

Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad

Juan F. Torres-Soto^{1,2,*}, Francisco J. Moya-Faz¹, Cesar A. Giner-Alegría¹ y Maria A. Oliveras-Valenzuela³

¹ Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Murcia (UCAM)

²Hospital de San Juan de Alicante

³Universidad Miguel Hernández

Título: Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad.

Resumen: El Inventario PID-5 de la American Psychiatric Association, evalúa la personalidad y sus trastornos desde el modelo dimensional de rasgos (DSM-5 Sección III), orientando el diagnóstico y las necesidades terapéuticas individuales. Analizamos la utilidad de su aplicación en pacientes derivados a un Hospital de Día para Trastornos de Personalidad (Clústers B y C). En la muestra de 85 sujetos, 51 % son Trastorno Límite (TLP) y 47 % Trastorno de Personalidad No Especificado/Mixto (TPNE/TPM), presentando el 65 % trastornos clínicos comórbidos. Del grupo TLP 89 % son mujeres, 53 % menores de 30 años; en el PID-5 presentan un perfil de mayor gravedad, destacando los Dominios Afecto Negativo y Desinhibición, y las facetas depresión, impulsividad, anhedonia y distraibilidad. Presentan mayor intensidad de síntomas límite (Cuestionario BEST), utilizan menos estrategias de afrontamiento de síntomas y más estrategias de evitación (Cuestionario COPE-28). En el TPNE/TPM, el 58 % son mujeres, 80 % mayores de 30 años, en su perfil del PID-5 destaca afectividad negativa, especialmente la faceta ansiedad. Ambos grupos muestran rasgos límites y evitativos en el screening IPDE. El PID-5 se ha mostrado útil para confirmar diagnósticos específicos (TLP), también para describir el perfil de rasgos y plantear las necesidades terapéuticas concretas tanto en TLP como en TPNE/TPM.

Palabras clave: PID-5; DSM-5; Dimensional; Trastorno Personalidad.

Title: The PID -5 Inventory, the dimensional profile of DSM-5 to guide diagnosis and therapeutic needs in personality disorders.

Abstract: The PID-5 Inventory of the American Psychiatric Association evaluates personality and related disorders based on the dimensional trait model (DSM-5 Section III), which guides individual diagnosis and therapeutic needs. We analysed its usefulness as it was applied to patients that had been referred to a Day Hospital for Personality Disorders. In the sample of 85 subjects, 51 % had Borderline Personality Disorder (BPD), and 47 % had Personality Disorder NOS or Mixed (PD-NOS/MP), 65 % presenting comorbid clinical disorders. Among the BPD group, 89 % were women, 53 % were under 30 years old; they presented a PID-5 profile of greater severity, the Negative Affect and Disinhibition Domains stood out, as well as the facets of depression, impulsivity, anhedonia and distraction. Their borderline symptoms (BEST scale) were of greater intensity, they used fewer symptom coping strategies and more avoidance strategies (COPE-28 inventory). Among the PD-NOS/MP group, 58 % are women, 80 % were aged over 30 years, and negative affectivity, especially anxiety, stood out in their PID-5 profile. Both groups show borderline and avoidant features in the IPDE screening. The PID-5 was useful for confirming specific diagnoses (BPD), for describing the trait profile as well as proposing the specific therapeutic needs of both BPD and PD-NOS/MP patients.

Keywords: PID-5; DSM-5; Dimensional; Personality Disorder.

Introducción

Los Trastornos de Personalidad (TP) han ido cobrando cada vez mayor atención en Salud Mental, debido entre otros motivos a su alta prevalencia en la población clínica. Las tasas de prevalencia para un trastorno de la personalidad, según indica el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-5 (2013), es un 9,1 %. Se estima que entre el 30 y 60% de esas personas, tienen un Trastorno Límite de la Personalidad (Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores 2011).

Este panorama ha llevado, como señala García-López (2010), a un incremento de atención especializada para los TP, sobretodo en el caso de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP), que ha supuesto un aumento de los recursos destinados. En consecuencia, se plantea la relevancia de contar con diagnósticos clínicos válidos y fiables de éstos trastornos, para poder enfocar adecuadamente el tratamiento y evaluar los resultados de los tratamientos (Echeburúa, Salaberria y Cruz-Sáez, 2014).

El DSM de la APA, en la actualidad el sistema diagnóstico vigente más influyente en la selección y evaluación de los pacientes en los ensayos clínicos, aporta en la Sección II de su 5ª edición, una actualización del Modelo Categorial para estos trastornos. Desde ésta perspectiva los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos, con criterios excluyentes de cara al diagnóstico. Se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas, Clúster A (paranoide, esquizoide, esquizotípico), Clúster B (antisocial, límite, histriónico, narcisista) y Clúster C ansiosos o temerosos (evitativa, dependiente, obsesivo-compulsiva). Incluye la categoría “otro trastorno de personalidad especificado” cuando el sujeto presenta rasgos de varios trastornos, pero no cumple los criterios para ningún trastorno específico (ej características mixtas de la personalidad) y “Trastorno de la personalidad no especificado” cuando presenta criterios generales para un trastorno de personalidad que no está incluido en el DSM5 (ej. TP pasivo-agresiva).

Como señala el propio DSM5 (APA 2014) este modelo es útil en algunos contextos de investigación y docentes, pero algunas limitaciones dificultan su aplicación práctica. En primer lugar nos encontramos en la clínica, que las personas con frecuencia se presentan con trastornos de la personalidad concomitantes de diferentes grupos o clústers, con ello

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Juan F. Torres Soto. C/Montero Ríos, 47, 03012 Alicante (España).

E-Mail: juanfrantorres@yahoo.es

(Artículo recibido: 31-5-2018; revisado: 2-7-2018; aceptado: 6-7-2018)

las categorías de “otro trastorno de personalidad especificado, con características mixtas de la personalidad” (TPM) y “trastorno de personalidad no especificado” (TPNE) terminan siendo un diagnóstico frecuente en los pacientes a tratar. De cara al tratamiento el modelo categorial supone un problema añadido, ya que éste grupo queda excluido habitualmente de las investigaciones clínicas, por ello resultaría difícil validar tratamientos específicos para ellos u obtener guías clínicas basadas en la evidencia.

Ya en la Sección III el DSM5 incluye una alternativa, un modelo de investigación desde la perspectiva dimensional (modelo mixto o híbrido), con el objetivo de preservar la continuidad con la práctica clínica actual y de hacer frente a las deficiencias de la perspectiva categorial. Es un modelo basado en la investigación empírica y metaanálisis, que parte de la revisión los modelos de rasgos en psicología big-five o modelos de la personalidad de los cinco factores (Goldberg, 1990).

Si bien esta perspectiva ha sido tradicionalmente motivo de controversia (Anderson, Snider, Sellbom, Krueger y Hopwood, 2014), algunos autores han centrado los esfuerzos de investigación para ir aportando resultados sobre las ventajas del modelo dimensional (Thomas, Widiger y Presnall, 2013). Por otra parte, podríamos considerar que éste modelo de los 5 factores es el predominante en el estudio de la personalidad desde la psicología, buscando siempre su aplicación a la práctica clínica (Caspi, Roberts y Shiner, 2005; Costa y McCrae, 1992).

El DSM5, desde este modelo considera los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos (formas mixtas). Estos rasgos son dimensionales y tienen dos polos opuestos, suponiendo así una continuidad entre lo normal (adaptativo o resiliente) y lo patológico (desadaptativo), siendo fluctuantes a lo largo de la vida por efecto de la maduración y/o de las experiencias.

Para realizar el diagnóstico de Trastorno, se hace necesario evaluar los “rasgos patológicos” y las principales áreas del “funcionamiento de la personalidad”. La APA facilita un instrumento específico el Inventario de personalidad PID-5-Adultos (Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012, 2014), que permite evaluar esos rasgos (dimensiones y facetas), realizando una descripción del “perfil de personalidad” (rasgos adaptativos y desadaptativos). Partiendo de esa evaluación, orienta hacia Trastornos Específicos caracterizados por un perfil concreto de rasgos patológicos (antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico). Pero también incluye la categoría de Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos (TP-ER), posibilitando adaptar la descripción del perfil de personalidad de cada individuo, incluyendo presentaciones subclínicas y mixtas, siendo por tanto más descriptivo y útil en la práctica que las clásicas categorías de “Otro Trastorno de Personalidad Especificado Mixto” (TPM) y “Otro Trastorno de Personalidad no especificado” (TPNE).

Por otra parte, según el propio DSM-5 indica, el PID-5 es un instrumento que puede ayudarnos a concretar las necesidades específicas de intervención para el caso concreto, así como evaluar los resultados de dicha intervención.

El objetivo de nuestra investigación es analizar la utilidad de aplicar el PID-5 y esta perspectiva dimensional, para describir el perfil de rasgos, orientar en el diagnóstico y en las necesidades terapéuticas específicas, de los pacientes que son derivados a un recurso especializado. Se trata del Hospital de Día para Trastornos de Personalidad, del Hospital de San Juan de Alicante, orientado a los trastornos de los clústers B y C, especialmente al Trastorno Límite de Personalidad.

Partimos de la observación de la alta frecuencia de pacientes derivados al recurso con diagnóstico TPNE/TP Mixto, y pensamos que esta descripción del perfil de rasgos que ofrece el PID-5, nos permitiría identificar las necesidades específicas de intervención de éste grupo y comparar si son diferentes a las necesidades que plantea el grupo TLP. Con esta información podríamos adaptar los componentes terapéuticos necesarios para cada subgrupo, así como evaluar a posteriori los resultados que obtengamos con la intervención.

Método

Participantes

Un total de 115 pacientes han sido derivados desde las Unidades de Salud Mental al Hospital de Día de Salud Mental de San Juan entre Junio de 2015 y Enero de 2018. De ellos, 69 pertenecen al área de salud 19 (Departamento Alicante – Hospital General) y 46 al área 17 (Departamento Alicante – Sant Joan d’Alacant).

De éstos 115, 79 son Mujeres y 36 Hombres. 19 de ellos desestimaron el recurso (7 Mujeres y 12 Hombres) y 11 no cumplían criterios para entrar en el programa. Así nuestra muestra incidental (no aleatorizados), la compone un *N* total de 85 sujetos.

Respecto al Diagnóstico Clínico por el que han sido derivados al Hospital de Día, encontramos que de los 85 usuarios, el 51% estaban diagnosticados como Trastorno Límite de Personalidad, 47% como Trastorno de Personalidad No Especificado (TPNE) o Trastorno de Personalidad Mixto (TPM) y sólo el 2% Otros trastornos de la personalidad (Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y Trastorno Histriónico).

El perfil sociodemográfico de éstos pacientes era el siguiente. Por sexos el 75% de los usuarios mujeres frente al 25% de hombres. La mediana de edad de 34.5 años (entre 18 y 54). El 40% tenían menos de 30 años, 31% entre 30-40, 21% entre 40-50 y 8% eran mayores de 50.

Respecto el núcleo de convivencia, el 63% de las personas atendidas continuaban en el domicilio familiar, el 24% vivía sólo o con su pareja (del resto no constan los datos). Sobre el nivel de Formación nos encontramos que el 24% de los usuarios no habían conseguido finalizar el nivel de for-

mación básico. El 13% han finalizado estudios básicos, 32% estudios de nivel medio (BUP, bachillerato, FP, Ciclos formativos), 8% tienen estudios universitarios sin concluir y tan solo el 5% tienen estudios universitarios. Del restante 18% no constan estos datos.

En relación a la Situación Económica el 58% carecía de ingresos económicos propios. Respecto la situación laboral, el 68 % se encontraban en situación de desempleo. El 18% tenían empleo, de éstos el 15% trabajaban de forma ocasional y el 3% se encontraban en situación de Incapacidad laboral Temporal (ILT). Un 8% de pacientes tienen reconocido una Incapacidad Laboral Permanente del INSS. El 26% tienen el reconocimiento de Discapacidad.

Diseño de Evaluación e Instrumentos

Aunque el diseño de evaluación en el Hospital de Día es más complejo, ya que contempla tanto la evaluación individual como la evaluación del programa, para el objetivo que nos ocupa nos centramos en los instrumentos que nos han permitido definir el perfil de usuarios que son atendidos en el recurso. En la selección de los instrumentos se ha tomado en consideración que fuesen específicos, adecuados, actualizados, útiles, fiables y válidos. En la recogida de los datos que referimos a continuación, se cuenta con el consentimiento de los pacientes, asegurándoles la confidencialidad de la información personal y explicándoles el uso que se realizará de éstos.

Los Instrumentos de evaluación utilizados en la presente investigación, han sido los siguientes:

Entrevista semiestructurada de evaluación inicial.- Se recogió a través de ésta entrevista la información más relevante para la asistencia en cada caso. Tomamos como punto de referencia las Hojas de Derivación. Desde estas entrevistas obtuvimos los datos sociodemográficos y clínicos, así como aquellos relacionados con los ingresos y visitas a urgencias el último año.

Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad, IPDE Módulo DSM-IV de la OMS (Loranger, Janca y Sartorius, 1995).- Esta entrevista estructurada tiene dos versiones, utilizamos la basada en el DSM-IV, en su versión española (López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996). Permite evaluar los distintos trastornos desde las diferentes áreas de funcionamiento de la personalidad, aspecto clave desde la perspectiva dimensional del DSM5 en su Sección III. Además la entrevista incluye un cuestionario autoaplicado de cribado para seleccionar los ítems más relevantes a evaluar a través de la entrevista, utilizamos la versión basada en el DSM-IV.

Inventario de personalidad del DSM-5, PID-5 Adultos (Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012, 2014).- Recoge la perspectiva dimensional. Tiene tres versiones, utilizamos la completa autoinformada. Es una escala au-

tocumplimentable de 220 ítems para, evaluar los rasgos de personalidad en adultos. Evalúa 25 facetas de rasgos de personalidad: Anhedonia, Ansiedad, Búsqueda de atención, Insensibilidad, Falsedad, Depresión, Distraibilidad, Excentricidad, Labilidad emocional, Grandiosidad, Hostilidad, Impulsividad, Evitación de la intimidad, Irresponsabilidad, Manipulación, Disregulación perceptiva, Perseveración, Afectividad restringida, Perfeccionismo rígido, Asunción de riesgos, Inseguridad por separación, Sumisión, Susplicacia, Creencias y experiencias inusuales, y Retraimiento. Determinados tripletes (grupos de 3) de facetas pueden combinarse para valorar los cinco dominios de rasgos: Afecto negativo, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Puntuaciones Promedio mayores indican mayor “disfunción”, puntuaciones menores de 2 apuntan hacia una personalidad adaptativa y resiliente.

Los cinco dominios evaluados, son variantes desadaptativas de los del modelo de personalidad conocido como los Cinco Grandes o de cinco factores. También son similares a los dominios de los Cinco de la personalidad psicopatológica, Personality Psychopathology Five, PSY-5 (Anderson et al. 2014).

El instrumento ha ido mostrando buenas cualidades de fiabilidad y validez en diversos estudios (Al-Dajani, Gralnick y Bagby, 2016; Bastiaens et al. 2016; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock y Bagby, 2013). En su validación española, las facetas han mostrado buena consistencia interna ($\alpha = .86$ y $.79$), validez discriminante entre sujetos clínicos y no clínicos. Se comprueba que los polos superiores indican patología y los inferiores normalidad, así como la estructura jerárquica del instrumento (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Gutiérrez et al 2015).

El Borderline Evaluation of Severity Over Time, BEST (Pfohl y Nancee 2002), desarrollado por los autores del Programa de Tratamiento STEPPS.- Escala autoinformada para medir la gravedad y el cambio a lo largo del tiempo en las personas con TLP. Está compuesta por 15 ítems evaluados en una escala de tipo Likert (1 a 5) que se agrupan en tres subescalas. Las subescalas A Pensamientos y Emociones (ítems 1 a 8) y B Comportamientos (ítems 9 a 12), se corresponden con los criterios del DSM-IV-TR para el TLP, cada ítem se califica de 1 (*ninguno / leve*) a 5 (*extremo*), en el intervalo de tiempo seleccionado (30 días, 7 días, otros). La subescala C evalúa Comportamientos Positivos (ítems 13 a 15), en escala de 5 (*casi siempre*) a 1 (*casi nunca*). El instrumento ha demostrado una fiabilidad test-retest moderada ($\rho = 0.62$, $n = 130$, $p < .001$), alta consistencia interna (α de Cronbach $.90$ y $.92$), alta validez discriminante y sensibilidad a los cambios clínicos (Blum et al., 2002, 2009).

Para nuestro análisis hemos transformado las puntuaciones directas de las tres subescalas y de los ítems a la puntuación promedio, oscilando todos entre 1 y 5, haciéndolos comparables entre sí.

COPE-28, versión en español del Brief-COPE, de Carver (1997) realizada por Morán y Manga (2009).- Es un inventario de 28 ítems que se responden en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta, entre 0 (*nunca hago esto*) a 3 (*hago siempre esto*). Estos ítems se agrupan en 14 subescalas formas o estilos de afrontamiento que utiliza la gente ante eventos estresantes: 1. afrontamiento activo, 2. planificación, 3. búsqueda de apoyo emocional, 4. búsqueda de apoyo instrumental, 5. religión, 6. reevaluación positiva, 7. aceptación, 8. negación, 9. humor, 10. autodistracción, 11. autoinculpa-ción, 12. desconexión conductual, 13. desahogo emocional y 14. uso de sustancias. Los autores encontraron una confiabilidad del test coeficiente α de Cronbach entre 0.45 y 0.92, procedimiento test-retest de 0.46 a 0.86.

Diseño y análisis estadístico

Este es un estudio en dos etapas. En esta primera etapa en la que se centra el presente artículo, se planteó un estudio descriptivo, transversal, realizado entre junio de 2015 y enero de 2018, en el Hospital de Día de Salud Mental de San Juan (Alicante). En la segunda etapa se realizará un estudio para evaluar los resultados del programa.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete SPSS, v15. utilizando como complemento la Hoja de Cálculo Excel. Mediante estadística descriptiva, se describen las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios, situación laboral) y algunas variables clínicas (uso de recursos sanitarios y diagnóstico clínico según DSM-5) que definen distintos perfiles de usuarios, TPNE y TLP.

En los autoinformes e instrumentos cuantitativos (PID-5, BEST, COPE), además de los análisis descriptivos para la muestra global, se compararon las medias de los subgrupos en función del diagnóstico (TPNE vs TLP), utilizando la prueba *t* de Student de comparación de Medias para muestras independientes. Para comprobar si se asumía la igualdad de varianzas, aplicamos la Prueba de Levene de igualdad de varianzas en cada comparación de medias. El tamaño del efecto para cada par de comparaciones entre grupos se ha obtenido utilizando la δ de Cohen, siguiendo la interpretación propuesta por Cohen (1988), las δ entre 0.50 y 0.79 estarían indicando un efecto moderado, y grande por encima de 0.80.

Resultados

Perfil clínico de la muestra

Como se expuso en el apartado participantes, de los 85 usuarios admitidos, el diagnóstico clínico con el que fueron derivados, fue para 43 sujetos (51%) Trastorno Límite de Personalidad, para 40 (47%) Trastorno de Personalidad No Especificado o Mixto (TPNE/TPM) y para el 2% Otros

Trastornos de la Personalidad (Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y Trastorno Histriónico).

Desde la Hoja de Derivación, observamos que de los 85, el 65% presentaba al menos un trastorno comórbido. El 17% presentaba Trastornos de Depresión incluyendo Distimia, 9% Trastornos de Ansiedad, 8% Trastorno Obsesivo-Compulsivo, 12% Trastorno por Uso de Sustancias o Patología Dual (Uso de Sustancias y Trastorno de Ansiedad No Especificado), 5% Trastorno Adaptativo, 6% Trastorno Psicótico o Esquizoafectivo, 4% Trastorno Bipolar, 2% Trastorno de Conducta Alimentaria y 2% Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Revisando los antecedentes del último año antes del acceso al programa, el 100% de los participantes estaban en tratamiento en su Unidad de Salud Mental. Sumaban 23 ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y 99 visitas a Urgencias. Además 10 de los usuarios habían estado en otros recursos ambulatorios o de larga estancia (Unidad de Conductas Adictivas, Unidad de Trastornos Alimentarios, Centro Dr. Esquerdo).

Encontramos las siguientes diferencias en el perfil para el TLP ($n = 43$) y TPNE/TPM ($n = 40$):

- Por sexos, teníamos el 89% mujeres en el grupo TLP, en el grupo TPNE el 58%. Así predominan las mujeres en el TLP, pero en el TPNE/TPM hay porcentajes bastante similares de hombres y mujeres.
- Por edades para TLP el 53% tenían una edad menor de 30 años y el 30% entre 30-39 y sólo el 17% era mayor de 40 años. Para el TPNE/TPM el 20% era menor de 30, el 47% tenía entre 30-39 años y el 33% era mayor de 40 años. Así parece que el grupo TLP es más joven.
- Respecto a la comorbilidad, del grupo TPNE/TPM el 72% presentaba alguna comorbilidad, del grupo TLP la presentaba el 61%. El TPNE/TPM tenía mayor porcentaje de trastornos de ansiedad, TOC y psicóticos, y el TLP de Trastorno Bipolar, aunque las diferencias eran poco significativas.

Perfil de Rasgos en el PID-5

Setenta pacientes cumplimentaron el PID-5. Para obtener unos resultados más representativos, excluimos los dos casos con diagnósticos específicos diferentes (TOC y Trastorno Histriónico). Así para esta prueba analizamos los resultados de un $N = 68$, de los cuales 37 pertenecían al subgrupo TLP y 31 al subgrupo TPNE/TPM.

Las puntuaciones en el PID-5 se expresan en Puntuación Promedio (M) para cada dominio y faceta, en un rango entre 0 y 4. Puntuaciones Promedio mayores ($M = 4$) indican mayor “disfunción” en la faceta o dominio, puntuaciones menores (M cercana a 0) apuntan hacia una personalidad adaptativa y resiliente.

Para el grupo total el Dominio en que obtuvieron mayor puntuación al inicio fue Afecto Negativo ($M = 1.95$; $DT = .57$), seguido por Desinhibición ($M = 1.69$; $DT = .62$), Desapego ($M = 1.42$; $DT = .57$), Psicoticismo ($M = 1.19$; $DT =$

.65) y la puntuación más baja la obtuvieron en Antagonismo ($M = .64$; $DT = .51$). Se deduce que los pacientes incluidos en el programa se destacaban por tener alta Afectividad Negativa que, según viene definida en el DSM-5, implica tener “experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados

de variadas emociones negativas y sus manifestaciones conductuales e interpersonales, así como ideas irracionales y dificultades para enfrentar situaciones de estrés”.

En lo referente a las Facetas, podemos ver las medias y desviaciones típicas en la siguiente Tabla 1.

Tabla 1. Puntuaciones en las Facetas del PID-5 para el grupo. Medias y Desviaciones típicas.

FACETS	<i>M</i>	<i>SD</i>	FACETS	<i>M</i>	<i>SD</i>
Anhedonia	1.90	.61	Irresponsibility	1.37	.66
Anxiousness	2.11	.59	Manipulativeness	.68	.62
Attention Seeking	.78	.69	Perceptual Dysregulation	1.07	.59
Callousness	.56	.48	Perseveration	1.53	.61
Deceitfulness	.72	.60	Restricted Affectivity	1.13	.71
Depressivity	2.04	.72	Rigid Perfectionism	1.40	.72
Distractibility	1.80	.70	Risk Taking	1.45	.80
Eccentricity	1.62	.86	Separation Insecurity	1.55	.84
Emotional Lability	2.20	.71	Submissiveness	1.20	.83
Grandiosity	.53	.61	Suspiciousness	1.47	.74
Hostility	1.56	.73	Intimacy Avoidance	.97	.88
Impulsivity	1.91	.88	Withdrawal	1.38	.83
Unusual Beliefs and Experiences	.86	.76			

TOTAL GROUP $N = 68$

Como se observa en esta tabla, destacaban al inicio, con Medias mayores o cercanas a 2, las siguientes Facetas: Labilidad ($M = 2.20$; $DT = .71$), Ansiedad ($M = 2.11$; $DT = .59$), Depresión ($M = 2.04$; $DT = .72$), Anhedonia ($M = 1.90$; $DT = .61$), e Impulsividad ($M = 1.91$; $DT = .88$).

Se deduce del PID-5 que los pacientes incluidos en el programa necesitaban un tratamiento centrado en Afectividad Negativa (labilidad, depresión, ansiedad y anhedonia) e Impulsividad. Esto orienta sobre la necesidad de intervenir tanto en la regulación emocional y su expresión, como en las creencias, el afrontamiento del estrés y el autocontrol.

Diferencias en el PID5 entre TPNE/TPM y TLP

Si dividimos el grupo de ese $N = 68$ en subgrupos en función del diagnóstico al ingreso, 37 eran TLP y 31 eran TPNE/TPM. Observamos las diferencias en el PID-5 entre estos dos grupos.

En el PID-5, el subgrupo TLP frente el subgrupo TPNE/TPM, se caracterizaba por puntuaciones más altas en todos los dominios (mayor disfunción), excepto en antagonismo. Destacó el Dominio Afecto negativo ($M = 2.09$; $DT = .50$), seguido por Desinhibición ($M = 1.85$; $DT = .56$). Respecto las Facetas, destacaban Labilidad ($M = 2.40$; $DT = .55$), Depresión ($M = 2.27$; $DT = .50$), Ansiedad ($M = 2.21$; $DT = .61$), Impulsividad ($M = 2.13$; $DT = .79$), Anhedonia ($M = 2.03$; $DT = .49$) y Distraibilidad ($M = 1.96$; $DT = .60$).

Señalar que el DSM-5 en su Sección III, plantea que para hacer el diagnóstico de TLP deberíamos obtener en el PID-5 cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos, al

menos uno debe ser (5), (6) o (7): 1. Labilidad emocional 2. Ansiedad, 3. Inseguridad de separación, 4. Depresión, 5. Impulsividad, 6. Asunción de riesgos 7. Hostilidad. Como se puede observar se cumplían para nuestro grupo, lo que vendría a significar que este grupo estaba correctamente clasificado en esa categoría diagnóstica.

Por otra parte nos encontramos con dos facetas destacadas, la Anhedonia y la Distraibilidad. La Distraibilidad forma parte del dominio desinhibición y viene definida como “dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas”. Estas dos facetas pueden influir en las dificultades para seguir un programa terapéutico, por lo que se hace necesario tenerlas en cuenta de cara al tipo y la forma de intervención.

Para el subgrupo TPNE/TPM, en comparación con el TLP, obtuvo menor puntuación en todos los dominios, excepto en antagonismo, si bien en ninguno había una puntuación promedio cercana a 2. Sin embargo, al observar las facetas, destacaban las puntuaciones en labilidad ($M = 1.97$; $DT = .81$) y ansiedad ($M = 1.99$; $DT = .55$). Hasta aquí podemos deducir a través del PID5 que los pacientes derivados con diagnóstico TPNE/TPM necesitan fundamentalmente un abordaje que intervenga sobre labilidad y ansiedad.

Vistos los perfiles, queríamos determinar si entre el grupo TLP y el TPNE/TPM las diferencias eran estadísticamente significativas, en las puntuaciones medias de los Dominios y las Facetas del PID-5. Para ello utilizamos la prueba *t* de Student para muestras independientes. Quedan recogidos estos datos en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntuaciones en el PID-5. Diferencias entre TLP y TPNE/TPM, prueba *t* de Student, comparación de Medias para grupos Independientes.

	BPD	PDNOS/MP	<i>t</i> -test	<i>d.f.</i>	<i>p</i>	C.I. 95 %.		δ Cohen
	<i>n</i> = 37, <i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>n</i> = 31, <i>M</i> (<i>DT</i>)				Inf.	Sup.	
DOMAINS								
Negative Affect	2.09 (.50)	1.79 (.61)	2.23	66	.029*	.031	.570	.55
Detachment	1.49 (.46)	1.32 (.68)	1.24	66	.220	-.105	.450	
Antagonism	.61 (.46)	.68 (.56)	-.54	66	.589	-.317	.181	
Disinhibition	1.85 (.56)	1.51 (.63)	2.37	66	.021*	.053	.633	.58
Psychoticism	1.28 (.61)	1.07 (.69)	1.38	66	.172	-.097	.534	
FACETS								
Anhedonia	2.03 (.49)	1.75 (.71)	1.853	51,69	.070	-.023	.582	
Anxiousness	2.21 (.61)	1.99 (.55)	1.515	66	.135	-.069	.502	
Attention Seeking	.86 (.81)	.68 (.53)	1.101	62,71	.275	-.147	.508	
Callousness	.54 (.47)	.59 (.51)	-.445	66	.658	-.291	.185	
Deceitfulness	.75 (.65)	.68 (.54)	.469	66	.641	-.224	.362	
Depressivity	2.27 (.50)	1.76 (.84)	2.965	47,04	.005**	.164	.858	.86
Distractibility	1.96 (.60)	1.62 (.78)	2.026	66	.047*	.004	.674	.49
Eccentricity	1.81 (.79)	1.40 (.91)	2.006	66	.049*	.001	.827	.50
Lability	2.40 (.55)	1.97 (.81)	2.476	51,61	.017*	.080	.770	.68
Grandiosity	.43 (.54)	.64 (.67)	-1.44	66	.154	-.504	.081	
Hostility	1.66 (.63)	1.45 (.82)	1.126	55,84	.265	-.158	.566	
Impulsivity	2.13 (.79)	1.64 (.92)	2.376	66	.020*	.079	.911	.58
Int. Avoidance	1.11 (.87)	.81 (.87)	1.447	66	.153	-.116	.728	
Irresponsibility	1.46 (.67)	1.26 (.63)	1.226	66	.225	-.122	.513	
Manipulativeness	.649 (.52)	.71 (.73)	-.402	66	.689	-.364	.242	
Per. Dysregulation ¹	1.13 (.56)	.99 (.63)	.956	66	.342	-.150	.428	
Perseveration	1.65 (.58)	1.40 (.62)	1.702	66	.093	-.043	.541	
Rest. Affectivity ²	1.18 (.66)	1.08 (.78)	.591	66	.557	-.245	.451	
Perfectionism	1.45 (.69)	1.34 (.77)	.628	66	.532	-.242	.465	
Risk Taking	1.57 (.80)	1.32 (.79)	1.247	66	.217	-.145	.628	
Sep. Insecurity ³	1.67 (.86)	1.40 (.81)	1.276	66	.206	-.147	.668	
Submissiveness	1.20 (.91)	1.21 (.73)	-.034	66	.973	-.414	.401	
Suspiciousness	1.46 (.76)	1.47 (.74)	-.062	66	.951	-.375	.353	
Unusual ⁴	.91 (.69)	.81 (.84)	.547	66	.586	-.269	.472	
Withdrawal	1.35 (.79)	1.42 (.88)	-.335	66	.739	-.473	.337	

Legend: ¹: Perceptual Dysregulation, ²: Restricted Affectivity, ³: Separation Insecurity, ⁴: Unusual Beliefs and Experiences; *M*: Means; *S.D.*: standard deviations; *t*: Student for independent groups; *d.f.*: degrees of freedom; *p*: probability obtained; C.I.: confidence interval at 95 %; Inf.: lower limit; Sup.: upper limit; δ : size effect of the Cohen delta; * Significant difference $p < .05$; **Significant difference $p < 0.1$.

Como se puede ver en la Tabla 2, los Dominios en los que hemos encontrado diferencias significativas ($p < .05$), con un Tamaño del efecto mediano para la δ de Cohen (Cohen, 1988), han sido Afecto Negativo ($t_{(66)} = 2,23$, $p < .05$) y Desinhibición ($t_{(66)} = 2.37$, $p < .05$).

Respecto a las Facetas hemos encontrado diferencias significativas entre ambos Grupos. En Depresión ($t_{(47)} = 2,965$, $p = .005$) la diferencia es significativa $p < .01$ y el Tamaño del efecto sería Grande (Cohen, 1988). Significativas para $p < .05$, con tamaños del efecto medianos, son las diferencias en Labilidad ($t_{(51,6)} = 2.476$, $p = .017$), Impulsividad ($t_{(66)} = 2.376$, $p = .020$), Distrabilidad ($t_{(66)} = 2.026$, $p = .047$) y Excentricidad ($t_{(66)} = 2.006$, $p = .049$). Como se puede observar, el TLP no sólo obtuvo puntuaciones mayores en estas facetas, sino que las diferencias entre ambos grupos eran significativas. Observamos que, no siendo significativa la diferencia, este grupo puntuaba alto también en Anhedonia.

Desde estos perfiles se orienta hacia una necesidad global de abordar la afectividad negativa, en especial labilidad y ansiedad. Para el caso concreto del TLP también es relevante abordar la depresión y una necesidad específica de abordar el

dominio desinhibición (facetas impulsividad y distraibilidad) y la excentricidad.

Perfil y diferencias en el BEST

Como decíamos en la metodología, el BEST incluye 15 ítems que se agrupan en tres subescalas. Las subescalas A Pensamientos y Emociones (ítems 1 a 8) y B Comportamientos (ítems 9 a 12) y la subescala C que evalúa Comportamientos Positivos (ítems 13 a 15).

Para hacer comparables las puntuaciones de los distintos apartados, transformamos las puntuaciones directas en cada subescala A, B y C a puntuaciones promedio, oscilando así entre una puntuación mínima de 1 y máxima de 5. Hemos utilizado como línea base el Promedio del Primer mes para cada subescala e ítem, esto es, el promedio obtenido en las primeras 4 sesiones de asistencia.

Nos interesaba conocer no sólo el perfil del grupo global, sino también si existían diferencias significativas entre los dos grupos analizados, TLP y TPNE/TPM, tanto en las subescalas como en los ítems.

Dado que no todos los pacientes admitidos en el HD, se mantienen en el programa durante el primer mes, nos encontramos con un $N = 65$, de los cuales 34 pertenecían al sub-

grupo TLP y 31 al subgrupo TPNE/TPM. Para las Subescalas A-B-C y los ítems, los promedios obtenidos en el grupo durante el primer mes quedan reflejados en la Tabla 3.

Tabla 3. Puntuaciones en el BEST para el grupo Global. Medias y Desviaciones típicas en las Subescalas e Ítems.

	M	SD
SUBSCALES		
A Thoughts and Feelings (Items 1 - 8)	2.941	.899
B Behaviours (Negative) (Items 9 - 12)	2.242	.935
C Behaviours (Positive) (Items 13 - 15)	3.106	.841
ITEMS*1		
A. THOUGHTS AND FEELINGS		
1 Worry about being abandoned.	2.886	1.097
2 Major shifts in their opinions about others.	2.817	1.158
3 Extreme changes in self-perception.	3.159	1.180
4 Severe mood swings several times in a day.	3.539	.997
5 Feeling paranoid or like you are losing touch with reality.	2.057	1.081
6 Feeling angry.	3.141	.988
7 Feeling of emptiness.	3.430	1.263
8 Feelings suicidal.	2.553	1.398
B. BEHAVIOURS (NEGATIVE)		
9 Going to extremes to keep people from leaving you	1.876	1.000
10 Purposefully doing something to injure yourself or attempting suicide.	1.918	1.098
11 Problems with impulsive behaviours	2.709	1.285
12 Bursts of temper or anger problems	2.484	1.288
C. BEHAVIOURS (POSITIVE)		
13 Perform a positive activity against the destructive or self-destructive impulse	2.627	1.065
14 Taking reasonable steps to avoid/prevent the problem.	2.551	1.014
15 Following the therapeutic indications	4.044	.969

*1 The contents of the items correspond to the evaluated concept, not the original text.

Se puede observar que los ítems que puntuaban más alto durante el primer mes eran inestabilidad en el estado de ánimo ($M = 3.539$; $DT = 1.18$) y sentimientos crónicos de vacío ($M = 3.43$; $DT = 1.263$), seguidos de los cambios en cómo se ven a sí mismos ($M = 3.159$; $DT = 1.180$). En positivo el ítem seguir las indicaciones terapéuticas es con diferencia el de mayor puntuación del cuestionario ($M = 4.044$; $DT = .969$).

Si analizamos las diferencias entre el grupo TLP y TPNE/TPM, con la prueba t de Student para muestras independientes, nos encontramos que las diferencias eran significativas en todas las Subescalas, con un tamaño del efecto grande ($p < .01$; $\delta > .80$) en la subescala A ($t_{(63)} = 3.221$, $p = .002$, 95% IC = [.254, 1.088], δ de Cohen = .79) y la subescala B ($t_{(63)} = 3.855$, $p < .000$, 95% IC = [.390, 1.232], δ de Cohen = .95). Y significativa con un tamaño del efecto mediano ($p < .05$; $\delta > .50$) en la subescala C ($t_{(63)} = -2.414$, $p = .019$, 95% IC = [-.889, -.083], δ de Cohen = .59).

Así el grupo TLP puntuó más alto en las subescalas A y B, mientras en TPNE/TPM lo hizo en la subescala C. Esto vendría a indicar que el grupo TLP en comparación con el TPNE/TPM, no sólo tenía una sintomatología significativamente más intensa (cognitiva, emocional y conductual), sino que utilizaban con menor frecuencia conductas de afrontamiento para su sintomatología.

Cuando comparamos los ítems del BEST en el primer mes, el grupo TLP puntuaba más alto en todos los ítems ex-

cepto los relacionados con conductas de afrontamiento (a la inversa para TPNE/TPM). Destacar que aunque los ítems en que puntuaban más alto coincidían para ambos grupos (sentimientos crónicos de vacío y cambios extremos en cómo se ve a sí mismo/a), las diferencias entre ambos grupos era significativa. De hecho la diferencia de medias en los ítems entre el grupo TLP ($n = 34$) y TPNE/TPM ($n = 31$), fue significativa en la mayoría de ítems, como podemos ver en la Tabla 4.

Encontramos una diferencia significativa para un nivel $p < .01$ y un tamaño del efecto grande (δ de Cohen $> .80$), para los ítems 3-cambios en identidad, 4-cambios en estado de ánimo, 8-ideas de suicidio y 11-conductas impulsivas. La diferencia es significativa para $p < .05$ y tamaño del efecto mediano (δ de Cohen $> .50$), para los ítems 2- opinión sobre los demás, 7-sentimientos de vacío, 10-hacerse daño o intentar suicidarse y 12-ataques de ira o problemas para controlarla.

Observando las diferencias por ítems, el grupo TLP en comparación con el TPNE/TPM, tenía una sintomatología significativamente más intensa (cognitiva, emocional y conductual). De especial relevancia son las ideas y conductas suicidas (ítems 8 y 10), así como las conductas impulsivas (ítem 11), que implican que este grupo necesita mayor monitorización en el proceso terapéutico.

Tabla 4. Puntuaciones en el BEST. Diferencias entre TLP y TPNE, prueba *t* de Student, comparación de Medias para grupos Independientes.

BEST ITEMS	BPD <i>n</i> = 34, <i>M</i> (<i>SD</i>)	PDNOS/MP <i>n</i> = 31, <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i> -test	<i>df.</i>	<i>p</i>	C.I. 95%.		δ
						Inf.	Sup.	
1.	3.08 (1.13)	2.67 (1.02)	1.516	63	.135	-.130	.947	
2.	3.12 (1.09)	2.47 (1.14)	2.358	63	.022*	.099	1.210	.58
3.	3.59 (1.08)	2.68 (1.10)	3.345	63	.001**	.366	1.455	.83
4.	3.91 (.77)	3.13 (1.06)	3.399	63	.001**	.321	1.238	.84
5.	2.17 (1.02)	1.92 (1.13)	.909	63	.367	-.292	.782	
6.	3.37 (.89)	2.89 (1.04)	1.999	63	.050	.000	.959	
7.	3.75 (1.11)	3.06 (1.33)	2.274	63	.026*	.083	1.298	.56
8.	3.04 (1.32)	2.01 (1.28)	3.182	63	.002**	.384	1.683	.79
9.	2.04 (1.04)	1.68 (.93)	1.469	63	.147	-.130	.853	
10.	2.21 (1.19)	1.59 (.89)	2.358	60,65	.022*	.086	1.141	.58
11.	3.36 (1.10)	1.99 (1.08)	5.026	63	.000**	.822	1.908	1.25
12.	2.85 (1.30)	2.07 (1.15)	2.550	63	.013*	.169	1.397	.63
13.	2.38 (.97)	2.89 (1.11)	-1.960	63	.054	-1.02	.009	
14.	2.34 (.95)	2.77 (1.04)	-1.739	63	.087	-.926	.064	
15.	3.86 (.95)	4.24 (.96)	-1.625	63	.109	-.861	.088	

Legend: * Significant difference $p < .05$; ** Significant difference $p < .01$; *df.*: Degrees of Freedom. C.I.: confidence interval. δ : Cohen's delta.

Perfil y diferencias en el COPE-28

En relación a las estrategias de afrontamiento del estrés, 61 sujetos cumplieron el cuestionario COPE-28. Las puntuaciones en cada estrategia de afrontamiento oscilan entre 0 y 6, en función de la frecuencia de uso de la estrategia.

Las estrategias que utilizaba el grupo en conjunto con mayor frecuencia ($M > 3$), eran Búsqueda de Apoyo Social, Afrontamiento de Problemas, Búsqueda de Apoyo Emocional, Autodistracción, Desahogo Emocional y Autoinculpación. Las que utilizaban con menor frecuencia ($M < 3$) eran la Planificación, Reevaluación Positiva, recurrir a la Religión, uso de Sustancias, Desconexión, Negación de los problemas y el Humor.

Cuando se compararon con la prueba *t* de Student para muestras independientes, ambos grupos TPNE/TPM y TLP, puntuaban de forma similar en todas las estrategias, salvo que el TLP puntuaba de forma significativamente mayor en Autoinculpación ($t_{(59)} = 2.40$, $p = .019$, 95% IC = [1.61, 1.763], δ de Cohen = .86), y también en Uso de sustancias ($t_{(59)} = 2.062$, $p = .044$, 95% IC = [.030, 2.011], δ de Cohen = .687).

Estos resultados apuntan a la necesidad de abordar estrategias como la reevaluación positiva, la autoinculpación y el desahogo emocional (la expresión adecuada de emociones). Para el caso de TLP además se hace necesario elaborar estrategias alternativas al consumo para afrontar el estrés.

Resultados con el IPDE

Previo a la realización de la entrevista estructurada del IPDE, se administra un cuestionario que permite la selección de los ítems más relevantes a preguntar durante la entrevista. Destacar que no es un instrumento diagnóstico, pero queríamos observar en qué medida nos permitía orientarnos en el diagnóstico y si los resultados se correspondían con la etiqueta diagnóstica inicial. Por otra parte queríamos ob-

servar las diferencias en el IPDE entre los dos grupos (TLP y TPNE/TPM).

Excluimos del análisis los dos casos con diagnósticos distintos a TLP o TPNE/TPM. En el grupo total ($N = 68$), un 76% de casos ($n = 52$) obtuvieron en el IPDE un número suficiente de criterios para orientar como probable el diagnóstico de TLP y 53% de los sujetos ($n = 36$) obtuvieron criterios suficientes para el diagnóstico de trastorno evitativo. Sin embargo de los 68 casos, sólo el 20% obtuvieron los criterios necesarios para un único trastorno, frente un 67% que cumplía criterios para al menos 2 trastornos, incluso el 13% no obtenían criterios necesarios para ningún diagnóstico. Estos datos en el IPDE discrepan con los diagnósticos iniciales por los que han sido derivados al recurso, aportando confusión en el diagnóstico.

Por diagnósticos, en el subgrupo TPNE/TPM ($n = 31$), el 55% cumplían criterios al menos para dos trastornos y 5 casos (17%) no cumplían criterios para ningún trastorno específico. Pero 8 casos (28%) obtenían criterios suficientes para un único diagnóstico, de ellos 5 (17%) cumplían criterios exclusivamente para TLP. Así con los datos del IPDE, al menos un 28% estaría mal clasificado en la categoría TPNE/TPM.

El subgrupo TLP ($n = 37$), puntuaba más rasgos en todas las subescalas del IPDE, destacando las subescalas límite y evitativo. Justamente en estas escalas encontramos una diferencia significativa entre ambos grupos (TLP vs TPNE/TPM), con la prueba *t* de Student para muestras independientes, la escala Límite ($t_{(63)} = -2.99$, $p = .004$, 95% IC = [-2.858, -.561], δ de Cohen = .78) y la escala Evitativo ($t_{(63)} = -2.546$, $p = .014$, 95% IC = [-2.144, -.25685], δ de Cohen = .658).

Analizando la distribución de frecuencias, en el grupo TLP observamos que de los 37 sólo 5 cumplían criterios para un único trastorno y de éstos sólo 2 (6%) cumplían criterios de TLP. De los otros 32 (el 94%) cumplían criterios para 2 o más trastornos. Por lo tanto para el grupo TLP, el IPDE orientaba a que en el 94% de los casos tendríamos que hablar

de un Trastorno de Personalidad Mixto, por lo que estarían incorrectamente clasificados como TLP. Este resultado contrasta con los resultados vistos en el PID-5, donde este grupo obtenía un perfil de rasgos que cumplía con los criterios TLP según el modelo dimensional-híbrido.

Discusión

Resumiendo los datos obtenidos sobre los pacientes derivados al Hospital de Día para Trastornos de Personalidad, en general las derivaciones se ajustaron a los diagnósticos esperados (clústers B y C), sólo el 10% no cumplía criterios de entrada. El 16% desestimaron el recurso. De los 85 que ingresaron, el 75% eran mujeres y 25% hombres. Esto puede deberse, entre otras razones, a que en las poblaciones clínicas los trastornos de personalidad atendidos tengan mayor prevalencia en el sexo femenino, especialmente en el TLP.

El perfil sociodemográfico medio de los pacientes que acceden al recurso serían mujeres, menores de 40 años, que viven en domicilio familiar, con estudios de nivel básico o medio, en situación de desempleo y sin ingresos económicos propios.

A nivel clínico, el diagnóstico principal de los pacientes admitidos es Trastorno Límite de Personalidad para el 51%, Trastorno de Personalidad No Especificado para el 47% y 2% tienen otros trastornos específicos (FOC e Histriónico).

Por otra parte, el 65% presentaba al menos un trastorno comórbido en fase estable. De éstos, el 21% eran Trastornos del Estado de Ánimo, 21% Trastornos de Ansiedad (contando los adaptativos y TOC), 12% tenían un problema de consumo o patología dual y un 6% algún trastorno psicótico. Respecto a la gravedad clínica, hay que considerar que en conjunto sumaban 23 ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y 99 visitas a Urgencias durante el año anterior a su entrada al programa.

Cuando diferenciamos por diagnósticos las características sociodemográficas y clínicas señaladas, encontramos ligeras diferencias en el perfil. Así por sexos para TLP el 89% eran mujeres, para el TPNE/TPM el 58%. Por edades para TLP el 53% tenían una edad menor de 30 años y el 30% entre 30-39. Para el TPNE/TPM el 47% tenía entre 30-39, y el 33% es mayor de 40 años. El perfil encontrado en TLP es el esperable, según se observa en diferentes investigaciones (Fórum de Salud Mental y AIAQS, 2011).

Respecto a la comorbilidad, del subgrupo TPNE/TPM el 72% presentaba alguna comorbilidad, frente al 61% del grupo TLP; si bien los trastornos comórbidos se distribuían por un igual entre ambos grupos diagnósticos, los trastornos psicóticos se concentraban en el grupo TPNE y los trastornos bipolares en el grupo TLP.

Este perfil clínico tiene importantes implicaciones de cara al diseño e implantación de un Programa de Tratamiento con éstos pacientes. De un lado para el diagnóstico de TPNE/TPM que supone casi la mitad de los pacientes derivados, no existe actualmente un tratamiento específico

basado en la evidencia, tampoco guías clínicas que orienten su abordaje. A esto se le une la necesidad de considerar en la intervención el abordaje de la patología comórbida, aunque no sea el foco de intervención primario.

A priori era esperable que apareciesen diferencias en las necesidades terapéuticas en función del diagnóstico que presentaban al inicio (TLP vs TPNE/TPM). Estas diferencias se han ido poniendo de manifiesto en el PID-5 y así como en el resto de instrumentos utilizados, siendo muchas de ellas estadísticamente significativas y con una magnitud del Tamaño del Efecto medida con la δ de Cohen media o alta en las comparaciones entre los grupos.

En el perfil de Dominios y Facetas en el PID-5 para el grupo total, se observó que las puntuaciones más altas se obtuvieron en el Dominio Afectividad Negativa y facetas relacionadas (labilidad, depresión, ansiedad y anhedonia) así como la faceta Impulsividad. Esto orienta sobre la necesidad de intervenir en la regulación emocional y su expresión, las creencias irracionales, el afrontamiento del estrés y el auto-control.

Al comparar los subgrupos, el subgrupo TLP en el PID-5 se diferenciaba por un perfil con puntuaciones mayores en todos los Dominios, especialmente en Afectividad Negativa y Desinhibición. Similares resultados se han encontrado en otros estudios cuando se ha evaluado a estos pacientes desde el modelo de los 5 factores (Verardi, Nicastro, McQuillan, Keizer y Rossier, 2008). Probablemente la dimensión de Afectividad Negativa esté íntimamente relacionada con las dificultades de regulación emocional en éste trastorno, que han sido objeto de estudio y de intervención en múltiples investigaciones (Glenn y Klonsky, 2009; Gratz, Moore y Tull, 2016; Rosenthal et al. 2008; Rufino, Ellis, Clapp, Pearte y Fowler, 2017).

Así también en las Facetas depresión, labilidad, impulsividad, distraibilidad y excentricidad, el grupo TLP no sólo obtuvo puntuaciones mayores, sino que las diferencias entre ambos grupos fueron significativas. Además las altas puntuaciones en impulsividad, anhedonia y distraibilidad, podrían implicar dificultades para seguir un programa terapéutico, por lo que se hace necesario tenerlas en cuenta de cara a la intervención (Black, Allen, St. John, Pfohl, McCormick y Blum, 2009)

Para el subgrupo con TPNE/TPM, el perfil en PID-5 se caracterizaba por menor puntuación en todos los dominios, en ninguno había una puntuación promedio cercana a 2. Sin embargo, destacaban las puntuaciones obtenidas en las facetas labilidad y ansiedad. Así son estas facetas en las que necesita mayor atención este grupo en concreto.

En el cuestionario de la entrevista IPDE, encontramos que en ambos grupos (TLP y TPNE/TPM), los trastornos detectados con mayor frecuencia eran los trastornos límite y evitativo. Otros estudios también encontraron en pacientes con diagnóstico TLP, alta frecuencia de trastornos de personalidad en el Clúster C (Verardi, Nicastro, McQuillan, Keizer y Rossier, 2008). Sin embargo con el IPDE, existía una seria dificultad a la hora de orientar un único diagnóstico

desde la perspectiva categorial. El 67% se clasificarían como Trastorno Mixto de la Personalidad y tan solo 7 sujetos (10%), extraídos de ambos grupos (TLP y TPNE/TPM), se podrían diagnosticar como TLP. Por lo tanto desde esta evaluación categorial, al contrario de lo que encontrábamos con el PID-5, se planteaban dudas respecto al diagnóstico principal por el que eran derivados.

En el BEST el perfil de gravedad era diferente para los subgrupos TLP y TPNE/TPM. El grupo TLP puntuaba más alto las subescalas A y B y más bajo en C (a la inversa para TPNE), siendo las diferencias estadísticamente significativas, lo que significa que además de tener una sintomatología más intensa, utilizaban con menor frecuencia conductas de afrontamiento de su sintomatología. La intensidad en las ideas y conductas suicidas, así como las conductas impulsivas, implican que este grupo necesita mayor monitorización durante el proceso terapéutico.

En el COPE-28, se observó que ambos grupos suelen utilizar estrategias de afrontamiento del estrés como Búsqueda de Apoyo Social, Afrontamiento de Problemas, Búsqueda de Apoyo Emocional y Autodistracción. Puntuaron alto en estrategias como Desahogo Emocional y Autoinculpación, y bajo en reevaluación positiva, además el subgrupo TLP utilizaba de forma significativamente mayor el consumo. Podría tratarse de estrategias “evitativas” de afrontamiento, coherentes con los resultados en el IPDE y con estudios anteriores sobre la relación entre neuroticismo (afectividad negativa) y estrategias evitativas (Silva, 2014).

Estas necesidades detectadas se intentan abordar en el Hospital de Día, donde se le ofrece al paciente evaluación diagnóstica y tratamiento específico, intensivo, interdisciplinar y estructurado. Un abordaje multifactorial e individualizado, con componentes terapéuticos diversos, que permiten tratar al paciente en función de sus necesidades y rasgos disfuncionales, observando intervenciones específicas (individuales y grupales) para cada trastorno e individuo, colaborando y trabajando con el entorno del paciente (familia). Destacamos dos subprogramas específicos el STEPPS (Black et al. 2004) y la Terapia Icónica (Santiago, 2013), como dos de los componentes que intentan dar respuesta a las necesidades planteadas.

Una de las limitaciones de éste trabajo, es que se trata de un estudio descriptivo transversal, que solo permite observar los perfiles al ingreso, de una muestra limitada a aquellos pacientes que son derivados. Una posibilidad para el futuro sería tratar de ampliar la muestra con personas de idéntico diagnóstico pero que no son derivadas a tratamiento en Hospital de Día (por ejemplo en tratamiento ambulatorio en Unidades de Salud Mental). Por otra parte, dado que la muestra no es muy grande, no podemos hacer inferencias extrapolables a otras personas con idéntico diagnóstico (TLP y TPNE/TPM). En estudios futuros esperamos contar con una muestra mayor que nos permita realizar estas inferencias.

La consecuencia lógica de esta primera investigación descriptiva, es el análisis de la efectividad del programa que se está implantando, explorando la magnitud del cambio (tamaño del efecto) para todo el grupo y para cada grupo diagnóstico.

Conclusiones

En este estudio descriptivo, hemos pretendido plantear la necesidad de abordar los Trastornos de Personalidad Graves, desde una perspectiva dimensional y por rasgos que el DSM-5 recoge en su Sección III, en lugar de mantener exclusivamente la clásica perspectiva categorial.

Para ello hemos intentado mostrar la utilidad de aplicar en la práctica clínica un instrumento como el PID-5, el cual al tiempo que orienta hacia diagnósticos específicos de personalidad, como el TLP, también permite describir perfil de rasgos y necesidades terapéuticas de los pacientes con trastornos de personalidad no especificados o mixtos.

Hemos podido observar para el grupo TLP una mayor representación de mujeres, menores de 30 años. En el PID-5 muestran un perfil de mayor gravedad general, orientando la necesidad de abordar sobretudo la afectividad negativa y la desinhibición. En éste grupo, la anhedonia y la distraibilidad serán variables a tener en cuenta, ya que pueden influir en la terapia. La mayor intensidad de los síntomas como ideas y comportamientos suicidas, así como la menor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento de éstos, conlleva que este grupo requiera una monitorización más intensiva. Además presentan más rasgos evitativos y hacen uso de estrategias evitativas de afrontamiento de estrés, por lo que este debería ser otro objetivo de intervención.

Por otra parte el Grupo TPNE/TPM se distribuye por igual en ambos sexos, con edades superiores a 30 años. En comparación, presentan mayor comorbilidad secundaria. Dentro de la heterogeneidad, muestran rasgos límites y evitativos. Las necesidades están centradas sobretudo en la afectividad negativa, especialmente en inestabilidad afectiva y en ansiedad. Necesitan trabajar las estrategias de afrontamiento como la expresión adecuada de emociones, la reevaluación positiva y la culpa.

Así pues, la utilización del PID-5 nos ha permitido conocer mejor las necesidades de cada grupo para adecuar el programa terapéutico. Por otra parte nos permitirá después del tratamiento, evaluar los resultados que obtengamos tanto en el Trastorno Límite de Personalidad, como en el heterogéneo grupo de Trastorno de Personalidad No Especificado/Trastorno de Personalidad Mixto, excluido habitualmente de los estudios de investigación.

Agradecimientos.- A todo el equipo del Hospital de Día para Trastornos de Personalidad del Hospital de San Juan de Alicante.

Referencias

- Al-Dajani, N., Gralnick, T., & Bagby, R. A. (2016). Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current Status and Future Directions. *Journal Personality Assessment*, 98(1), 62-81. doi: 10.1080/00223891.2015.1107572
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana.
- Anderson, J., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R., & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Research*, 216(3), 363-72. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.007
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L.C., Veltri, C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: Implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20, 286-294. doi: 10.1177/1073191112471141
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... De Hert, M. (2016). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment*, 23(1), 42-51. doi: 10.1177/1073191115575069
- Black, D. W., Allen, J., St. John, D., Pfohl, B., McCormick, B., & Blum, N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand*. Jul; 120(1), 53-61. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01340.x
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & St John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193-210. doi: 10.1023/B:JOCOP.0000036630.25741.83
- Blum, N., Pfohl, B., St John, D., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive behavioral systems based group treatment for outpatients with borderline personality disorder-A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301-310. doi: 10.1053/comp.2002.33497
- Carver, C. S. (1989). Assessing coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141913
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: LEA.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.5
- Crespo, M., & Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios (The assessment of coping: Spanish adaptation of the COPE questionnaire with a sample of university students). *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM5 desde la psicología clínica (Contributions and Limitations of the DSM-5 from the Clinical Psychology). *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. doi: 10.4067/S0718-48082014000100007
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones (The evaluation of personality disorders according to the DSM-5: resources and limitations). *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264. doi: 10.4067/S0718-48082014000300008
- Fórum de Salut Mental, & AIAQS. (Coord.). (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (Clinical practice guideline on borderline personality disorder). Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- García-Lopez, M. T. (2010). Tratamiento Integral del Trastorno Límite de la Personalidad. (Comprehensive Treatment of Personality Limit Disorder). *Rev. Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal Personality Disorder*, 23(1), 20-28. doi: 10.1521/pedi.2009.23.1.20
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative description of personality: The Big-Five factors structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229. doi: 10.1037/0022-3514.59.6.1216
- Gratz, K. L., Moore, K. E., & Tull, M. T. (2016). The role of emotion dysregulation in the presence, associated difficulties, and treatment of borderline personality disorder. *Personality Disorder*, 7(4), 344-353. doi: 10.1037/per0000198
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Perí, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... Krueger, R. F. (2015). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 1-11.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. doi: 10.1017/S0033291711002674
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2014). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)—Adult*. American Psychiatric Association. Ed. Medicapanamericana.
- Loranger, W., Janca, A., & Sartorius, N. (Coord.). (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)-DSM-IV module*. Ginebra: OMS. (Traducción Castellana: Lopez-Ibor, J.J., Pérez, A., & Rubio, V. (Coord.). (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad, Módulo DSM-IV*. Madrid: Meditor).
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE (COPE-28: a psychometric analysis of the Spanish version of Brief COPE). *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Pfohl, B., Blum, N., St John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal Personality Disorders*, 23(3), 281-93. doi: 10.1521/pedi.2009.23.3.281
- Quilty, L. C., Ayeast, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, 20(3), 362-369. doi: 10.1177/1073191113486183
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 75-91. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.001
- Rufino, K. A., Ellis, T. E., Clapp, J., Pearte, C., & Fowler, J. C. (2017). Variations of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a latent profile analysis approach with adult psychiatric inpatients. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4:17. doi: 10.1186/s40479-017-0068-2
- Santiago, S. (2013). *Tratando la Inestabilidad Emocional. Terapia Icónica (Treating Emotional Instability. Iconic Therapy)*. 3ª ed. Madrid: Pirámide.
- Silva Duarte, M. I. (2014). *Personalidad, estrés percibido y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios (Personality, perceived stress and coping strategies in university students)*. Tesis Doctoral, Universidad de León.
- Thomas, A., Widiger, T. A., & Presnall, J. R. (2013). Clinical Application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, December, 81:6. *Wiley Periodicals, Inc.* doi: 10.1111/jopy.12004
- Verardi, S., Nicastro, R., McQuillan, A., Keizer, I., & Rossier, J. (2008). The personality profile of borderline personality disordered patients using the five-factor model of Personality. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 451-464. Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712001007>