Comorbid psychopathology in

- adolescents and young adults treated for substance use disorders: A review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*, 319-328.
- Crawford, T. N., Cohen, P., First, M. B., Skodol, A. E., Johnson, J. G., y Kasen, S. (2008). Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence. *Archives of General Psychiatry*, *65*, 641-648.
- De Bolle, M., De Clercq, B., Pham-Scottet, A., Mels, S., Rolland, J-P., Guelfi, J. D., Braet, C., y De Fruyt, F. (2011). Personality pathology comorbidity in adult females with eating disorders. *Journal of Health Psychology*, *16*, 303-313
- De Clercq, B. y De Fruyt, F. (2007). Childhood antecedents of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*, 57-61.
- De Clercq, B. y De Fruyt, F. (in press). A Five-Factor model framework for understanding childhood personality disorder antecedents. *Journal of Personality*. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2012.00778.x
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., & Mervielde, I. (2006). The structure of maladaptive personality traits in childhood: A step toward an integrative developmental perspective for *DSM-5*. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 639-657.
- Delaney, K. R., y Fogg, L. (2005). Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatric Services*, *56*, 186-192.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Díaz, R., Castro-Fornieles, J., Serrano, L., González, L., Calvo, R., Goti, J., Kaminer, Y., y Gual, A. (2008). Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). *Addictive Behaviors*, *33*, 188-195.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L., y Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 352-359.
- Egan, S., Nathan, P., y Lumley, M. (2003). Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*, 484-491.

- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). New criteria for personality disorders in DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 1-11.
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., & Abbate Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81-90.
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., y Hutschbaut, J. (2011). Prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II disorders among treatment refractory adolescent admitted for specialized psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 842-850.
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: a guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 532-538.
- Ferguson, C. J. (2010). A meta-analysis of normal and disordered personality across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 659-667.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-12.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Forcano, L., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Bulik, C., Granero, R., Gratacòs, M., et al. (2009). Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*, 24: 91-97.
- Forns, M., Kirchner, T., Abad, J., y Amador J.A. (in press). Differences between genders in coping: different coping strategies or different stressors?. *Anuario de Psicología*.
- Freeman, A. y Reinecke, M. (2007). *Personality Disorders in Childhood and Adolescence*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1993). Boys plays sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.

- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). *Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para Adolescentes*. Adaptado por J. Pereña y N. Seisdedos. Madrid: TEA (Orig. 1993).
- Gallucci, N. T. (1997). On identification of patterns of substance abuse with the MMPI-A scales. *Psychological Assessment*, 9, 224-232.
- García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C. y Bados, A. (2002). Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 116-120.
- García-Grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C. y Bados, A. (2004). Coping style and vulnerability to eating disorders in adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 12, 61-67.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) Eating Disorder Inventory-2*. Madrid: TEA ediciones.
- Garner, B. R., Godley, S. H., y Funk, R. R. (2008). Predictors of early therapeutic alliance among adolescents in substance abuse treatment. *Psychoactive drugs*, 40 (1), 55-65.
- Gárriz, M. y Gutiérrez, F. (2009). Personality disorders screenings: a meta-analysis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 148-152.
- Gartner, A. F., Marcus, R. F., Halmi, K. y Loranger, A. W. (1989). DSM III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Gaudio, S., y Di Ciommo, V. (2011). Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73, 769-774.
- Gibbie, T. M., Hiddes, L. M., Cotton, S. M., Lubman, D. I., Aitken, C. y Hellard, M. (2011). The relationship between personality disorders and mental health, substance use, severity and quality of life among injecting drug users. *The Medical Journal of Australia*, 195, S16-21.
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 94-99.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14:363-368.

- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., y Gorelick D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 233-241.
- Graña, J. L. y Muñoz, J. J. (2009). Desarrollo de la personalidad, temperamento y carácter. En T. Palomo y M. A. Jiménez-Arriero (Eds.) *Manual de Psiquiatría* (pp. 57-65). Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Fehon, D. C., Walker, M. L., Edell, W. S., y McGlashan, T. H. (1996). Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1089-1091.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Benghi, E., Dodel, R., et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718-779.
- Gutiérrez, F., Navinés, R., Navarro, P., García-Esteve, L., Subirá, S., Torrens, M., et al. (2008). What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 570-578.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R., y Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1):8-15.
- Halmi, K. A., Eckert, E. J., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Harkness, A. R. (1992). Fundamental topics in the personality disorders: Candidate trait dimensions from lower regions of the hierarchy. *Psychological Assessment*, 4, 251-259.
- Harkness, A. R., y McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. En S. Strack y M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291-315). New York, NY: Springer.
- Harkness, A. R., Finn, J. A., McNulty, J. L., y Shields, S. M. (2011). The Personality Psychopathology—Five (PSY-5): Recent Constructive Replication and

- Assessment Literature Review. *Psychological Assessment*. Advance online publication. doi:10.1037/a0025830. Epub ahead of print 2011, October 10.
- Hasking, P. A. (2006). Reinforcement sensitivity, coping, disordered eating and drinking behavior in adolescents. *Personality and Individual Differences, 40*, 677-688.
- Hawkins, E. H. (2009). A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annual Review of Psychology, 60*, 197-227.
- Herpertz-Dahlmann, B. Persönlichkeitsstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. In: Herpertz S, Saß H, editors. *Persönlichkeitsstörungen*, New York: Thieme; 2003. p. 167-76.
- Hofstra, M. B., Van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 850-858.
- Holahan, C. J., Moos, R. y Schaefer, J. A. (1996). Coping, resilience, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: Jhon Wiley and Sons.
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, et al. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders, 25*, 305-320.
- Hörz, S., Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.R., Fitzmaurice, G. (2010) Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other Axis II disorders. *Psychiatric Services, 61*, 612-6.
- Huang, Y., Kotov, R., De Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., et al. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry, 195*, 46-53.
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F., y Schmitt, T. A. (2011) Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification, of axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 25*, 557-570.

- Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-IV (PDQ-IV)*. New York :New York State Psychiatric Institute.
- Iacono, W. G., Malone, S. M., y McGue, M. (2008). Behavioral Desinhibition and the development of early-onset addiction: Common and specific influences. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 325-348.
- Jiménez-Gómez, F., and Ávila-Espada, A. (2003). *MMPI-A: Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota para adolescentes* de Butcher, J. et al., 1992. Madrid: TEA.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., y Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S. y Brook, J. S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 805-811.
- Jucksch, V., Salbach-Andrae, H., y Lehmkuhl, U. (2009). Personality disorders in childhood and adolescence. *Nervenarzt*, 80, 1322-1326.
- Kaminer, Y. (2008). The Teen Addiction Severity Index around the globe: The tower of Babel revisited. *Substance Abuse*, 29(x), 89-94.
- Kaminer, Y. y Burleson J. A. (2008). Does temperament moderate treatment response in adolescent substance use disorders?. *Substance Abuse*, 29(2), 89-95.
- Kaminer, Y., Bukstein, O. G., y Tarter, R. (1991). The Teen Addiction Severity Index: Rationale and reliability. *International Journal of Addiction*, 26, 219–226.
- Kandel, D. B., Johnson J. G., Bird, H. R., Weissman, M.M., Goodman, S. H., Lahey, B. B. et al. (1999). Psychiatric Comorbidity among Adolescents with Substance Use Disorders: Findings from the MECA Study. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 693-699.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., First, M. B., Johnson, J. G., Brook, J. S., y Oldham, J. M. (2007). Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: a 20-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 36-65.

- Katschnig, H. (2010). Are the psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry, 9*(1), 21–28.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 980-988.
- Keown, P., Holloway, F., y Kuipers, E. (2005). The impact of severe mental illness, comorbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology, 40*, 42-49.
- Kessler, R. C., Davis, C.G., y Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National comorbidity survey. *Psychological Medicine, 27*, 1101-1119.
- King, S.M., Iacono, W.G., y McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance abuse. *Addiction, 99*, 1548-1559.
- Kirisci, L., Tarter, R., Mezzich, A., y Vanyukov, M. (2007). Development trajectory classes in substance use disorder etiology. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 287-296.
- Kosten, T. R. y Kosten, T. A. (2004). New medication strategies for comorbid substance use and bipolar affective disorders. *Biological Psychiatry, 56*, 771-777.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., y Skodol, A. E. (2011a). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, in press.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Waston, D., Markon, K. E., Derringer, J., et al. (2011b). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*, 170-191.
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders:

- Refining the research agenda for DSM-5 Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, S65-S73.
- Langbehn, D. R., Pfohl, B. M., Reynolds, S., Clark L. A., Battaglia, M., Bellodi, L. et al. (1999). The Iowa Personality Disorder Screen: Development and preliminary validation of a brief screening interview. *Journal of Personality Disorders*, 13, 75-89.
- Lantz, C. A., y Nebenzahl, E. (1996). Behavior and interpretation of the k statistic: resolution of the two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 431-434.
- Larsen, F. W., Dahl, V., y Hallum, E. (1990). A 30-year follow-up study of a child psychiatric clientele. I. Demographic description. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 39-45.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing. Traducción española: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca. Primera Edición (1986).
- Lenzenweger, M. (1999). Stability and change in personality disorder features: The longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1009–1015.
- Lenzenweger, M. F. (2006). The longitudinal study of personality disorders: History, design considerations, and initial findings. *Journal of Personality Disorders*, 20, 645-670.
- Lenzenweger, M. F., Johnson, M.D., y Willet, J. B. (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorders features: the longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1015-1024.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62: 553-564.
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L., Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-51.

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., y Klein, D. (1997). Axis II Psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1752-1759.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., y Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (1), 12-25.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137–147.
- Livesley, W. J. (2005). Introduction to the special section on longitudinal studies. *Journal of Personality Disorders*, 19, 463-465.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., y Thordarson, D. S. (2005). Etiological relationships between eating disorder symptoms and dimensions of personality disorder. *Eating Disorders* 13(1): 23-35.
- López-Ibor, J., Pérez, A., y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de personalidad: Módulo DSM-IV y CIE-10. Versión española.* : Madrid: OMS.
- Loranger, A. W., Janca, A., y Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., et al. (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/alcohol, drug abuse and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Magallón-Neri, E. M., Canalda, G., De la Fuente, J.E., Forns, M., García, R., González, E., et al. (in press). The influence of personality disorders on mental health services in adolescents with psychiatric disorders. *Comprehensive Pyschiatry* 2011.
- Mann, A. H., Jenkins, R., Cutting, J. C. y Cowen, P. J. (1981). The development and use of a standardized assessment of personality. *Psychological Medicine*, 11, 839-847.

- Mann, A. H., Raven, P., Pilgrim, J., Khanna, S., Velayudham, A., Suresh, K. P., Channabasavanna, S.M., Janca, A., y Sartorius, N. (1999). An assessment of the Standardized Assessment of Personality as a screening instrument for the International Personality Disorder Examination: a comparison of informant and patient assessment for personality disorder. *Psychological Medicine*, 29, 985-989.
- Marañón, I., Echeburúa, E., y Grijalvo, J. (2007). Are there more personality disorders in treatment-seeking patients with eating disorders than in other kind of psychiatric patients? A two control groups comparative study using the IPDE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2): 283-293.
- Martel, M. M., Pierce L., Nigg, J. T., Jester, J. M., Adams, K., Puttler, L. I., Buu, A., Fitzgerald H., and Zucker R. A. (2009). Temperament pathways to childhood disruptive behavior and adolescent substance abuse: Testing a Cascade Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 363-393.
- Martin, A., y Leslie, D. (2003). Psychiatric inpatient, outpatient, and medication utilization and costs among privately insured youths, 1997-2000. *American Journal of Psychiatry*, 160, 757-64.
- Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J., y Rounsaville, B. (2002). Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23 (4), 297-308.
- Massey, R. F., Walfish, S., y Krone, A. (1992). Cluster analysis of MMPI profiles of adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 2, 23-33.
- McCrae, R. (1982). Age differences in the use of coping mechanism. *Journal of Gerontology*, 37, 454-460.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., et al. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 256-264.

- McNulty, J., Harkness, A., Williams, C., y Ben-Porath, Y. (1997). Assessing the Personality Psychopathology Five (PSY-5) in Adolescents: New MMPI-A Scales. *Psychological Assessment*, 9, 250-259.
- Mezzich, A., Tarter, R., Kirisci, L., Clark, D., Buckstein, O., y Martin, C. (1993). Subtypes of early age onset alcoholism. *Alcohol and Clinical Experimental Research*, 17, 767-770.
- Micucci, J.A. (2002). Accuracy of MMPI-A scales ACK, MAC-R and PRO in detecting comorbid substance abuse among psychiatric inpatients. *Assessment*, 9, 111-122.
- Millon, T. (1987). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory – II (MCMI-II)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Mirapeix, C. (2009). Trastornos de la personalidad. En T. Palomo y M. A. Jiménez-Arriero (Eds.) *Manual de psiquiatría* (pp. 425-448). Madrid: Ene Life Publicidad, S.A.
- Mohino, S., Kirchner, T., y Forns, M. (2008). Personality and coping in young inmates: a cluster typology. *Psychopathology*, 41, 157-164.
- Morey, L. C., Waugh, M. H., y Blashfield, R. L. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlations. *Journal of Personality Assessment*, 49, 245-256.
- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J. A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating Weight Disorders*, 12, e1-e6.
- Myers, M., Stewart, D., y Brown, S. (1998). Progression From Conduct Disorder to Antisocial Personality Disorder Following Treatment for Adolescent Substance Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 155, 479-485.
- Nestadt, G., Di C., Samuels, J. F., Cheng, Y. J., Bienvenu, O. J., Reti, I. M., et al. (2012). Concordance between personality disorder assessment methods. *Psychological Medicine*, 42, 657-667.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O., y Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorders, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 45, 453-460.
- Oldham, J. M. (2005). Personality disorders. *Focus*, 3, 372-382.

- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., Jönsson, B., et al. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19, 155-162.
- Olsson, I., y Dahl, A. A. (2009). Personality problems are considerably associated with somatic morbidity and health care utilisation. *European Psychiatry*, 24, 442-449.
- Opler, M., Sodhi, D., Zaveri, D., y Madhusoodanan, S. (2010). Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22, 220-234.
- Organización Mundial de la salud. (1976). *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. CIE-8*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Mundial de la salud. (1992). *CIE-10 Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento, tablas de conversión entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Pascual, J.C., Malagón, A., Córcoles, D., Ginés, J.M., Soler, J., García-Ribera, C., Pérez, V., y Balbuena, A. (2008). Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 471-476.
- Passetti, L. (2002). *MMPI-A profiles of adolescents at admission to residential substance abuse treatment*. Chicago, ILL: Department of Psychology of Illinois State University.
- Pérez de los Cobos, J. (2009). *Trastornos duales: Adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia. Un reto de asistencia y prevención*. Ars Médica: Barcelona.
- Pettinati, H. M., Pierce, J. D., Belden, P. P., y Meyers, K. (1999). The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *American Journal on Addictions*, 8(2), 136-147.
- Phofl, B., Blum, N., y Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pilkonis, P. A., Kim, Y., Proietti, J. M., y Barkham, M. (1996). Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Disorders*, 10, 355-369.

- Pueyo, A. A. (1997). *Manual de psicología diferencial*. Madrid: McGraw-Hill. (pp. 437).
- Ramklint, M. (2002). *Influence of child and adolescent psychopathology on adult personality disorder*. Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1163. 54 pp. Uppsala. ISBN 91-554-5338-4.
- Rey, J. M., Singh, M., Morris-Yates, A., y Gavin A. (1997). Referred adolescents as young adults: the relationship between psychosocial functioning and personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 219-226.
- Roberts, B.W. y DelVecchio, W.F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
- Salbach-Andrae, H., Bürger, A., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Fydrich, T., y Lemhkhul, U. (2008). Diagnostic of personality disorders in adolescence according to SCID-II. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 117-125.
- Samuel, D. B., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Yen, S., Skodol, A. E., Hopwood, C. J., Morey, L. C., Markowitz, J. C., Shea, T. C., y Grilo, C.M. (2011). Comparing the temporal stability of self-report and interview assessed personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 670-680.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., y Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 7-22.
- Sansone, R. A. y Sansone, L. A. (2011). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), 14-18.
- Sartorius, N. (2010). Revision of the classification of mental disorders in ICD-11 and DSM-V: work in progress. *Advances in Psychiatry*, 16, 2-9.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behaviour in normal and clinical samples: more similarities than differences?. *Journal of Adolescence*, 16, 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Serpell, L., Walter, G., Fearon, P., y Meyer, C. (2009). The roles of persistence and perseveration in psychopathology. *Behavior Therapy*, 40, 260-271.

- Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Small, J. W., Seeley, J. R. y Altman, S. E. (2009). Subthreshold conditions as precursors for full syndrome disorders: a 15-year longitudinal study of multiple diagnostic classes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*, 1485-1494.
- Shedler, J., y Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, *5*, 333–353.
- Shepherd, M., y Sartorius, N. (1974). Personality and International Classification of Diseases. *Psychological Medicine*, *4*, 141–146.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., y Wood, M. D. (2000). Personality and Substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5): 818-829.
- Sher, K., Grekin, E., y Williams, N. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 493-523.
- Shiner, R., y Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 2–32.
- Shrier, L.A., Harris, S.K., Kurland, M., and Knight, J. R. (2003). Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*, *111*, 699-705.
- Skodol, A. E. (1997). Classification, assessment, and differential diagnosis of personality disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, *3*, 261–274.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., et al. (2007). Positive childhood experiences: Resilience and recovery from personality disorders in early adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 1102-1108.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., y Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, *51*, 936-950.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L. C., et al. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders:

- Relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1919-1925.
- Slade, T., Peters, L., Schneiden, V., y Andrews, G. (1998). The international personality disorder examination questionnaire (IPDEQ): preliminary data on its utility as a screener for anxious personality disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 84-88.
- Smits, N., Smit, F., Cuijpers, P., y De Graff, R. (2007). Using decision theory to derive optimal cut-off scores of screening instruments: an illustration explicating costs and benefits of mental health screening. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(4), 219-229.
- Snopek, M., Hublova, V., Porubanova, M., y Blatny, M. (2012). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) in Czech adolescent sample. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 71-80.
- Stein, L. A., y Graham, J. R. (2005). Ability of substance abusers to escape detection on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent (MMPI-A) in a juvenile correctional facility. *Assessment*, 12, 28-39.
- Stokes, J. Pogge D., Sarnicola J. McGrath R. (2009). Correlates of the MMPI-A Psychopathology Five (PSY-5) Facet Scales in an Adolescent Inpatient Sample. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 48-57.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayón, C., Przybeck, T. R., y Cloninger, C.R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.
- Thomsen, P. H. (1996). A 22- to 25-year follow-up study of former child psychiatric patients: a register-based investigation of the course of psychiatric disorder and mortality in 546 Danish child psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 397-403.
- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo: riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.
- Tous, J. M. (1997). *El models de la personalitat i les seves implicacions*. Barcelona: UOC.
- Tyrer, P. (1988). *Personality disorders. Diagnosis, Management and Course*. Wright. London: Anchor-Brendon.

- Tyrer, P. (2008). Personality disorders and public mental health. *Clinical Medicine*, 8, 423-7.
- Tyrer, P. M., Coombs, N. M., Ibrahimi, F. M., et al. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, Suppl 49*, s51-9.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y-R, Koldobsky, N., Lecic-Tosevski, Ndetei, D., Swales, M., Clark, L. A., Reed, G. M. (2011). The rationale for the classification of personality disorders in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5, 246-259.
- Tyrer, P. y Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1593-1597.
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndetei, D., et al. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, 9, 56-60.
- Ulloa, R.E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., et al. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children-Present and Lifetime version (K-SDAS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(1), 36-40.
- Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., y Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22, 354-361.
- Van Hanswijck De Jorge, P., Van Furth, E. F., Hubert, J., y Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33: 1311-1317.
- Veltri, C. O. C., Graham, J. R., Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., Forbey, J. D., O'Connell, C., Rogers, R. y White, R. S. (2009). Correlates of MMPI-A Scales in Acute Psychiatric and Forensic Samples. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 288-300

- Vijay, N. R., Langley, J., y Links, P. S. (2006). Adolescent personality disorders in adolescent medicine. *Adolescent Medicine Clinics*, 17, 115-30.
- Waldron, H. B., y Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.
- Walfish, S., Massey, R., and Krone, A. (1990). MMPI profiles of adolescent substance abusers in treatment. *Adolescence*, 25, 567-572.
- Wentz Nilsson, E., Gillberg, C., Gillberg, C., Rastam, M. (1999). Ten year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: personality disorders. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1389-1395.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., y Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952-966.
- Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G., y Thomas, G. V. (1995). *Personality Disorders Interview-IV: A semistructured interview for the assessment of personality disorders*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Widiger, T. A. (2001). Official classification systems. En Livesley J. *Handbook of personality disorders. Theory, research and treatment*. New York, NY: The Guilford Press.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J., y Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19, 315-338.
- Wills, T. A. y Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.) *Handbook of coping. Theory, research, applications*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Latimer, W. W., y Stone, A. (2008). Internalizing and externalizing behaviors and their association with the treatment of adolescents with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 269-278.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders Diagnostic criteria for research*. World Health

- Organization (WHO). Geneva. Consultado el 20 de junio, 2011, de <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
- World Health Organization (1996a). *Multi-axial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders in Children and Adolescents*. World Health Organization (WHO). New York: Cambridge University Press.
- World Health Organization (1996b). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization (WHO). Consultado el 20 de junio, 2011, de <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Yang, M., Coid, J. y Tyrer P. (2010). Personality pathology recorded by severity: national survey. *British Journal of Psychiatry*, 197, 193-199.
- Zanarini, M., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E., y Young, L. (1996). *Diagnostic interview for DSM-IV Personality Disorders*. Laboratory for the Study of Adult Development. McLean Hospital, and the Department of Psychiatry, Harvard University.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., y Hennen J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrumento for Borderline Personality Disorders (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568-573.
- Zanini, D. y Forns, M. (2005). Afrontamiento de problemas, personalidad y malestar psicopatológico en adolescentes. En Domènech-Llaberia, E. (Ed.) *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia* (pp. 123-146). Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Zanini, D., Forns, M., y Kirchner, T. (2003). Estrategias de afrontamiento: implicación en la salud mental de los adolescentes catalanes. *Psiquiatria.com*, 7 (5).
- Zimmerman, M. y Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527-531.