

FOCUS

APA LIFELONG LEARNING IN PSYCHIATRY

Trastornos de la personalidad (II)

FOCUS, artículos seleccionados para la edición en español

*Guest Editors: John M. Oldham, MD
J. Christopher Fowler, PhD*

Editores:
Deborah J. Hales, MD
Mark Hyman Rapaport, MD



KASTR058

FOCUS APA LIFELONG LEARNING IN PSYCHIATRY *Trastornos de la personalidad (II)*

MT

Editado por Medical Trends S.L.

FOCUS

APA LIFELONG LEARNING IN PSYCHIATRY

Trastornos de la personalidad (II)

*Guest Editors: John M. Oldham, MD
J. Christopher Fowler, PhD*

Editores:
Deborah J. Hales, MD
Mark Hyman Rapaport, MD



First published in the United States by American Psychiatric Association, Arlington, Virginia.
Copyright 2013. All rights reserved.

Used with permission. Translation of text into Spanish has not been verified for accuracy by the American Psychiatric Association.

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form, by any means, without written permission of the publisher, American Psychiatric Association (www.appi.org).

The APA is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the reproduction.

This edition is licensed for distribution as a pharmaceutical premium only, and its sale is prohibited in the trade market. Not for resale.

The appearance of an advertisement associated with FOCUS, Selected Articles for the Spanish Edition does not reflect endorsement of the product or service or guarantee of the advertiser's claims by the American Psychiatric Association or APP.

Medical Trends S.L. will hold harmless the APA, its directors, officers, agents, and employees from and against any and all injury, death, loss, damage, liability, claims or causes of action in any way resulting from the acts, translation errors, or omissions of the Spanish Edition, its directors, officers, agents, and employees, in connection with or in any way related to the translation or distribution of the Spanish Edition.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (II)

Publicado por primera vez en Estados Unidos por la American Psychiatric Association, Arlington, Virginia.

© 2013. Reservados todos los derechos.

© 2013, de la traducción al español, Medical Trends, S.L.

Editado por Medical Trends, S.L.

Travessera de les Corts, 55, 1.ª planta

08028 Barcelona – España

Revisión médica: Dr. Víctor Navarro

Traducción: Piedad Álvarez

Coordinación editorial: Dr. Adolfo Cassan

Fotocomposición: Moelmo SCP

Depósito legal: B. 22.917-2013

Printed in Spain

La distribución de la Edición en Español de FOCUS es cortesía de Almirall

Editores

Deborah J. Hales, MD
Arlington, Virginia, Estados Unidos

Mark Hyman Rapaport, MD
Los Ángeles, California, Estados Unidos

Ejercicios de manejo del paciente

Ian A. Cook, MD
Los Ángeles, California, Estados Unidos

Comentario ético

Laura Weiss Roberts, MD
Stanford, California, Estados Unidos

Comentario de comunicación

Dorothy E. Stubbe, MD
New Haven, Connecticut, Estados Unidos

Consejo asesor senior

Carol A. Bernstein, MD
Nueva York, Nueva York, Estados Unidos

Kathleen T. Brady, MD, PhD
Charleston, South Carolina, Estados Unidos

Peter F. Buckley,
Augusta, Georgia, Estados Unidos

Pedro L. Delgado, MD
San Antonio, Texas, Estados Unidos

Glen O. Gabbard, MD
Houston, Texas, Estados Unidos

Ira M. Lesser, MD
Torrance, California, Estados Unidos

Charles F. Reynolds III, MD
Pittsburgh, Pennsylvania, Estados Unidos

Pedro Ruiz, MD
Miami, Florida, Estados Unidos

Stephen C. Scheiber, MD
Glenview, Illinois, Estados Unidos

Daniel K. Winstead, MD
Nueva Orleans, Louisiana, Estados Unidos

Joel Yager, MD
Denver, Colorado, Estados Unidos

Consejo editorial

Joseph A. Cheong, MD
Gainesville, Florida, Estados Unidos

Richard Balon, MD
Rochester Hills, Michigan, Estados Unidos

Donald M. Hilty, MD
Sacramento, California, Estados Unidos

Geetha Jayaram, MD, MBA
Baltimore, Maryland, Estados Unidos

Avram H. Mack, MD
Washington, D.C., Estados Unidos

Daryl Matthews, MD
Honolulu, Hawaii, Estados Unidos

Cheryl F. McCartney, MD
Chapel Hill, North Carolina, Estados Unidos

Philip R. Muskin, MD
Nueva York, Nueva York, Estados Unidos

Michele T. Pato, MD
Los Angeles, California, Estados Unidos

Victor I. Reus, MD
San Francisco, California, Estados Unidos

Cynthia W. Santos, MD
Houston, Texas, Estados Unidos

Deborah Spitz, MD
Chicago, Illinois, Estados Unidos

James W. Thompson, MD, MPH
Glen Cove, Nueva York, Estados Unidos

Joyce A. Tinsley, MD
Farmington, Connecticut, Estados Unidos

Sidney Zisook, MD
San Diego, California, Estados Unidos

American Psychiatric Publishing, Inc. División de Publicaciones

Responsable editorial
Michael D. Roy

American Psychiatric Association División de Formación Médica Continuada

Directora asociada, FOCUS
Kristen Moeller

Gerente de servicios editoriales
Miriam Epstein

American Psychiatric Association Consejo directivo

Presidente
Dilip V. Jeste, MD

Presidente electo
Jeffrey A. Lieberman, MD

Secretario
Roger Peele, MD

Director médico
James H. Scully Jr., MD

Índice

INFLUENTIAL PUBLICATIONS

Bibliografía sobre trastornos de la personalidad 7

Abstracts sobre trastornos de la personalidad 11

Seguimiento durante ocho años de pacientes tratados por trastorno límite de la personalidad: tratamiento basado en la mentalización frente a tratamiento habitual 19
Anthony Bateman, FRCPsych, y Peter Fonagy, PhD, FBA

Un enfoque mediante prototipos para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad 29
Drew Westen, PhD; Jonathan Shedler, PhD, y Rebekah Bradley, PhD

SELF-ASSESSMENT

Preguntas 45

Respuestas 49

Bibliografía

SOBRE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Esta sección de la obra contiene una recopilación de las publicaciones recientes que han conformado el pensamiento en el campo de la psiquiatría, así como obras clásicas que continúan siendo importantes para el tema abordado en este número. La bibliografía ha sido recopilada por expertos en este campo y por miembros de los consejos editorial y asesor. La bibliografía se cita en orden cronológico inverso por el primer autor. Se indican en negrita los artículos cuya separata se incluye en este número.

- Berghuis H, Kamphuis JH, Verheul R: Core features of personality disorder: differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *J Pers Disord* 2012; 26:704–716
- Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW: Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2012; 63:881–888
- de Moor MH, Costa PT, Terracciano A, Krueger RF, de Geus EJ, Toshiko T, Penninx BW, Esko T, Madden PA, Derringer J, Amin N, Willemssen G, Hottenga JJ, Distel MA, Uda M, Sanna S, Spinhoven P, Hartman CA, Sullivan P, Realo A, Allik J, Heath AC, Pergadia ML, Agrawal A, Lin P, Grucza R, Nutile T, Ciullo M, Rujescu D, Giegling I, Konte B, Widen E, Cousminer DL, Eriksson JG, Palotie A, Peltonen L, Luciano M, Tenesa A, Davies G, Lopez LM, Hansell NK, Medland SE, Ferrucci L, Schlessinger D, Montgomery GW, Wright MJ, Aulchenko YS, Janssens AC, Oostra BA, Metspalu A, Abecasis GR, Deary IJ, Rääkkönen K, Bierut LJ, Martin NG, van Duijn CM, Boomsma DI: Meta-analysis of genome-wide association studies for personality. *Mol Psychiatry* 2012; 17:337–349
- McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS: Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2012; 169:650–661
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2012; 169:476–483
- Stoffers JM, Völlm BA, Rüdiger G, Timmer A, Huband N, Lieb K: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8:CD005652
- Skodol AE, Shedler J, Bradley B, DeFife J: Personality disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8:317–344
- Ansell EB, Pinto A, Edelen MO, Markowitz JC, Sanislow CA, Yen S, Zanarini M, Skodol AE, Shea MT, Morey LC, Gunderson JG, McGlashan TH, Grilo CM: The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychol Med* 2011; 41:1019–1028
- Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R: Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011; 37:37–42
- Bender DS, Morey LC, Skodol AE: Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess* 2011; 93:332–346
- Butler S, Baruch G, Hickey N, Fonagy P: A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:1220–35
- Crawford MJ, Koldobsky N, Mulder R, Tyrer P: Classifying personality disorder according to severity. *J Pers Disord* 2011; 25:321–330
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE: Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:827–837
- Gunderson JG: Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med* 2011; 364:2037–2042
- Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Blanco C, Grant B: Relationship of personality disorders to the three-year course of alcohol, cannabis, and nicotine disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:1158–1167
- Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Pinto A, Markowitz JC, Shea MT, Skodol AE, Gunderson JG, Zanarini MC, Morey LC: Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord* 2011; 25:305–320
- Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F: Borderline personality disorder. *Lancet* 2011; 377:74–84

- Morey LC, Berghuis H, Bender DS, Verheul R, Krueger RF, Skodol AE: Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *J Pers Assess* 2011; 93:347–353
- Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ: Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14:1257–1288
- Shanks C, Pfohl B, Blum N, Black DW: Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *J Pers Disord* 2011; 25:806–812
- Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS: Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168:257–264
- Tyrer P, Crawford M, Mulder R, Blashfield R, Farnam A, Fossati A, Kim Y-R, Koldobsky N, Lecic-Tosevski D, Ndeti D, Swales M, Clark LA, Reed GM: The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the international classification of diseases (ICD-11). *Pers Ment Health* 2011; 5:246–259
- Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT: Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011; 13:60–68
- Davidson KM, Tyrer P, Norrie J, Palmer SJ, Tyrer H: Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2010; 197:456–462
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P: Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196:389–395
- Grilo CM, Stout RL, Markowitz JC, Sanislow CA, Ansell EB, Skodol AE, Bender DS, Pinto A, Shea MT, Yen S, Gunderson JG, Morey LC, Hopwood CJ, McGlashan TH: Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1629–1635
- Lieb K, Völlm B, Rüdiger G, Timmer A, Stoffers JM: Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010; 196:4–12 [Review]
- Paris J: Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12:56–60
- Pincus AL, Lukowitsky MR: Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6:421–446
- Stanley B, Siever LJ: The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry* 2010; 167:24–39
- Bateman A, Fonagy P: Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1355–1364
- Mercer D, Douglass AB, Links PS: Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord* 2009; 23:156–174
- National Collaborating Centre for Mental Health: Borderline Personality Disorder: The NICE GUIDELINE on Treatment and Management. National Clinical Practice Guideline No. 78. British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403/>
- Oldham JM: Borderline personality disorder comes of age. *Am J Psychiatry* 2009; 166:509–511
- Ronningstam E: Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatr Ann* 2009; 39:111–121
- Siever LJ, Weinstein LN: The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 2009; 57:361–398 [Review]
- Skodol AE, Bender DS: The future of personality disorders in DSM-V? *Am J Psychiatry* 2009; 166:388–391
- Bateman A, Fonagy P: 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008; 165:631–638**
- Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, Arndt S, Black DW: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2008; 165:468–478
- Dimaggio G, Nicolò G, Fiore D, Centenero E, Semerari A, Carcione A, Pedone R: States of minds in narcissistic personality disorder: three psychotherapies analyzed using the grid of problematic states. *Psychother Res* 2008; 18:466–480
- Gunderson JG, Lyons-Ruth K: BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord* 2008; 22:22–41
- King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Montague PR: The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science* 2008; 321:806–810
- Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JHR, Gallop RJ: Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:999–1005
- New AS, Goodman M, Triebwasser J, Siever LJ: Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31:441–461, vii
- Pulay AJ, Dawson DA, Ruan WJ, Pickering RP, Huang B, Chou SP, Grant BF: The relationship of impairment to personality disorder severity among individuals

- with specific axis I disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Pers Disord* 2008; 22:405–417
- Torgersen S, Czajkowski N, Jacobson K, Reichborn-Kjennerud T, Røysamb E, Neale MC, Kendler KS: Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychol Med* 2008; 38:1617–1625
- Winograd G, Cohen P, Chen H: Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49:933–941
- Bender DS, Skodol AE: Borderline personality as a self-other representational disturbance. *J Pers Disord* 2007; 21:500–517
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:922–928
- McMain S: Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Can J Psychiatry* 2007; 52 (Suppl 1):103S–114S
- McMain SF, Pos AE: Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9:46–52
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB: The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:929–935
- Zanarini MC, Frankenburg FR: The essential nature of borderline psychopathology. *J Pers Disord* 2007; 21: 518–535
- Chapman AL: Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edmont)* 2006; 3:62–68
- Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, Palmer S: The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord* 2006; 20:450–465
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:649–658
- Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Yen S, Sanislow CA, Bender DS, Dyck IR, Morey LC, Stout RL: Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163:822–826
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T: Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006; 188:13–20
- Kendler KS, Czajkowski N, Tambs K, Torgersen S, Aggen SH, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T: Dimensional representations of DSM-IV cluster A personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychol Med* 2006; 36:1583–1591
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:1027–1040
- Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF: The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Clin Psychol* 2006; 62:481–501
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:757–766
- Oldham JM: Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006; 163:20–26
- Westen D, Shedler J, Bradley R: A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006; 163:846–856**
- Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Gunderson JG, Yen S, Bender DS, Pagano ME, Zanarini MC, Morey LC, McGlashan TH: Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73:78–85
- Livesley WJ: Principles and strategies for treating personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005; 50:442–450
- Oldham JM. Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Association. March 2005 (Reprinted in *FOCUS* 2005;3:396–400)
- Salvatore G, Nicolò G, Dimaggio G: Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder. *Am J Psychother* 2005; 59:247–265
- Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, Dyck IR, Stout RL, Morey LC, Shea MT, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Gunderson JG: Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1919–1925
- Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K: Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12:94–104
- Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N: Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004; 18:226–239
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, Lieb K, Linehan MM: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004; 42:487–499
- Goodman M, New A, Siever L: Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032:104–116

- Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, Grilo CM, Sanislow CA, Yen S, Daversa MT, Bender DS: Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1049–1056
- Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, Grilo CM, Sanislow CA, Yen S, Daversa MT, Bender DS: Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder Revisited: Longitudinal Interactions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; US, Physicians Postgraduate Press. 65: 1049-1056.
- Lenzenweger MF, Johnson MD, Willett JB: Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:1015–1024
- Oldham JM, Bender DS, Skodol AE, Dyck IR, Sanislow CA, Yen S, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Gunderson EJ, McGlashan TH: Testing an APA practice guideline: symptom-targeted medication utilization for patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2004; 10:156–161
- Shea MT, Stout RL, Yen S, Pagano ME, Skodol AE, Morey LC, Gunderson JG, McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Bender DS, Zanarini MC: Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *J Abnorm Psychol* 2004; 113:499–508
- Tyrer P, Tom B, Byford S, Schmidt U, Jones V, Davidson K, Knapp M, MacLeod A, Catalan J; POPMACT Group: Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *J Pers Disord* 2004; 18:102–116
- Bender DS, Farber BA, Sanislow CA, Dyck IR, Geller JD, Skodol AE: Representations of therapists by patients with personality disorders. *Am J Psychother* 2003; 57:219–236
- Gunderson JG, Bender D, Sanislow C, Yen S, Rettew JB, Dolan-Sewell R, Dyck I, Morey LC, McGlashan TH, Shea MT, Skodol AE: Plausibility and possible determinants of sudden “remissions” in borderline patients. *Psychiatry* 2003; 66:111–119
- Hollander E, Tracy KA, Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, Sommerville KW, Nemeroff CB: Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28:1186–1197
- Leichsenring F, Leibling E: The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1223–1232
- Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W: Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003; 182:135–140
- Klein DN, Schwartz JE: The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in dysthymic disorder. *J Pers Disord* 2002; 16:523–535
- Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG, McGue M: Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:411–424
- Sher KJ, Trull TJ: Substance use disorder and personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4:25–29
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA, Oldham JM: Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:276–283
- Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG: Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:295–302
- Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, Stone M, Phillips KA; American Psychiatric Association Practice Guidelines: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158(Suppl):1–52
- Rizvi SL, Linehan MM: Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001; 3:64–69 [Reprinted in *FOCUS* 2005;3:489–494]
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:590–596
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sichel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V: Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998; 39:296–302

Abstracts

SOBRE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Debido a limitaciones de espacio y a la variabilidad de las políticas de permisos de reimpresión, no fue posible incluir todas las publicaciones influyentes que los editores habían considerado reimprimir en este volumen. Esta sección contiene resúmenes de los artículos adicionales que, en la opinión de los editores, vale la pena revisar.

Comparación de la terapia conductual dialéctica con el tratamiento psiquiátrico general para el trastorno límite de la personalidad: resultados clínicos y funcionamiento durante un seguimiento de dos años

McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS.
Am J Psychiatry 2012;169:650-61.

Objetivo: Los autores realizaron un estudio de seguimiento naturalístico prospectivo de dos años para evaluar la evolución clínica tras el tratamiento de pacientes ambulatorios que fueron asignados aleatoriamente a recibir un año de terapia conductual dialéctica o tratamiento psiquiátrico general para el trastorno límite de la personalidad. **Método:** Los pacientes fueron evaluados de manera ciega a los 6, 12, 18 y 24 meses de finalizado el tratamiento. Se evaluó la efectividad clínica del tratamiento con mediciones de las conductas autolesivas suicidas y no suicidas, la utilización de atención sanitaria, el distrés de síntomas generales, la depresión, la ira, la calidad de vida, el ajuste social, la psicopatología límite y la situación diagnóstica. Los autores llevaron a cabo comparaciones entre grupos usando una ecuación de estimación generalizada, modelos de efectos mixtos o prueba de la χ^2 , en función de la distribución y de la naturaleza de los datos. **Resultados:** Ambos grupos de tratamiento mostraron mejorías similares y estadísticamente significativas en la mayoría de los criterios de valoración dos años después del alta. Las mejorías clínicas obtenidas inicialmente se mantuvieron en el tiempo para todos los criterios de valoración, incluyendo los comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas. Se apreciaron más mejorías en las mediciones de la depresión, el funcionamiento interpersonal y la ira. No obstante, aunque dos tercios de los participantes lograron la remisión diagnóstica y aumentos significativos de la calidad de vida, el 53 % no tenían trabajo ni estaban realizando estudios, y el 39 % recibían apoyo por discapacidad psiquiátrica al cabo de 36 meses. **Conclusiones:** Se apreció una asociación entre un año de terapia conductual dialéctica o de tratamiento psiquiátrico general y efectos positivos de larga duración en una amplia gama de criterios de valoración. A pesar de los efectos beneficiosos de estos tratamientos específicos, un dato importante que replica investigaciones previas es que los participantes continuaron mostrando altos niveles de deterioro funcional. Es necesario realizar estudios adicionales sobre la efectividad de las estrategias de rehabilitación adyuvante para mejorar el funcionamiento general.

Obtención y estabilidad de la remisión sintomática sostenida y de la recuperación en pacientes con trastorno límite de la personalidad y controles del Eje II: un estudio con seguimiento prospectivo de 16 años

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G.
Am J Psychiatry 2012;169:476-83.

Objetivo: Determinar el tiempo transcurrido hasta lograr la remisión de los síntomas y la duración de la recuperación durante dos, cuatro, seis u ocho años en pacientes con trastorno límite de la personalidad y controles con otros trastornos de la personalidad y determinar la estabilidad de esos resultados. **Método:** Se realizó la evaluación de un total de 290 pacientes con trastorno límite de la personalidad y 72 controles con otros trastornos del Eje II durante su primer ingreso usando una serie de entrevistas semiestructuradas, que se volvieron a administrar en ocho sesiones sucesivas de seguimiento a lo largo de dos años. Para ser incluidos en el estudio, los pacientes con trastorno límite de la personalidad tenían que cumplir los criterios tanto de la Revised Diagnostic Interview for Borderlines como del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición revisada (DSM-III-R). **Resultados:** Los pacientes con trastorno límite tardaron significativamente más tiempo en

lograr la remisión o la recuperación (que implicaban buen funcionamiento tanto social como laboral, así como remisión sintomática) que los controles con trastornos del Eje II. No obstante, al realizarse la valoración de seguimiento a los 16 años, ambos grupos habían logrado tasas altas similares de remisión (intervalo para los pacientes con trastorno límite: 78-99 %; intervalo para los controles con trastornos del Eje II: 97-99 %), pero no de recuperación (40-60 % en comparación con 75-85 %). Por el contrario, la recidiva sintomática y la pérdida de recuperación se produjeron más rápidamente y en porcentajes considerablemente más elevados en pacientes con trastorno límite que en controles del Eje II (recidiva: 10-36 %, en comparación con 4-7 %; falta de recuperación: 20-44 % en comparación con 9-28 %). **Conclusiones:** los resultados obtenidos sugieren que la remisión sintomática sostenida es sustancialmente más frecuente que la recuperación sostenida del trastorno límite de la personalidad y que lograr y mantener las remisiones y recuperaciones sostenidas resulta considerablemente más difícil para personas con trastorno límite de la personalidad que para personas con otras variedades de trastornos de la personalidad.

Metaanálisis de estudios de asociación del genoma completo para la personalidad

de Moor MH, Costa PT, Terracciano A, Krueger RF, de Geus EJ, Toshiko T, Penninx BW, Esko T, Madden PA, Derringer J, Amin N, Willemsen G, Hottenga J, Distel MA, Uda M, Sanna S, Spinhoven P, Hartman CA, Sullivan P, Realo, Allik J, Heath AC, Pergadia ML, Agrawal A, Lin P, Grucza R, Nuture T, Ciullo M, Rujescu D, Giegling I, Konte B, Widen E, Cousminer DL, Eriksson JG, Palotie A, Peltonen L, Luciano M, Tenesa A, Davies G, Lopez LM, Hansell NK, Medland SE, Ferrucci L, Schlessinger D, Montgomery GW, Wright MJ, Aulchenko YS, Janssens AC, Oostra BA, Metspalu A, Abecasis GR, Deary IJ, Rääkkönen K, Bierut LJ, Martin NG, van Duijn CM, Boomsma DI. *Mol Psychiatry* 2012;17:337-49.

La personalidad se puede concebir como un conjunto de características que influyen en los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento de las personas en diversas circunstancias. La variación en la personalidad predice muchas evoluciones en la vida, incluyendo la de la salud mental. En este artículo se presenta un metaanálisis de datos sobre asociación del genoma completo (GWA) para la personalidad en 10 muestras de investigación (17.375 adultos) y cinco muestras de replicación informática (3.294 adultos). Todos los participantes eran de origen europeo. Las puntuaciones de la personalidad para el neuroticismo, la extraversión, la apertura a experiencias, la amabilidad y la responsabilidad se basaron en el NEO Five-Factor Inventory. Se dispuso de datos del genotipo de $\approx 2,4$ M polimorfismos de nucleótido simple (SNP; tipificados directamente e imputados usando datos HapMap). En las muestras de investigación se realizaron análisis clásicos de asociación bajo un modelo de adición seguido de metaanálisis usando el método de la varianza inversa ponderado. Los resultados mostraron significación en todo el genoma para la apertura a experiencias cerca del gen RASA1 en 5q14.3 (rs1477268 y rs2032794, $p = 2,8 \times 10^{-8}$ y $3,1 \times 10^{-8}$) y para la responsabilidad en el gen KATNAL2 expresado en el cerebro en 18q21.1 (rs2576037, $p = 4,9 \times 10^{-8}$). A continuación, los autores realizaron una prueba basada en genes que confirmó la asociación de KATNAL2 con la responsabilidad. La replicación informática, no obstante, no mostró asociaciones significativas en los SNP principales con la apertura a experiencias y la responsabilidad, aunque la dirección del efecto del SNP KATNAL2 sobre responsabilidad fue constante en todas las muestras de replicación. Se necesitan estudios GWA a mayor escala y enfoques alternativos para confirmar el KATNAL2 como nuevo gen que afecta a la responsabilidad.

Hacia un modelo para evaluar el nivel de funcionamiento de la personalidad en el DSM-5, Parte I: una revisión de la teoría y de los métodos

Bender DS, Morey LC, Skodol AE.

Journal of Personality Assessment 2011; 9:332-46.

(Reproducido con permiso de Taylor y Francis [<http://tandfonline.com>])

Los trastornos de la personalidad están asociados a alteraciones fundamentales del yo y de las relaciones interpersonales, problemas que varían en gravedad dentro de cada trastorno y entre los diferentes trastornos. Esta revisión estudia los instrumentos de medición de la psicopatología de la personalidad administrados por clínicos que se centran en las dimensiones del yo-los otros para explorar la viabilidad y la utilidad de construir una escala de la gravedad del deterioro del funcionamiento de la personalidad para el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5). Se tuvieron en cuenta los elementos sólidos de los instrumentos para crear un continuo del funcionamiento de la personalidad basado en aspectos de la identidad, la autodirección, la em-

patía y la intimidad. Partiendo de resultados preliminares (Morey y colaboradores 2011/este número) se sometieron los niveles propuestos de funcionamiento de la personalidad a pruebas empíricas extensas en los ensayos de campo del DSM-5 y en otras publicaciones. Se espera que la versión resultante de este instrumento de medición de la gravedad tenga utilidad clínica para identificar la psicopatología de la personalidad, planificar el tratamiento, construir la alianza terapéutica y estudiar el curso y los resultados del tratamiento.

Hacia un modelo para evaluar el nivel de funcionamiento de la personalidad en el DSM-5, Parte II: articulación empírica de una dimensión central de la patología de la personalidad

Morey LC, Berghuis H, Bender DS, Verheul R, Krueger RF, Skodol AE.

Journal of Personality Assessment 2011;93:347-53.

(Reproducido con permiso de Taylor y Francis [<http://tandfonline.com>])

La amplia comorbilidad entre los trastornos de la personalidad definidos según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición [DSM-IV]; American Psychiatric Association, 1994) podría ser prueba determinante de los aspectos comunes esenciales entre esos trastornos que reflejan un nivel general de funcionamiento de la personalidad que es por sí mismo muy relevante para la toma de decisiones clínicas. Este estudio tiene como propósito identificar los marcadores clave de un nivel de estas características, que, según se cree, reflejan una dimensión central de la patología de la personalidad que implica deterioro en las capacidades del yo y en el funcionamiento interpersonal, así como articular empíricamente un continuo de la gravedad de esos problemas para el DSM-5. Usando mediciones de las dimensiones centrales propuestas para la patología de la personalidad, se desarrolló una descripción de un continuo de gravedad de la patología de la personalidad. Se identificaron marcadores potenciales en varios niveles de gravedad de la patología de la personalidad usando la teoría de la respuesta a ítems (TRI) en dos muestras de pacientes psiquiátricos. Las estimaciones de las situaciones de los pacientes basadas en la TRI en una dimensión latente de la patología de la personalidad tuvieron una relación significativa con el diagnóstico de trastorno de la personalidad según el DSM-IV, así como con la comorbilidad de los trastornos de la personalidad. Análisis posteriores indicaron que este continuo podría usarse para captar la distribución de la gravedad de la patología en toda la gama de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV. La identificación de un continuo de patología de la personalidad compuesta por deterioro del yo y del funcionamiento interpersonal proporciona una base empírica para una valoración de los «niveles de funcionamiento de la personalidad» propuesta en el marco de una formulación diagnóstica del trastorno de la personalidad según el DSM-5.

Asociación de los trastornos de la personalidad con el curso prospectivo a siete años de los trastornos de ansiedad

Ansell EB, Pinto A, Edelen MO, Markowitz JC, Sanislow CA, Yen S, Zanarini M, Skodol AE, Shea MT,

Morey LC, Gunderson JG, McGlashan TH, Grilo CM.

Psychol Med 2011; 41:1019-28.

Antecedentes: Este estudio examina prospectivamente el curso clínico natural de seis trastornos de ansiedad durante un seguimiento a lo largo de siete años en personas con trastornos de la personalidad (TP) y/o trastorno depresivo mayor. Se examinaron las tasas de remisión, recidiva, inicio de nuevos episodios y cronicidad de los trastornos de ansiedad en busca de asociaciones específicas con los TP. **Método:** Los participantes fueron 499 pacientes con trastornos de ansiedad del Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study, a quienes se evaluó a intervalos anuales durante los siete años de seguimiento con entrevistas estructuradas para documentar trastornos psiquiátricos. Se utilizaron esos datos para determinar probabilidades de cambios en el nivel del trastorno de fobia social (FS), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno de angustia y el trastorno de angustia con agorafobia. **Resultados:** Los porcentajes de remisión estimados para los trastornos de ansiedad en este grupo de estudio oscilaron entre el 34 y el 67 %. Los porcentajes de inicio de nuevos episodios de trastornos de ansiedad variaron entre el 3 y el 17 %. Se demostraron asociaciones entre TP específicos y la remisión, la recidiva, los inicios de nuevos episodios y la cronicidad de los trastornos de ansiedad. Se identificaron asociaciones entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y el curso de la FS, el TEPT y el TAG; entre el trastorno de la personalidad por evitación y el curso de la FS y el TOC; entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el curso del TAG, el TOC y la agorafobia, y entre el trastorno límite de la personalidad y el curso del TOC, el TAG y la angustia con agorafobia. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que hay diagnósticos de TP específicos que tie-

nen significación pronóstica negativa para el curso de los trastornos de ansiedad, lo que subraya la importancia de evaluar y considerar los diagnósticos del TP en pacientes con trastornos de ansiedad.

Relación de los trastornos de la personalidad con el curso del trastorno depresivo mayor en una muestra con representatividad nacional

Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS.
Am J Psychiatry 2011;168:257-64.

Objetivo: Examinar los efectos de la comorbilidad específica de los trastornos de la personalidad sobre el curso del trastorno depresivo mayor en una muestra representativa a nivel nacional. **Método:** Se obtuvieron datos de 1.996 participantes en una encuesta nacional. Los participantes que cumplían los criterios para el trastorno depresivo mayor en la situación basal en entrevistas personales (en 2001-2002) fueron entrevistados de nuevo tres años más tarde (en 2004-2005) para determinar la persistencia y la recidiva. Los predictores incluyeron todos los trastornos de la personalidad según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV). Se usaron como variables de control las características demográficas, otros trastornos del Eje I, antecedentes familiares y de tratamiento y predictores establecidos previamente del curso del trastorno depresivo mayor. **Resultados:** En total, el 15,1 % de los participantes tenían trastorno depresivo mayor persistente, y el 7,3 % de quienes presentaban remisión habían tenido una recidiva. Los análisis univariados indicaron que los trastornos de la personalidad por evitación, límite, histriónico, paranoide, esquizoide y esquizotípico elevaban el riesgo de persistencia. Una vez controlada la comorbilidad con el Eje I, todos los trastornos de la personalidad, excepto el trastorno histriónico de la personalidad, continuaron siendo significativos. Una vez controlados todos los demás trastornos de la personalidad, los trastornos límite y esquizotípico se mantuvieron como predictores significativos. En los análisis multifactoriales finales, con control para la edad al inicio del trastorno depresivo mayor, el número de episodios previos, la duración del episodio actual, los antecedentes familiares y el tratamiento, el trastorno límite de la personalidad se mantuvo como sólido predictor de la persistencia del trastorno depresivo mayor. Ni los trastornos de la personalidad ni otras variables clínicas predijeron la recidiva. **Conclusiones:** En esta muestra representativa a nivel nacional de adultos con trastorno depresivo mayor, el trastorno límite de la personalidad predijo de manera sólida la cronicidad, un resultado que coincide con los de recientes estudios clínicos. La psicopatología de la personalidad, especialmente el trastorno límite de la personalidad, debería evaluarse en todos los pacientes con trastorno depresivo mayor, debería tenerse en cuenta en el pronóstico y debería abordarse en el tratamiento.

Farmacoterapia para el trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática Cochrane de ensayos aleatorizados

Lieb K, Völlm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM.
Br J Psychiatry 2010; 196:4-12.

Antecedentes: Muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad reciben tratamiento farmacológico, pero hay dudas respecto a la utilidad de este tipo de tratamiento. **Objetivos:** Evaluar la evidencia de la efectividad de la farmacoterapia para tratar diferentes aspectos de la psicopatología del trastorno límite de la personalidad. **Método:** Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de la Cochrane Collaboration de comparaciones aleatorizadas de fármaco con placebo, fármaco con fármaco o fármaco único con combinación de fármacos en pacientes adultos con trastorno límite de la personalidad. Los criterios de valoración primarios fueron la gravedad global de la enfermedad y también los síntomas centrales específicos. Los criterios de valoración secundarios comprendieron la patología psiquiátrica asociada y la tolerabilidad de los fármacos. **Resultados:** Se incluyeron 27 ensayos en los que se probaron antipsicóticos de primera y segunda generación, estabilizadores del estado de ánimo, antidepresivos y ácidos grasos omega-3. Los mayores efectos beneficiosos se documentaron con los estabilizadores del estado de ánimo topiramato, lamotrigina y valproato semisódico y con los antipsicóticos de segunda generación aripiprazol y olanzapina. No obstante, estos resultados tienen poca solidez, dado que se basan principalmente en estudios pequeños y únicos. Hasta la fecha, no hay evidencia de alto nivel para la efectividad de los inhibidores de la recaptación de serotonina. **Conclusiones:** La evidencia actual a partir de ensayos controlados aleatorizados sugiere que el tratamiento farmacológico, especialmente con estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos de segunda generación, puede ser efectivo para tratar varios síntomas centrales y la psicopatología asociada, pero la evidencia no apoya en la actualidad la efectividad de estos fármacos para la gravedad global del trastorno límite de la personalidad. Por ello, la farmacoterapia debería ir orientada a síntomas específicos.

Ensayo controlado aleatorizado de tratamiento basado en la mentalización comparado con tratamiento clínico estructurado para el trastorno límite de la personalidad a nivel ambulatorio

Bateman A, Fonagy P.

Am J Psychiatry 2009; 166:1355-64.

Objetivo: Este ensayo controlado aleatorizado tiene como propósito determinar la efectividad de un enfoque de tratamiento basado en la mentalización (TBM) durante 18 meses en pacientes ambulatorios en comparación con un enfoque de tratamiento clínico estructurado (TCE) en régimen ambulatorio para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. **Método:** Se asignó aleatoriamente a recibir TBM o TCE a pacientes ($n = 134$) derivados consecutivamente a un centro de tratamiento de trastornos de la personalidad que cumplían los criterios de selección. Actuaron como terapeutas 11 profesionales de la salud mental con un número igual de años de experiencia y de formación. Cada seis meses realizaron valoraciones evaluadores independientes ciegos al tratamiento asignado. El criterio de valoración primario fue la ocurrencia de episodios de crisis, un factor compuesto por comportamientos suicidas y autolesivos graves y hospitalización. Los criterios de valoración secundarios comprendieron el funcionamiento social e interpersonal y los síntomas comunicados por los mismos pacientes. Los criterios de valoración, evaluados a intervalos de seis meses, se analizaron usando regresiones logísticas de efectos mixtos para datos binarios, modelos de regresión de Poisson para datos de recuento y modelos de curva de crecimiento lineal de efectos mixtos para las variables comunicadas por los pacientes. **Resultados:** Se observaron mejorías considerables en ambas condiciones en todas las variables evaluadas. Los pacientes asignados aleatoriamente al TBM mostraron un descenso más pronunciado tanto de los problemas autocomunicados como de los clínicamente significativos, incluyendo los intentos de suicidio y la hospitalización. **Conclusiones:** Los tratamientos estructurados mejoran la evolución en las personas con trastorno límite de la personalidad. Poniendo el foco de atención en procesos psicológicos específicos se logran efectos beneficiosos adicionales a los del apoyo clínico estructurado. El TBM es relativamente poco exigente por lo que se refiere a la formación, de forma que puede resultar útil su aplicación en los servicios generales de salud mental. Se necesitan más evaluaciones realizadas por grupos de investigación independientes.

Fenotipo de hipersensibilidad interpersonal en el TLP: un modelo evolutivo genético-medioambiental

Gunderson JG, Lyons-Ruth K.

J Pers Disord 2008;22:22-41.

(Copyright © Guilford Press. Reproducido con permiso de Guilford Press)

Este artículo explora el desarrollo del trastorno límite de la personalidad (TLP) en su posible aparición durante las primeras reacciones interpersonales y cómo esas reacciones podrían evolucionar hasta el patrón interpersonal que tipifica el TLP. Empieza por conectar la información relevante de publicaciones clínicas sobre los problemas interpersonales prototípicos del trastorno límite con las publicaciones relevantes cada vez más numerosas en la actualidad sobre el desarrollo inicial del niño. Los autores comienzan planteando cómo una disposición psicobiológica al TLP tiene probabilidad de incluir una diátesis constitucional para la reactividad a las reacciones, es decir, para la hipersensibilidad a los estresantes interpersonales. Se revisan los datos relevantes para las manifestaciones de esta disposición en muestras clínicas de adultos y para su heredabilidad y su neurobiología. A continuación, se plantea cómo una disposición psicobiológica de este tipo para la reactividad interpersonal podría contribuir al desarrollo de una variedad ambivalente-desorganizada de apego, subrayando especialmente las probables contribuciones tanto del niño con predisposición como de sus padres también predispuestos a las respuestas desadaptativas, lo que da lugar a una escalada de las transacciones problemáticas. Se plantea la evidencia existente sobre la genética y también sobre las vías de desarrollo asociadas a apegos desorganizados. Se describen las conexiones que están surgiendo entre esas vías del desarrollo y el TLP en adultos, especialmente la posible aparición al inicio o a la mitad de la infancia de las estrategias interpersonales de control-cuidado o control-castigo. Se comentan algunas implicaciones de esta teoría de interacción entre genes y ambiente para comprender mejor el desarrollo de la etiología del TLP.

La fenomenología subsindrómica del trastorno límite de la personalidad: un estudio con seguimiento de 10 años

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB.

Am J Psychiatry 2007;164:929-35.

Objetivo: Describir el curso de 24 síntomas de trastorno límite de la personalidad en términos del tiempo transcurrido hasta la remisión. **Método:** Se valoró la psicopatología límite de 362 pacientes con trastornos de la per-

sonalidad, todos reclutados durante hospitalizaciones, usando dos entrevistas semiestructuradas de fiabilidad demostrada. De esos pacientes, 290 cumplían los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición revisada (DSM-III-R), y también los criterios de la Revised Diagnostic Interview for Borderlines para el trastorno límite de la personalidad, y 72 cumplían los criterios del DSM-III-R para otro trastorno del Eje II. Más del 85 % de los pacientes fueron entrevistados en cinco ocasiones con una periodicidad bianual por entrevistadores ciegos a toda la información recogida previamente. **Resultados:** En los pacientes con personalidad límite, 12 de los 24 síntomas estudiados mostraron patrones de declive pronunciado con el paso del tiempo y fueron comunicados en el seguimiento a los 10 años por menos del 15 % de los pacientes que los habían comunicado en la situación basal. Los restantes 12 síntomas mostraron patrones de declive considerable pero menos espectacular durante el período de seguimiento. Los síntomas que reflejan áreas centrales de impulsividad (p. ej., automutilación e intentos de suicidio) e intentos activos de gestionar las dificultades interpersonales (p. ej., problemas con las actitudes de requerimiento/exigencias y regresiones importantes del tratamiento) parecían ser los que se resolvían con mayor rapidez. Por el contrario, los síntomas de la afectividad que reflejan áreas de disforia crónica (p. ej., ira y soledad/vacío) y los síntomas interpersonales que reflejan cuestiones relacionadas con el abandono y la dependencia (p. ej., intolerancia a estar solo y problemas de contradependencia) parecían ser los más estables. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que el trastorno límite de la personalidad puede constar tanto de síntomas que son manifestaciones de enfermedad aguda como de síntomas que representan aspectos más permanentes del trastorno.

Representaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad del grupo A del DSM-IV en una muestra poblacional de gemelos noruegos: un estudio multifactorial

Kendler KS, Czajkowski N, Tambs K, Torgersen S, Aggen SH, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T. *Psychol Med* 2006;36:1583-91.

Antecedentes: Los trastornos de la personalidad (TP) «raros» o del grupo A –paranoide, esquizoide y esquizotípico– se crearon en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición (DSM-III), con escasa base empírica. Los autores han examinado la relación entre los factores de riesgo genéticos y medioambientales para las representaciones dimensionales de esos tres trastornos de la personalidad. **Método:** Esos trastornos de la personalidad se valoraron usando la Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) en 1.386 pares de gemelos adultos jóvenes que formaban parte del Registro de Gemelos del Instituto Noruego de Salud Pública. Usando Mx, se ajustó un modelo de gemelos de vía independiente con factor único al número de criterios aceptados para los tres trastornos. **Resultados:** El modelo con mejor ajuste incluyó factores genéticos y medioambientales únicos compartidos, así como efectos genéticos y medioambientales únicos específicos para cada trastorno de la personalidad. La heredabilidad total fue moderada para estos trastornos de la personalidad y osciló entre el 21 y el 28 %. Las cargas sobre los factores genéticos y medioambientales únicos compartidos fueron considerablemente más altas para el TP esquizotípico que para el paranoide o el esquizoide. La proporción de predisposición genética compartida con todos los trastornos del grupo A se estimó en el 100, el 43 y el 26 %, respectivamente para, los TP esquizotípico, paranoide y esquizoide. **Conclusión:** En apoyo de la validez del constructo del grupo A, las representaciones dimensionales de los TP esquizotípico, paranoide y esquizoide son todas ellas moderadamente hereditarias y comparten una proporción de sus factores de riesgo genéticos y medioambientales. No se encontró evidencia para los efectos medioambientales o sexuales compartidos por esos TP. El TP esquizotípico es el que refleja más estrechamente la predisposición genética y medioambiental común a los tres trastornos del grupo A. Estos resultados deben interpretarse en el contexto de la limitada potencia de esta muestra.

Representaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad en el DSM-IV: relaciones con el deterioro funcional

Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, Dyck IR, Stout RL, Morey LC, Shea MT, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Gunderson JG. *Am J Psychiatry* 2005;162:1919-25.

Objetivo: Este estudio comparó representaciones tridimensionales de los trastornos de la personalidad según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV), y categorías estándares respecto a sus asociaciones con el funcionamiento psicosocial. **Método:** Se contó con 668 pacientes en los que se había diagnosticado mediante entrevista semiestructurada un trastorno de la personalidad esquizotípico, límite, por evitación u obsesivo-compulsivo o bien un trastorno depresivo mayor sin trastorno de la personalidad, que com-

pletaron cuestionarios en los que se valoraban modelos de la personalidad dimensionales con tres o cinco factores. Usando como instrumento de medición el Longitudinal Interval Follow-up Evaluation- Baseline Version, se compararon las relaciones de las categorías de los trastornos de la personalidad, las representaciones dimensionales de las categorías partiendo de los recuentos de criterios y las dimensiones de la personalidad en tres y cinco factores con el deterioro en siete dominios del funcionamiento. **Resultados:** Tanto las representaciones categoriales como las dimensionales de los trastornos de la personalidad del DSM-IV tuvieron relaciones más sólidas con el deterioro en el funcionamiento en los dominios de empleo, relaciones sociales con padres y amigos y ajuste social global, así como con las puntuaciones en el Eje V del DSM-IV, que los modelos de tres y cinco factores. Las dimensiones del DSM-IV fueron el enfoque que mejor predijo el deterioro funcional. Aunque los rasgos de la personalidad de cinco factores capturaron la varianza en el deterioro funcional no predicha por las dimensiones del trastorno de la personalidad en el DSM-IV, las dimensiones del DSM-IV explicaron un grado significativamente mayor de la varianza que las medidas de la personalidad. **Conclusiones:** Las puntuaciones en las dimensiones del funcionamiento general de la personalidad no parecen tener una asociación tan sólida con el deterioro funcional como la psicopatología del trastorno de la personalidad según el DSM. Un punto de acuerdo en el debate actual sobre categorías frente a dimensiones del trastorno de la personalidad podría ser la puntuación dimensional de los criterios que comprenden categorías tradicionales.

Asociaciones en el curso de los trastornos de la personalidad y de los trastornos del Eje I con el paso del tiempo

Shea MT, Stout RL, Yen S, Pagano ME, Skodol AE, Morey LC, Gunderson JG, McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Bender DS, Zanarini MC.
Journal of Abnormal Psychology 2004;113:499-508.

En este estudio, los autores examinaron asociaciones variables en el tiempo entre los trastornos de la personalidad esquizotípico (TETP), límite (TLP), por evitación (TPE) u obsesivo-compulsivo (TPOC) y los trastornos del Eje I comórbidos en 544 participantes adultos del Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Los autores pusieron a prueba predicciones de asociaciones longitudinales específicas derivadas de un modelo de dimensiones psicobiológicas transversales (Siever y Davis, 1991) con participantes que padecían trastornos del Eje I relevantes. Los autores valoraron a los participantes en la situación basal y en las evaluaciones de seguimiento realizadas a los 6, 12 y 24 meses. Los participantes con TLP mostraron asociaciones longitudinales significativas con el trastorno depresivo mayor y con el trastorno por estrés postraumático. El TPE estuvo significativamente asociado a los trastornos de ansiedad (específicamente fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo). Dos de los cuatro trastornos de la personalidad que se examinaron (TETP y TPOC) mostraron una asociación escasa o inexistente con los trastornos del Eje I.

Efectividad de la terapia psicodinámica y de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos de la personalidad: un metaanálisis

Leichsenring F, Leibing E.
Am J Psychiatry 2003;160:1223-32.
(Reimpreso en FOCUS 2005; vol. 3, número 3, pp. 417-428)

Objetivo: Los autores realizaron un metaanálisis sobre la efectividad de la terapia psicodinámica y la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. **Método:** Se recopilaron los estudios sobre terapia psicodinámica y terapia cognitivo-conductual publicados entre 1974 y 2001. Sólo se incluyeron los estudios que: 1) utilizaron métodos estandarizados para diagnosticar los trastornos de la personalidad; 2) aplicaron instrumentos fiables y válidos para la valoración de los resultados, y 3) comunicaron datos que permitieron calcular tamaño del efecto dentro del grupo o la valoración de las tasas de recuperación para los trastornos de la personalidad. Se incluyeron 14 estudios de terapia psicodinámica y 11 estudios de terapia cognitivo-conductual. **Resultados:** La terapia psicodinámica obtuvo un tamaño del efecto global muy amplio (1,46), documentándose tamaños del efecto de 1,08 para los parámetros autocomunicados por los pacientes y de 1,79 para los parámetros medidos por observadores-evaluadores. Para la terapia cognitivo-conductual, los valores correspondientes fueron de 1,00, 1,20 y 0,87. Para mediciones más específicas de la patología de los trastornos de la personalidad, se observó un gran tamaño del efecto global (1,56) para la terapia psicodinámica. Dos estudios sobre terapia cognitivo-conductual documentaron efectos significativos para mediciones más específicas de la patología de los trastornos de la personalidad. Para la terapia psicodinámica, los tamaños del efecto indican cambio en los trastor-

nos de la personalidad más a largo plazo que a corto plazo. **Conclusiones:** Hay evidencia de que tanto la terapia psicodinámica como la terapia cognitivo-conductual son tratamientos efectivos de los trastornos de la personalidad. Dado que el número de estudios que podían incluirse en este metaanálisis era limitado, las conclusiones que pueden derivarse son únicamente preliminares. Se necesitan futuros estudios que examinen variedades específicas de psicoterapia para tipos específicos de trastornos de la personalidad y que utilicen instrumentos de medición de la psicopatología central. Deberían incluirse tanto tratamientos más prolongados como estudios de seguimiento.

Trastornos de la personalidad, sistemas de atención: Uso de la terapia conductual dialéctica en el tratamiento de pacientes ingresados con trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática

Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW.
Psychiatr Serv 2012; 63:881-8.

Objetivo: La terapia conductual dialéctica (TCD) es un tratamiento con apoyo empírico para pacientes ambulatorios con trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, no está clara cuál sería la utilidad de las estrategias de la TCD en los pacientes ingresados que tienen este trastorno. Esta revisión resume y sintetiza los resultados de ensayos de TCD en centros hospitalarios. **Métodos:** Se realizó una búsqueda en múltiples bases de datos de investigación para identificar artículos publicados hasta junio de 2011 que comunicaran la aplicación de TCD en un centro hospitalario para abordar síntomas relacionados con el trastorno límite de la personalidad, incluyendo comportamientos suicidas y autolesivos. **Resultados:** Se evaluaron 11 estudios que documentaron los síntomas antes y después del tratamiento en relación con el trastorno límite de la personalidad. Los estudios indicaron que se han utilizado muchas variantes de TCD en pacientes ingresados, incluyendo enfoques que no comprenden la consulta telefónica, que contemplan únicamente la terapia en grupo y que tienen variadas duraciones del tratamiento (entre dos semanas y tres meses). La mayoría de los estudios documentaron reducciones de las ideas suicidas, de los comportamientos autolesivos y de los síntomas de depresión y ansiedad, mientras que los resultados para la reducción de la ira y de los comportamientos violentos fueron contradictorios. Los datos de los seguimientos indicaron que la reducción de los síntomas se mantuvo con frecuencia entre 1 y 21 meses después de realizado el tratamiento. Partiendo de la evidencia observada, los autores identifican los componentes esenciales de un paquete de TCD de pacientes ingresados y comentan su posible función como «orientación intensiva» hacia los servicios de TCD en régimen ambulatorio. **Conclusiones:** Hay una variación considerable en la configuración y la duración de las aplicaciones de la TCD para pacientes ingresados con trastorno límite de la personalidad. No obstante, los resultados sugieren que la TCD puede ser eficaz para reducir los síntomas relacionados con el trastorno límite de la personalidad en pacientes ingresados. Las futuras investigaciones deberían estandarizar y poner a prueba sistemáticamente la TCD en pacientes ingresados.

Seguimiento durante ocho años de pacientes tratados por trastorno límite de la personalidad: tratamiento basado en la mentalización frente a tratamiento habitual

Anthony Bateman, FRCPsych, y Peter Fonagy, PhD, FBA

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial en comparación con el tratamiento habitual para el trastorno límite de la personalidad a los ocho años de la inclusión en un ensayo controlado aleatorizado y a los cinco años de haberse completado el tratamiento basado en la mentalización. **Método:** Se practicaron entrevistas realizadas por psicólogos de investigación ciegos a la asignación original del grupo y se utilizó la revisión estructurada de las notas médicas de 41 pacientes del ensayo original. Se utilizaron el análisis multifactorial de la varianza, la prueba de la χ^2 , el análisis unifactorial de la varianza y la estadística no paramétrica de Mann-Whitney para comparar ambos grupos, en función de la distribución de los datos. **Resultados:** Pasados cinco años desde el alta del tratamiento basado en la mentalización, el grupo que recibió este tratamiento con hospitalización parcial continuaba mostrando superioridad clínica y estadística respecto al tratamiento habitual en cuanto a la tendencia al suicidio (23 frente a 74 %), el estado diagnóstico (13 frente a 87 %), el uso de servicios (0,02 frente a 1,90 años tomando tres o más fármacos), una función global por encima de 60 (45 frente al 10 %) y la situación profesional (3,2 frente a 1,2 años con trabajo o estudiando). **Conclusiones:** Los pacientes que recibieron tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial durante 18 meses seguidos de 18 meses de tratamiento de mentalización de mantenimiento en grupo se mantienen en mejor estado que quienes reciben el tratamiento habitual, pero su función social general sigue estando alterada.

El curso natural del trastorno límite de la personalidad y sus resultados a largo plazo después del tratamiento son inciertos¹. Se ha documentado en ensayos controlados aleatorizados que varios tratamientos bien descritos para el trastorno límite de la personalidad reducen los actos suicidas, la autolesión, los comportamientos impulsivos, la psicopatología general y el uso de servicios sanitarios, a la par que mejoran el control de la afectividad²⁻⁷. Es más limitada la evidencia obtenida en esos ensayos sobre los cambios en la depresión, la soledad/sensación de vacío, la ira y la actividad social e interpersonal, con escasa confirmación sobre la mejoría sostenida en cualquiera de esos dominios. El seguimiento tras el tratamiento fue inexistente o demasiado breve para evaluar unos resultados finales.

Las investigaciones de seguimiento naturalístico sugieren una mejoría sintomática, especialmente de los síntomas impulsivos, durante un período corto de tiempo, pero sugieren que los déficits en la actividad y social y en los logros laborales⁸ se mantienen durante un plazo más largo^{9,10}. No obstante, resulta difícil llegar a conclusiones firmes sobre el curso natural o con trata-

miento de este trastorno en ausencia de un diseño experimental con intervenciones bien definidas.

A corto plazo, estudios controlados han documentado diferencias limitadas entre los grupos dos años después de iniciado el tratamiento^{6,11,12}, lo que implica que algunos tratamientos pueden lograr una remisión natural más rápida. Los estudios de seguimiento a plazo más largo que sugieren un mantenimiento de las diferencias postratamiento no han contado con grupos de comparación adecuados^{13,14}.

Los autores comunicaron los resultados a los 18 meses (final del tratamiento intensivo) y a los 36 meses de los pacientes tratados por trastorno límite de la personalidad tras la asignación aleatoria a un tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial o al tratamiento habitual^{15,16}. El tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial y el tratamiento habitual durante 18 meses quedaron bien descritos. Se monitorizó el tratamiento subsiguiente. No obstante, el grupo con tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial continuó recibiendo este tratamiento de manera ambulatoria en

grupo durante entre 18 y 36 meses. Ningún paciente asignado al tratamiento habitual recibió el tratamiento experimental durante ese período de 36 meses. Las diferencias entre grupos documentadas al final del tratamiento intensivo no sólo se mantuvieron durante los 18-36 meses, sino que aumentaron sustancialmente. Los autores atribuyeron este hecho a los procesos de rehabilitación estimulados por el tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial inicial. Pero también podría haber sido resultado del tratamiento basado en la mentalización ambulatorio de mantenimiento en grupo, aunque ese grupo recibió bastante menos tratamiento que el grupo control.

Todos los tratamientos basados en la mentalización finalizaron 36 meses después de la inclusión en el estudio. Los autores querían determinar si se habían mantenido los logros del tratamiento durante los siguientes cinco años, es decir, ocho años después de la asignación aleatoria. El criterio de valoración principal en este estudio de seguimiento a largo plazo fue el número de intentos de suicidio. Pero, a la vista de la limitada mejoría relacionada con el ajuste social en los estudios de seguimiento, los autores intentaron establecer si las mejorías sociales e interpersonales documentadas al final de los 36 meses se habían mantenido y si se había obtenido algún logro adicional en el área profesional en alguno de los grupos. También se examinó el uso continuado de los servicios médicos y psiquiátricos, incluyendo las visitas a Servicios de Urgencias, la duración de la hospitalización, la atención psiquiátrica ambulatoria, el apoyo extrahospitalario, el uso de psicoterapias y de farmacoterapia y la situación sintomática global. Este artículo comunica estos resultados a largo plazo de los pacientes que participaron en el ensayo original.

MÉTODO

Las características de los participantes, la metodología del ensayo original y los detalles del tratamiento ya se han descrito^{15,17}. Ambos grupos tenían acceso al tratamiento con ingreso para crisis agudas si lo recomendaba el psiquiatra responsable. Al final de los 18 meses, se ofreció a los pacientes que recibieron tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial continuar con la terapia en grupo en régimen ambulatorio dos veces por semana durante otros 18 meses, mientras que el grupo de tratamiento habitual, si lo recomendaba el psiquiatra asesor, continuó recibiendo atención psiquiátrica general con psicoterapia, pero no tratamiento basado en la mentalización.

El tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial consiste en una psicoterapia individual y en grupo durante 18 meses en una situación de hospitalización parcial, ofrecida en el marco de un programa estructurado e integrado proporcionado por un equipo supervisado. Se incluye terapia de la expresivi-

dad usando grupos de expresión artística y escritura. Las crisis se gestionan dentro del equipo; la prescripción de fármacos queda en manos de un psiquiatra que participa en el programa de terapia, siguiendo el protocolo. La comprensión de la conducta en términos de estados mentales subyacentes forma un hilo conductor que recorre todos los aspectos del tratamiento. La terapia se centra en el estado mental del paciente momento a momento. El paciente y el terapeuta intentan colaborar para generar perspectivas alternativas a la experiencia subjetiva que tiene el paciente de sí mismo y de los demás, pasando de intervenciones de validación y de apoyo a explorar las relaciones de la terapia misma, ya que sugiere una comprensión alternativa. Esta terapia psicodinámica está manualizada¹⁷ y en muchos aspectos se solapa con la psicoterapia centrada en la transferencia¹⁸.

El tratamiento habitual consiste en una atención psiquiátrica general ambulatoria con fármacos prescritos por el psiquiatra asesor, apoyo domiciliario del personal de enfermería de salud mental y períodos de tratamiento con ingreso hospitalario parcial y tratamiento con ingreso según necesidad, pero sin psicoterapia especializada.

Los autores comunicaron inicialmente de manera conservadora datos sobre todos los pacientes asignados aleatoriamente al tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial/terapia de grupo independientemente de la duración del tratamiento a los 36 meses, incluyendo a los participantes que abandonaron el estudio¹⁶. En el estudio actual, los autores realizaron el seguimiento de 41 pacientes ocho años después de la asignación aleatoria (cinco años después de que hubieran finalizado por completo el tratamiento basado en la mentalización). El contacto se realizó por carta, a través del médico de familia y por teléfono. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito en persona o por carta tras explicar completamente el estudio de seguimiento según los requisitos de la comisión local de ética para la investigación. Se obtuvieron los registros médicos y psiquiátricos de los 41 pacientes y se obtuvo la información relevante. El servicio sanitario de Reino Unido exige que los pacientes reciban tratamiento en su zona de residencia. Las historias clínicas de atención especializada permiten realizar el seguimiento y la estimación del uso de la atención sanitaria durante largos períodos.

Los pacientes del grupo de estudio fueron entrevistados por psicólogos de investigación que permanecieron ciegos a la asignación de grupo original. Un paciente del grupo de tratamiento habitual se había suicidado. Cinco pacientes (tres del grupo de tratamiento habitual y dos del grupo de tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial) rechazaron una entrevista personal, aludiendo problemas de agenda o de viaje. Dos pacientes del grupo de tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial aceptaron una entrevista telefónica.

Perspectivas de pacientes

Una paciente de 24 años llegó derivada de servicios forenses tras ser arrestada por causar un incendio en las habitaciones de su colegio mayor. Tenía antecedentes de intentos de suicidio recientes, y de manera regular se autolesionaba con cigarrillos y con la plancha. Los sentimientos de rechazo en su relación de pareja actual podrían haber desencadenado autolesiones graves. Entró en el programa de tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial y se le ofreció psicoterapia individual (una sesión semanal) y psicoterapia de grupo (tres sesiones semanales), además de terapia artística (dos sesiones semanales), en el marco del programa de terapia expresiva. El programa estaba organizado durante cinco días y suponía nueve horas de terapia semanales, con revisión trimestral de los antipsicóticos y los antidepresivos. En las sesiones individuales, el tratamiento se centró inicialmente en aclarar los propios sentimientos de la paciente y la experiencia que los demás tenían de ella. Finalmente, se centró la atención en cómo las experiencias que tenía la paciente de sus dudas sobre sí misma y de su turbulencia emocional daban lugar a una sensación de fragmentación que se controlaba únicamente mediante experiencias de dolor físico intenso. El terapeuta individual identificó esos procesos centrándose en cómo la paciente representaba sus propios estados mentales y los de las demás personas con las que interactuaba. Esto se exploró gradualmente en el marco de la relación con el terapeuta: «Nunca se me había ocurrido pensar que lo que yo hacía afectaba a alguna otra persona». En grupos, con frecuencia se hacía reflexionar a la paciente sobre el efecto de su comportamiento sobre otros miembros del grupo. La paciente amenazaba con frecuencia con abandonar el grupo. El terapeuta individual y el de grupo colaboraron en ayudar a mantener su asistencia al tratamiento. En terapia artística, se la animó a que expresara sus estados internos en sus pinturas y a que explicara sus cuadros a otras personas y a que tuviera en consideración cómo

esas otras personas entendían los cuadros y cómo reaccionaban ante ellos.

Durante el tratamiento, puso punto final a su relación con su pareja maltratadora y dejó de tomar fármacos. Volvió a la universidad y continuó recibiendo tratamiento basado en la mentalización con terapia de grupo. Pasados 36 meses, recibió el alta, y un año después empezó cursos de formación para profesionales que deseaban saber más sobre tratamiento basado en la mentalización.

Una paciente de 28 años fue asignada aleatoriamente a tratamiento habitual y volvió a tratamiento ambulatorio con el psiquiatra que la había derivado y con el equipo de apoyo en la comunidad. Una enfermera de salud mental y un psicólogo aceptaron trabajar sobre sus problemas sociales y de autolesión usando técnicas de resolución de problemas y apoyo en las crisis. La paciente visitó al psicólogo semanalmente durante tres meses. Su tendencia a autolesionarse mejoró inicialmente, pero un intento de suicidio grave dio lugar a un ingreso hospitalario bajo la atención de un psiquiatra diferente, que le cambió los antidepresivos por antipsicóticos y añadió un estabilizador del estado de ánimo, con uso ocasional de benzodiazepinas para la ansiedad. En el momento del alta, la paciente presentó una queja formal contra el hospital por no haberle proporcionado un plan de alta apropiado. Fue transferida a atención hospitalaria parcial, con la que mejoró. Cuando su psiquiatra intentó reducir las benzodiazepinas, las autolesiones se hicieron más frecuentes. Después del alta de la hospitalización parcial, acudió a atención psiquiátrica ambulatoria durante seis meses más y rechazó visitar al psicólogo, pero estableció una buena relación con la enfermera de apoyo, que la visitaba regularmente en su casa y que estaba disponible en casos de crisis. Continuó considerada como paciente ambulatoria de psiquiatría durante un año más. Su principal queja en la entrevista fue que «nadie parecía entender lo que yo necesitaba».

VALORACIÓN

El criterio de valoración primario fue el número de intentos de suicidio durante el período de seguimiento de cinco años después del alta. Se usaron como criterios de valoración asociados el uso de servicios sanitarios (incluidas las visitas a Servicios de Urgencias), la duración y la frecuencia de las hospitalizaciones, la atención psiquiátrica ambulatoria continuada y el uso de fármacos, psicoterapias y apoyo extrahospitalario.

Los criterios de valoración secundarios fueron: 1) el nivel de síntomas medido en la entrevista de seguimiento usando la Zanarini Rating Scale para el trastorno límite de la personalidad según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV)¹⁹, y 2) el funcionamiento global medido por la Global Assessment of Functioning Scale (GAF), de la que se ha observado en los estudios de seguimiento naturalístico que indica menos mejoría que los perfiles de síntomas diagnósticos²⁰.

A intervalos de seis meses después de 18 meses de tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial, los autores evaluaron los perfiles de tratamiento (visitas a Servicios de Urgencias, hospitalización, tratamiento psiquiátrico ambulatorio, apoyo extrahospitalario, psicoterapia, farmacoterapia) y la tendencia suicida y a la autolesión usando criterios definidos en el ensayo original para cada paciente mediante entrevista y análisis de los historiales médicos. También se recogió dos veces al año información sobre la situación profesional, calculando el número de períodos de seis meses durante los cuales el paciente tenía empleo o acudía a un programa educativo durante más de tres meses. No se pudo confiar en que los pacientes recordaran sus intentos de autolesión, y no se pudo corroborar independientemente en las historias clínicas, por lo que no se presenta esta información. No obstante, los autores consideraron que la frecuencia de las visitas a Servicios de Urgencias es un indicador sustitutivo razonable de la autolesión grave en esta población.

La fiabilidad de la información obtenida en las historias clínicas se valoró en un subgrupo aleatorio de notas (45 %), codificadas independientemente por dos investigadores. Se valoró una proporción similar de entrevistas registradas para documentar la concordancia entre evaluadores. Aunque las entrevistas podrían realizarse de forma ciega, la obtención de datos a partir de notas médicas no podía realizarse sin conocer la asignación a un tratamiento. Para reducir el sesgo, todos los datos pertinentes (p. ej., los intentos de suicidio, la hospitalización, las visitas a Servicios de Urgencias y la situación laboral) se comprobaron con otras fuentes de información (p. ej. Servicios de Urgencias, médicos de familia, expedientes de estudios). La concordancia entre codificadores fue superior al 90 % para casi todas las variables utilizadas (mediana kappa = 0,90, intervalo = 0,77-1,00, para cada período de seis meses). Las puntuaciones finales de la GAF fueron asignadas independientemente a dos evaluadores ciegos a partir de notas sobre el caso actual e información de entrevistas; la fiabilidad entre evaluadores fue de 0,72. En el análisis se utilizaron las puntuaciones totales.

El criterio de valoración primario, la medición de suicidio, tuvo una distribución extremadamente distorsionada, por lo que se aplicó la estadística no paramétrica de Mann-Whitney a los datos de frecuencia. Para las otras variables, los autores utilizaron la prueba de Mann-Whitney o el análisis de varianza, en función de su distribución. Se utilizó el análisis multifactorial de la varianza para comparar los dos grupos mediante la Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder. Para valorar el uso de los servicios sanitarios (psiquiatría ambulatoria, apoyo extrahospitalario y psicoterapia), los autores computaron el porcentaje de servicios disponibles usados para cada paciente durante el año previo a la asignación aleatoria y durante bloques subsiguientes de tiempo: tratamiento basado en

la mentalización con hospitalización parcial (18 meses), tratamiento en grupo basado en la mentalización (18 meses) y después del alta (0-18 meses, 19-36 meses, 37-60 meses). Para los mismos períodos, los autores también computaron la proporción de cada grupo que estuvo hospitalizada, tuvo intentos de suicidio, tuvo un trabajo o realizó estudios, acudió a Servicios de Urgencias y tomaba tres o más tipos de fármacos. Para cada bloque de tiempo se contrastaron las proporciones usando la prueba de la χ^2 .

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las medias y las desviaciones estándar de los criterios de valoración primario y secundarios para los grupos de tratamiento basado en la mentalización y de tratamiento habitual correspondientes al período de cinco años posterior al alta, junto con los parámetros estadísticos significativos y los tamaños del efecto, comparando ambos grupos. Según la frecuencia, los tamaños del efecto de los datos se indican como número de participantes necesario a tratar (intervalo de confianza [IC] de Newcombe-Wilson del 95 %).

En total, el 46 % de los pacientes tuvieron al menos un intento de suicidio (uno consumado), pero sólo el 23 % del grupo de tratamiento basado en la mentalización, en contraste con el 74 % del grupo que recibió el tratamiento habitual. Hubo una diferencia significativa en la prueba U de Mann-Whitney en el número total de intentos de suicidio durante el período de seguimiento. La figura 1 muestra el porcentaje durante cada bloque de tiempo. Se observaron diferencias significativas obvias entre los grupos durante el período de terapia en el grupo de tratamiento basado en la mentalización, y esas diferencias se mantuvieron significativas durante los tres períodos posteriores al alta.

La tabla 1 muestra que el número de visitas a Servicios de Urgencias; el número de días de hospitalización fue muy favorable al grupo de tratamiento basado en la mentalización, al igual que el perfil de tratamiento continuado. La figura 1 muestra el porcentaje de pacientes de cada grupo que realizaron una visita a Urgencias y que fueron hospitalizados al menos una vez durante los períodos de estudio. Las visitas a Urgencias quedaron significativamente reducidas en todos los períodos de tratamiento y después del alta. El porcentaje de hospitalizados fue significativamente más bajo durante los dos últimos períodos tras el alta.

Durante la terapia en grupo de tratamiento basado en la mentalización, recibió terapia todo el grupo experimental, pero sólo el 31 % del grupo con tratamiento habitual ($\chi^2 = 21$, grado de libertad [gl] = 1, $p = 0,0000005$). Durante el período de cinco años posterior al alta, ambos grupos recibieron alrededor de seis meses de psicoterapia (no especificada). Para todos los demás tratamientos, el grupo de tratamiento

Tabla 1. Tamaños del efecto para los criterios de valoración primario y secundarios en los grupos con tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial/terapia de grupo y con tratamiento habitual durante los cinco años posteriores al alta

Parámetro	Tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial/terapia de grupo (n = 22)		Tratamiento habitual (n = 19)		Análisis			Tamaño del efecto ^a	
	Media	DE	Media	DE	Prueba	gl	p	d	IC del 95 %
Intentos de suicidio									
Número total	0,05	0,9	0,52	0,48	U = 73, z = 3,9		0,00004	1,4	1,3-1,5
Cualquier intento	n	%	n	%	Prueba	gl	p	d	IC del 95 %
	5	23	14	74	$\chi^2 = 8,7$	1	0,003	2,0	1,4-4,9
Criterios positivos de la Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder ^b	3	14	13	87	$\chi^2 = 16,5$	1	0,000004	1,4	1,2-2,4
Total	Media	DE	Media	DE	Prueba	gl	p	d	IC del 95 %
Afectividad	5,5	5,2	15,1	5,3	F = 29,7	1, 35	0,000004	1,80	0,14-3,50
Cognición	1,6	2,0	3,7	2,0	F = 9,7	1, 35	0,004	1,10	0,41-1,70
Impulsividad	1,1	1,4	2,5	2,0	F = 6,9	1, 35	0,02	0,84	0,30-1,40
Interpersonal	1,6	1,8	4,1	2,3	F = 13,9	1, 35	0,001	1,20	0,59-1,90
	1,5	1,7	4,7	2,3	F = 23,2	1, 35	0,00003	1,6	1,0-2,3
Puntuación en la GAF ^c	58,3	10,5	51,8	5,7	F = 5,4	1, 35	0,03	0,75	-1,90-3,40
Puntuación en la GAF > 61	n	%	n	%	Prueba	gl	p	d	IC del 95 %
	10	46	2	11	$\chi^2 = 6,5$	1	0,02	3	2-12
Número de días de hospitalización ^d	Media	DE	Media	DE	Prueba	gl	p	d	IC del 95 %
Número de visitas a Urgencias ^e	0,27	0,71	6,2	5,6	U = 25,5, z = 5,1		0,00000002	1,50	0,36-2,70
Número de años de vida laboral ^f	0,77	1,10	6,4	5,7	U = 66,0, z = 3,9		0,00003	1,40	0,21-2,63
Número de años de tratamiento posterior ^e	3,2	2,3	1,2	1,9	F = 8,9	1, 35	0,005	0,94	0,29-1,60
Tratamiento psiquiátrico ambulatorio posterior	2,0	1,9	3,6	1,5	F = 8,5	1, 35	0,006	0,93	-4,00-1,50
Tratamiento posterior 36 meses después de integrarse en el estudio	0,48	1,10	0,55	0,83	F = 0,6	1, 35	NS	0,07	-0,23-0,37
Más tratamiento asertivo extrahospitalario	0,39	0,51	2,7	1,8	U = 33,5, z = 4,68		0,0000002	1,8	1,4-2,2
Fármacos (años) ^e									
Antidepresivos	1,1	1,8	3,3	2,3	F = 11,6	1, 35	0,002	1,10	0,45-1,70
Antipsicóticos	0,16	0,28	3,1	2,1	U = 9,0, z = 5,4		0,000000005	2,04	1,60-2,50
Estabilizadores del estado de ánimo	0,11	0,26	1,8	2,1	U = 105,0, z = 3,2		0,001	1,17	0,73-1,60
Tres o más fármacos (incluidos hipnóticos)	0,02	0,11	1,9	1,9	U = 58,5, z = 4,6		0,0000009	1,45	1,10-1,80

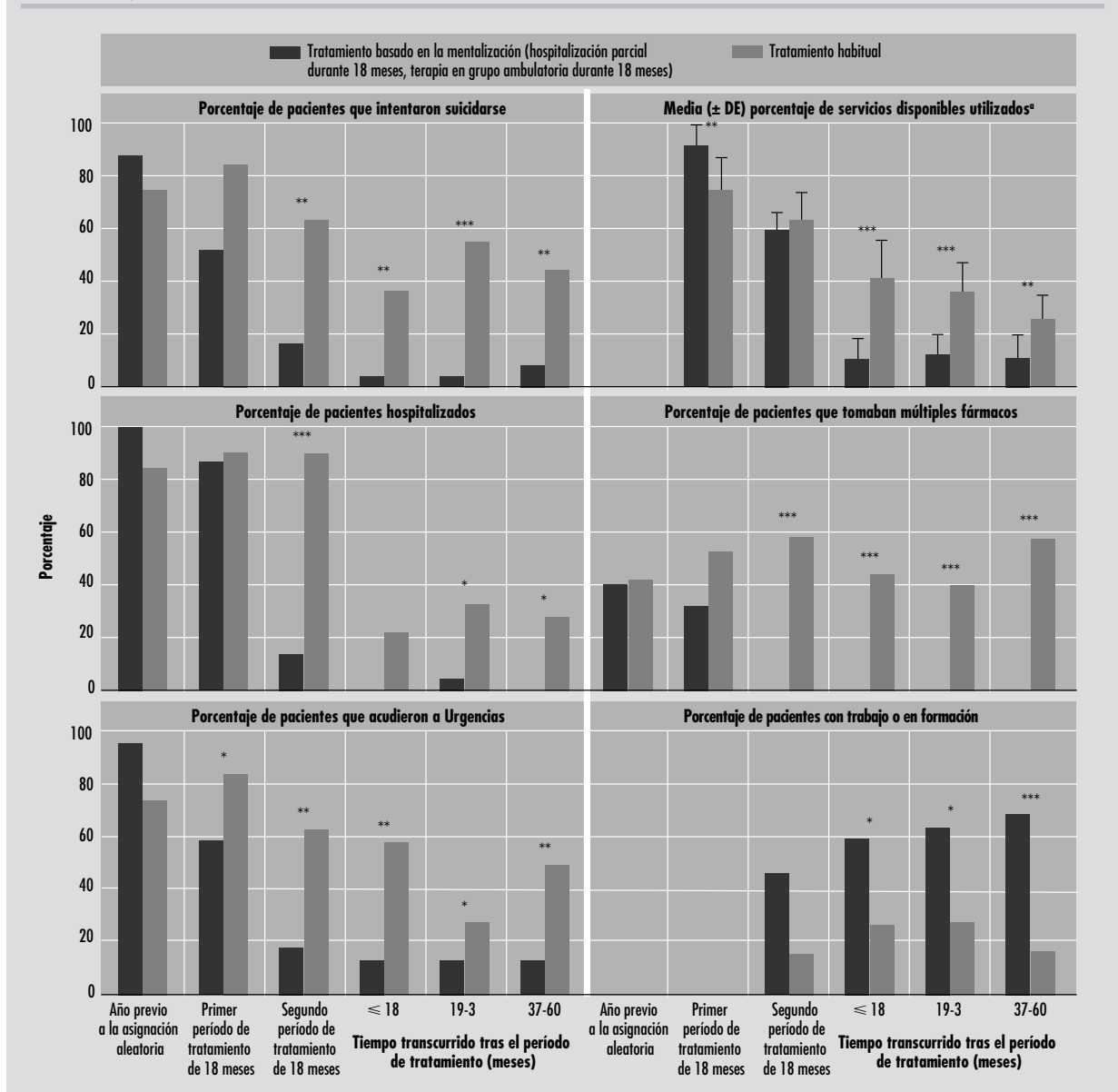
^a Para variables de frecuencia, los tamaños del efecto de los datos se presentan como los números de participantes necesario a tratar con intervalos de confianza de Newcombe-Wilson del 95 %.

^b Número para el tratamiento habitual = 15.

^c Número para el tratamiento habitual = 18.

DE: desviación estándar; GAF: Global Assessment of Functioning Scale; gl: grados de libertad; IC: intervalo de confianza.

Figura 1. Niveles antes del tratamiento y resultados en el grupo de tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial y en el grupo de tratamiento habitual ocho años después de la asignación aleatoria



Los servicios incluyeron psiquiatría ambulatoria, apoyo extrahospitalario y psicoterapia. Las probabilidades se refieren a la prueba de la χ^2 . * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. DE: desviación estándar.

habitual recibió bastante más atención después del alta: 3,6 años de tratamiento psiquiátrico ambulatorio y 2,7 años de apoyo asertivo extrahospitalario, en comparación con 2 años y 5 meses, respectivamente, del grupo de tratamiento basado en la mentalización. El porcentaje medio de uso de los servicios disponibles durante el período del estudio se muestra en la figura 1. Las diferencias favorecieron al grupo de tratamiento habitual sólo durante el período inicial de tratamiento (tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial) y fueron significativamente menores para el grupo de tratamiento basado en la mentalización durante los tres períodos posteriores al alta.

Las diferencias también fueron notables por lo que se refiere a la farmacoterapia (tabla 1). El grupo de tratamiento habitual tomó antipsicóticos durante un promedio de tres años, mientras que el grupo de tratamiento basado en la mentalización recibió antipsicóticos durante menos de dos meses. Se observaron también aparentes diferencias algo menores pero todavía sustanciales en el uso de antidepresivos y de estabilizadores del estado de ánimo. El grupo de tratamiento habitual pasó casi dos años tomando tres o más psicofármacos, en comparación con un promedio de dos meses del grupo de tratamiento basado en la mentalización. La figura 1 muestra que alrededor del 50 % de los pacientes de

tratamiento habitual, pero ninguno del grupo de tratamiento basado en la mentalización, tomaban tres o más clases de psicofármacos durante la terapia en grupo con tratamiento basado en la mentalización y durante los tres períodos posteriores al alta. Al final del período de seguimiento, el 13 % de los pacientes del grupo de tratamiento basado en la mentalización cumplían los criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad, en comparación con el 87 % del grupo de tratamiento habitual (tabla 1). El contraste entre las puntuaciones totales medias en la Zanerini Rating Scale for Borderline Personality Disorder proporcionó un tamaño del efecto muy grande a favor del grupo de tratamiento basado en la mentalización, aunque con un amplio intervalo de confianza. El análisis multifactorial de la varianza en los cuatro grupos de síntomas también reflejó la mejor evolución del grupo de tratamiento basado en la mentalización (λ de Wilks = 0,55, $f = 6,4$, $gl = 4, 32$, $p = 0,001$). Las diferencias más amplias a favor del tratamiento basado en la mentalización se dieron en la impulsividad y la actividad interpersonal. La tabla 1 muestra que entre ambos grupos había una diferencia de más de 6 puntos en las puntuaciones de la GAF, lo que da un tamaño del efecto moderado clínicamente significativo de 0,8 (IC del 95 % -1,9 a 3,4). Tuvieron puntuaciones en la GAF por encima de 60 el 46 % del grupo de tratamiento basado en la mentalización, en comparación con el 11 % del grupo de tratamiento habitual. Es importante señalar que la situación profesional favoreció al grupo de tratamiento basado en la mentalización, cuyos componentes se mantuvieron laboralmente activos durante el triple de tiempo que el grupo de tratamiento habitual. La figura 1 muestra un incremento gradual en el porcentaje de pacientes con tratamiento basado en la mentalización en el empleo o la formación durante los tres períodos posteriores al alta.

DISCUSIÓN

El tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial/terapia de grupo mantuvo la mejoría durante los cinco años posteriores a la interrupción del tratamiento basado en la mentalización. El efecto beneficioso documentado al final de la terapia de grupo con tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad se mantiene durante un largo período, documentándose diferencias en los intentos de suicidio, el uso de los servicios sanitarios, la actividad global y las puntuaciones en la Zanerini Rating Scale for Borderline Personality Disorder pasados cinco años desde el alta. Este dato es consistente con los posibles efectos de rehabilitación que se observaron durante el período de terapia en grupo con tratamiento basado en la mentalización. Esta observación es alentadora, porque los efectos positivos del tratamiento normalmente tienden a reducirse con

el paso del tiempo. El grupo de tratamiento habitual recibió más atención médica con el paso del tiempo que el grupo de tratamiento basado en la mentalización, quizás porque sus integrantes continuaron presentando más síntomas. No obstante, en ambos grupos las puntuaciones en la GAF continúan indicando déficits, y algunos pacientes continúan mostrando dificultades moderadas en las actividades sociales y laborales. No obstante, en comparación con el grupo de tratamiento habitual, los pacientes con tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial/terapia de grupo tuvieron mayor tendencia a mantener una función razonablemente buena, manteniendo algunas relaciones significativas, definidas por una puntuación superior a 60.

Más sorprendentes que los buenos resultados del grupo de tratamiento basado en la mentalización fueron los malos resultados del grupo de tratamiento habitual en cuanto al uso de los servicios médicos, a pesar de haberse realizado un gran esfuerzo. Sus resultados son en muchos indicadores poco mejores que a los 36 meses del ingreso en el estudio. Algunos pacientes del grupo de tratamiento basado en la mentalización habían tenido al menos un intento de suicidio durante el período posterior al alta, pero los intentos fueron al menos 10 veces más frecuentes en el grupo de tratamiento habitual. Asociadas a este hecho hubo más visitas a Urgencias y también más uso de polifarmacia. No obstante, aunque el número de días de hospitalización fue mayor en el grupo de tratamiento habitual que en el grupo de tratamiento basado en la mentalización, el porcentaje de pacientes ingresados en el hospital durante el período posterior al alta fue pequeño (25-33 %). Este patrón de resultados sugiere no que el tratamiento habitual sea necesariamente ineficaz en sus componentes, sino que la estructura de organización no está facilitando la posible recuperación natural.

Los estudios de seguimiento naturalístico sugieren una remisión espontánea de los síntomas impulsivos antes de transcurridos 2-4 años con, aparentemente, menos tratamiento^{21,22}. En la misma línea que estos datos, todos los pacientes mostraron una mejoría, aunque no tanto como cabría esperar en términos de intentos de suicidio. El nivel más bajo de mejoría observado en esta población puede señalar un grupo con más enfermedad crónica. La mayoría de los pacientes tenían una mediana de tiempo transcurrido en servicios especializados al ingresar en el ensayo de seis años. Aunque este estudio no indica el curso del trastorno sin tratamiento, los resultados sugieren que la cantidad de tratamiento puede no ser un buen indicador de mejoría y puede, incluso, impedir que los pacientes se beneficien de la participación satisfactoria en actividades sociales e interpersonales²³. Es posible que el tratamiento habitual interfiriera involuntariamente en la mejoría de los pacientes, así como que el tratamiento basado en la mentalización acelere la recuperación.

Los resultados presentan una anomalía, por cuanto hay una diferencia notable entre el tamaño de los efectos medido por la Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder y por la GAF en la actividad social e interpersonal. Una posible explicación para este hecho es que las escalas ofrecen una métrica levemente diferente a distintos aspectos de la actividad interpersonal. En la GAF, la obsesión por el suicidio y los intentos reales de suicidio pesan mucho, e incluso la presencia de pensamientos suicidas reduce la puntuación sustancialmente. Eso es lo que ocurrió en un pequeño número de pacientes del grupo de tratamiento basado en la mentalización y que explica su amplia varianza en las puntuaciones en la GAF. Por el contrario, la subescala interpersonal de la Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder cubre dos síntomas del trastorno límite de la personalidad en el sector interpersonal, concretamente las relaciones intensas e inestables y los intentos desesperados por evitar el abandono, que mostraron una mejoría notable en el grupo de tratamiento basado en la mentalización. Una puntuación GAF superior a 60 marca claramente un cambio de vuelta a la mejoría en la actividad, y el número de pacientes que lograron puntuaciones sobre este nivel fue mayor en el grupo de tratamiento basado en la mentalización. La situación laboral mostró una sólida correlación con la mejoría en el grupo de tratamiento basado en la mentalización. No está claro si se trata de la causa o de la consecuencia de la mejoría. Es probable que la mejoría sintomática y la actividad laboral representen un círculo virtuoso. Aunque no hay evidencia de este efecto, los autores sugieren que el tratamiento basado en la mentalización puede ser específicamente útil para mejorar la capacidad de los pacientes para distanciarse de las presiones interpersonales de la situación laboral, anticipar los pensamientos y los sentimientos de otras personas y poder comprender sus propias reacciones sin hiperactivación de sus sistemas de apego^{24,25}.

Los puntos fuertes de este estudio radican en la presencia de un grupo de control a largo plazo, en la fiabilidad de los registros de la atención recibida y en la recogida de datos sobre intentos de suicidio, que utilizó los mismos criterios rigurosos que al inicio del ensayo. Otros estudios de seguimiento han adolecido de confusión por falta de controles o porque los pacientes con tratamiento habitual se incorporaban al tratamiento experimental al final de la fase de tratamiento. No obstante, el seguimiento a largo plazo de un pequeño grupo y los efectos de lealtad/afiliación, a pesar de que se intentó garantizar el ciego en la recogida de datos, limitan las conclusiones. Además, algunos de los parámetros de medición utilizados al inicio del estudio no se repitieron en este seguimiento. Los autores consideraron que la Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder es un criterio de valoración más útil que reflejaría el estado actual de los pa-

cientes mejor que los métodos con cuestionarios cumplimentados por los mismos pacientes. Finalmente, el tratamiento basado en la mentalización original con intervención de hospitalización parcial contenía varios componentes además de la terapia psicológica. Por lo tanto, no está claro si la terapia psicodinámica era el componente esencial. A fin de que el tratamiento basado en la mentalización sea aceptado como tratamiento basado en la evidencia para el trastorno límite de la personalidad se necesitan ensayos más amplios que utilicen los componentes centrales de la intervención. En la actualidad se está realizando este tipo de ensayos. Aunque este estudio demuestra que los pacientes con trastorno límite mejoran en varios dominios después del tratamiento basado en la mentalización y que esos avances se mantienen con el paso del tiempo, la actividad global se mantiene algo deteriorada. Este hecho puede reflejar que durante el tratamiento se presta excesiva atención a los problemas sintomáticos, en detrimento de la concentración en mejorar la adaptación social general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brazier J, Tumor J, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, Paisley S: Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2006; 10:iii, ix-xii, 1-117.
2. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:757-766.
3. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM: Efficacy of DBT in women veterans with BPD. *Behav Ther* 2001; 32:371-390.
4. Turner RM: Naturalistic evaluation of DBT oriented treatment for BPD. *Cogn Behaviour Practice* 2000; 7:413-419.
5. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:649-658.
6. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, Palmer S: The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) trial. *J Personal Disord* 2006; 20:450-465.
7. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:922-928.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk K: Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Personal Disord* 2005; 19:19-29.
9. Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, Stout RL, Morey LC, Sanislow CA, Grilo CM, Zanarini MC, McGlashan TH: Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med* 2005; 35:443-451.
10. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB: The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:929-935.
11. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE: Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:971-974.
12. van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W: Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43:1231-1241.

13. Stevenson J, Meares R, D'Angelo R: Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychol Med* 2005; 35:79-87.
14. Chiesa M, Fonagy P, Holmes J: Six-year follow-up of three treatment programs to personality disorder. *J Personal Disord* 2006; 20:493-509.
15. Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1563-1569.
16. Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158:36-42.
17. Bateman AW, Fonagy P: *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford, UK, Oxford University Press, 2006.
18. Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE: *A Primer of Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. New York, Jason Aronson, 2002.
19. Zanarini MC: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZANBPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Personal Disord* 2003; 17:233-242.
20. Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Yen S, Sanislow CA, Bender DS, Dyck IR, Morey LC, Stout RL: Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163:822-826.
21. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Zanarini MC, Bender D, Stout RL, Yen S, Pagano M: Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162:883-889.
22. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, Bender DS, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Pagano ME, Stout RL: The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Personal Disord* 2005; 19:487-504.
23. Fonagy P, Bateman A: Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006; 188:1-3.
24. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:1027-1040.
25. Fonagy P, Bateman AW: Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 2006; 62:411-430.

Un enfoque mediante prototipos para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad

Drew Westen, PhD; Jonathan Shedler, PhD, y Rebekah Bradley, PhD

Objetivo: Prácticamente ninguna investigación ha puesto a prueba alternativas al método diagnóstico usado desde el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición (DSM-III), que requiere decisiones sobre la presencia/ausencia de criterios diagnósticos individuales, seguidas del recuento de síntomas y de la aplicación de puntos de corte (el método recuento/puntos de corte). El presente estudio puso en práctica un procedimiento alternativo de comparación con prototipos diseñado para simplificar el diagnóstico. Se aplicó el procedimiento a los trastornos de la personalidad. **Método:** Una muestra nacional aleatoria de psiquiatras y psicólogos clínicos ($n = 291$) describieron a uno de sus pacientes seleccionado aleatoriamente. Se utilizaron los datos diagnósticos proporcionados por el clínico para generar diagnósticos categoriales y dimensionales del DSM-IV (número de síntomas presente por cada trastorno). Los clínicos también utilizaron uno de los dos sistemas de comparación mediante prototipos para proporcionar un diagnóstico para el paciente seleccionado. **Resultados:** El diagnóstico por prototipos dio lugar a una reducción de la comorbilidad en comparación con el diagnóstico aplicando la cuarta edición del DSM (DSM-IV), aportó estimaciones similares de validez para predecir las variables de los criterios (funcionamiento adaptativo, respuesta al tratamiento y etiología) y fue superior al diagnóstico mediante el DSM-IV en la valoración de su utilidad clínica y su facilidad de uso. La adición de un prototipo de salud de la personalidad aumentó aún más la predicción. **Conclusiones:** Un simple procedimiento de comparación mediante prototipos proporciona una alternativa viable para mejorar el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en la práctica clínica. El diagnóstico por prototipos tiene múltiples ventajas, incluyendo la facilidad de uso, la minimización de la comorbilidad artificial, la compatibilidad con procesos cognitivos naturales y la traducción directa en diagnósticos tanto categoriales como dimensionales.

En su aplicación a la psiquiatría, la clasificación tiene dos componentes: 1) taxonomía (establecimiento de agrupaciones por diagnósticos) y 2) diagnóstico (aplicación de esas agrupaciones a casos individuales)¹. Los investigadores del campo de los trastornos de la personalidad han prestado bastante atención a la taxonomía (es decir, a afinar las categorías y los criterios), pero nadie ha puesto a prueba sistemáticamente métodos alternativos para diagnosticar casos desde que apareció el Eje II por vez primera en 1980. El enfoque utilizado desde el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, tercera edición (DSM-III), requiere decisiones dicotómicas (presencia/ausencia) para aproximadamente 80 criterios diagnósticos, seguidas de un recuento para determinar si esos diversos criterios exceden el punto de corte (en adelante, enfoque *recuento/punto de corte*).

Los méritos de un sistema diagnóstico pueden evaluarse respecto de tres clases de criterios. Los *criterios internos* comprenden características internas del sistema, como la coherencia (¿Describe el sistema síndromes conceptualmente trascendentes?), la globalidad (¿Abarca el espectro de la patología?) y la parquedad (¿Define síndromes diferenciados y no redundantes?). Los *criterios externos* conectan los constructos diagnósticos con variables de criterios externos conceptualmente relevan-

tes, como los factores etiológicos, la respuesta al tratamiento, el nivel de actividad adaptativa y los datos de laboratorio². Los *criterios clínicos* abordan hasta qué punto los clínicos consideran que el sistema diagnóstico es relevante y útil en su aplicación al mundo real. Ninguna de estas clases de criterios es por sí misma definitiva. Un método diagnóstico que tiene gran validez predictiva pero que no es fácilmente utilizable para los clínicos que realizan el tratamiento puede no resultar útil para el diagnóstico³. Este estudio aplica esas tres clases de criterios para evaluar enfoques para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad.

¿POR QUÉ DEBERÍA PLANTEARSE UN MÉTODO DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO?

El método recuento/punto de corte emergió a partir de los Research Diagnostic Criteria de la década de 1970⁴. Tenía claras ventajas respecto a las reglas de decisión subjetivas de la segunda edición del DSM (DSM-II)⁵ y ha facilitado un notable progreso en la investigación sobre los trastornos de la personalidad desde esa década. No obstante, tiene varias limitaciones que ya son innegables. En primer lugar, la mayoría de los rasgos de la personalidad tienen una distribución

continuada, no dicotómica, en la naturaleza⁶. En segundo lugar, la comorbilidad entre los diagnósticos de los trastornos de la personalidad es tan alta que los investigadores con frecuencia comunican datos en los tres grupos del Eje II, en lugar de hacer diagnósticos específicos de trastornos de la personalidad. En tercer lugar, por razones de psicometría, resulta virtualmente imposible que con grupos de entre sólo siete y nueve criterios por trastorno se logre describir síndromes complejos y multifacéticos de los trastornos de la personalidad y, a la vez, definir simultáneamente categorías diferenciadas y que no se solapen^{7,8}. En cuarto lugar, el método no tiene en cuenta los parámetros de procesamiento cognitivo del profesional humano que realiza el diagnóstico (economía cognitiva). Los criterios diagnósticos no se seleccionaron ni organizaron de manera que permitan a los clínicos formar representaciones mentales coherentes de los trastornos y no están conectados por relaciones funcionales o causales importantes para el juicio de categorías humano⁹. De hecho, los clínicos rara vez siguen los procedimientos diagnósticos descritos en la cuarta edición del DSM (DSM-IV), y cuando sí los siguen, los diagnósticos resultantes tienen una fiabilidad y una validez limitadas^{10,11}.

UN ENFOQUE DE COMPARACIÓN MEDIANTE PROTOTIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los autores han propuesto en otra publicación un enfoque de comparación con prototipos para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Ese enfoque se diseñó para facilitar la clasificación precisa y, a la vez, tener en consideración los requisitos cognitivos de la persona que realiza el diagnóstico¹²⁻¹⁴. Los enfoques para una clasificación basada en prototipos, o ejemplares, tienen una larga historia en la ciencia cognitiva y se aplicaron por vez primera al diagnóstico psiquiátrico hace 25 años¹⁵⁻¹⁷. El método propuesto presenta a los clínicos cada trastorno de la personalidad en su forma ideal o «pura». Esas descripciones de prototipos se presentan en párrafos, en lugar de hacerlo en una lista, y son psicológicamente más ricos y más detallados que los grupos de criterios del DSM-IV (limitados a entre siete y nueve características por trastorno), lo que permite a los profesionales que realizan el diagnóstico formarse representaciones mentales de síndromes psicológicamente coherentes en los que el comportamiento y la experiencia interna están conectados por relaciones funcionales significativas. (Los autores agradecen a Robert Spitzer y a Michael First que les convencieran de la superioridad del formato en párrafos para este propósito, así como por su ayuda para diseñar las preguntas utilizadas para evaluar criterios clínicos en este estudio.) Para llegar a un diagnóstico, el profesional puntúa la similitud global o «comparación» entre un paciente y el prototipo usando una escala de cinco puntos, con-

siderando el prototipo como un conjunto en lugar de contar los síntomas individuales (figura 1).

Este método genera diagnósticos tanto categoriales como dimensionales. Las puntuaciones de 4 o 5 denotan un diagnóstico categorial («existencia de caso»), y una puntuación de 3 se traduce en el concepto de «características» o patología subumbral. Este método tiene paralelismo en el diagnóstico en muchas áreas de la medicina, en las que las variables (p. ej., la presión arterial) se miden en un continuo pero los médicos, por convención, se refieren a ciertos intervalos como «límite» o «alto». La traducción directa del diagnóstico dimensional en uno categorial facilita la comunicación entre profesionales, superando una limitación significativa del diagnóstico dimensional.

Este estudio compara cuatro métodos de diagnóstico de trastornos de la personalidad, centrándose en los trastornos del grupo B, porque son los estudiados con más frecuencia, tienen las correlaciones mejor documentadas y son de los trastornos de la personalidad más prevalentes. El primer método es el *diagnóstico categorial del DSM-IV* (el enfoque recuento/punto de corte). El segundo es una versión dimensionalizada del enfoque recuento/punto de corte en la que la puntuación del paciente para cada trastorno de la personalidad es igual al número de criterios que cumple para el trastorno (en adelante, *diagnóstico dimensional del DSM-IV*). (Los autores incluyeron este segundo método, ampliamente utilizado en la investigación sobre los trastornos de la personalidad, para controlar los posibles efectos atribuibles simplemente a las diferencias entre el diagnóstico categorial y el dimensional.)

El tercer y el cuarto métodos son aplicaciones alternativas de la comparación mediante prototipos y reflejan dos formas de generar prototipos. El método del *prototipo de los clínicos* refleja la idea compartida por los clínicos experimentados sobre las características importantes de cada trastorno de la personalidad definido según el DSM-IV. Una muestra nacional de clínicos experimentados utilizó un cuestionario de 200 ítems para evaluar la patología de la personalidad (el Shedler-Westen Assessment Procedure-200 [SWAP-200]) para describir su prototipo mental de un paciente que ilustra un trastorno de la personalidad determinado en su forma «más pura» o ideal^{7,18}. Los autores combinaron las descripciones del trastorno de la personalidad recibidas para obtener una única descripción compuesta para cada trastorno de la personalidad.

El método del *prototipo empírico* refleja un enfoque puramente empírico para identificar trastornos de la personalidad, independientemente de las categorías diagnósticas existentes en el DSM-IV. Una muestra nacional de clínicos experimentados usaron el SWAP-200 para describir a un paciente suyo con un trastorno de la personalidad específico¹⁹. Los autores aplicaron un procedimiento estadístico (análisis Q)²⁰ a las descripciones resultantes para identificar agrupamientos diagnós-

Figura 1. Descripción del prototipo del trastorno antisocial-psicopático de la personalidad

Los pacientes que se enmarcan en este prototipo tienden a ser falsos y a mentir y engañar a los demás. Se aprovechan de los demás, tienen una inversión mínima en valores morales y parecen no experimentar ningún remordimiento por el daño o las lesiones causados a otras personas. Tienden a manipular las emociones de los demás para obtener lo que quieren; a no preocuparse por las consecuencias de sus acciones, dando la impresión de sentirse inmunes o invulnerables, y a mostrar un desprecio temerario por los derechos, la propiedad o la seguridad de los demás. Tienen escasa empatía y parecen incapaces de comprender o de responder a las necesidades y los sentimientos de los demás a menos que coincidan con los suyos propios. Las personas que cuadran con este prototipo tienden a actuar de manera impulsiva, sin tener en cuenta las consecuencias; tienden a ser nada fiables y muy irresponsables (p. ej., no cumplen con las obligaciones laborales ni respetan los compromisos económicos); tienden a desarrollar comportamientos ilegales o delictivos, y a abusar del alcohol. Tienden a ser airados u hostiles; a meterse en guerras de poder y a obtener placer o satisfacción siendo sádicos o agresivos contra otras personas. Tienden a culpar a los demás de sus propios fracasos o incapacidades y creen que sus problemas se deben por completo a factores externos. Tienen poca comprensión de sus propios motivos, de su comportamiento, etc. Pueden convencer a los demás repetidamente de su determinación por cambiar, pero luego vuelven a su comportamiento previo de desadaptación, a menudo convenciendo a los demás de que «esta vez es realmente diferente».

5	Coincidencia plena (el paciente <i>ejemplifica</i> este trastorno; caso prototípico)	Diagnóstico
4	Coincidencia adecuada (el paciente <i>tiene</i> este trastorno; el diagnóstico es adecuado)	
3	Coincidencia significativa (el paciente tiene <i>características significativas</i> de este trastorno)	Características
2	Coincidencia leve (el paciente tiene características menores de este trastorno)	
1	Coincidencia escasa o inexistente (la descripción no es adecuada para este paciente)	

ticos empíricamente diferenciados, que reflejan divisiones «naturales» en la muestra de pacientes. El análisis Q es informáticamente idéntico al análisis de factores, excepto porque la matriz de datos está traspuesta, de forma que los casos de pacientes son factores sobre los ítems, en lugar de ser los ítems factores sobre los casos. Los factores Q resultantes describen tipos de personas (es decir, las características compartidas por personas con perfiles de personalidad similares). Un prototipo empírico es una descripción compuesta generada estadísticamente a partir de pacientes identificados empíricamente cuyos perfiles son similares entre sí.

MÉTODO

CLÍNICOS PARTICIPANTES

En el marco de un proyecto patrocinado por el National Institute of Mental Health (NIMH) para la cla-

sificación de la patología de la personalidad, los autores entraron en contacto con una muestra nacional aleatoria de psiquiatras y psicólogos con al menos cinco años de experiencia tras la residencia o la obtención de la licencia que eran miembros registrados de la American Psychiatric Association y de la American Psychological Association, incluidos clínicos contactados para solicitudes de colaboración anteriores. Aproximadamente el 35 % de los clínicos aceptaron participar; quienes rellenaron los documentos enviados recibieron 200 dólares en concepto de tarifa de consulta.

Se solicitó a los clínicos que describieran a «un paciente adulto al que esté tratando o evaluando en la actualidad que muestre patrones constantes de pensamientos, sentimientos, motivación o comportamiento —es decir, problemas de personalidad— que le generen distrés o disfunción». Para obtener una gama amplia de ejemplos de patología de la personalidad, se subrayó que no era necesario que los pacientes tuvieran un diag-

nóstico de trastorno de la personalidad. Los pacientes tenían que cumplir los siguientes criterios de inclusión adicionales: edad ≥ 18 años, no psicótico en la actualidad y bien conocido por el clínico (usando como referencia ≥ 6 horas de contacto clínico pero ≤ 2 años, para minimizar las confusiones impuestas por el cambio de la personalidad con el tratamiento). Para minimizar los sesgos de selección, se pidió a los clínicos que consultaran sus agendas para seleccionar al último paciente al que habían visitado durante la semana anterior y que cumpliera los criterios de selección.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Ficha de datos clínicos

La ficha de datos clínicos (tabla 1) es una ficha de informe de clínicos desarrollada para evaluar diversas variables relevantes para las características demográficas, el diagnóstico y la etiología⁷. Los clínicos puntúan el funcionamiento adaptativo del paciente y también puntúan las variables del historial del desarrollo y familiar con las que es probable que estén familiarizados los clínicos que han tenido contacto con un paciente varias horas de visita (p. ej., antecedentes de familias o centros de acogida, antecedentes familiares de delincuencia). En estudios previos, las opiniones de los clínicos sobre esas variables han predicho variables de criterios teóricamente relevantes y han reflejado reglas de decisión razonables (y conservadoras)²¹. Para investigar un apéndice de exploración a la ficha de datos clínicos, también se solicitó a los clínicos que indicaran si estaban tratando al paciente con psicoterapia y/o

con alguna de varias clases de fármacos. Los clínicos puntuaron la efectividad de cada tratamiento usando una escala de cinco puntos.

Lista de comprobación del Eje II

Para maximizar la exactitud de los diagnósticos de trastornos de la personalidad según el DSM determinados por los clínicos, los autores presentaron a los participantes una lista de comprobación en orden aleatorio de los criterios para todos los trastornos del Eje II. En estudios anteriores, este método ha obtenido resultados que reflejan datos basados en entrevistas estructuradas^{22,23}. Para generar diagnósticos categoriales, los autores aplicaron reglas de decisión del DSM-IV. Para generar diagnósticos dimensionales según el DSM-IV, se sumaron los números de criterios cumplidos para cada trastorno.

Puntuaciones de los constructos de los trastornos de la personalidad

En el marco del proyecto más amplio, los autores diseñaron una herramienta de medida para permitir a los clínicos puntuar en qué grado se parecía el paciente a cada uno de los *constructos* de los trastornos de la personalidad del DSM-IV, independientemente de criterios diagnósticos específicos. Los clínicos puntuaron cada trastorno de la personalidad del DSM-IV usando el mismo sistema de puntuación de cinco puntos que se indica en la figura 1. No obstante, para cada diagnóstico, los autores reprodujeron únicamente el resumen en una única frase que introduce el trastorno en el tex-

Tabla 1. Dominios e ítems seleccionados de la ficha de datos clínicos del informe del clínico

Dominio	Ítems seleccionados
Factores demográficos del clínico	Disciplina (psiquiatría o psicología), orientación teórica, lugares de trabajo (p. ej., consulta privada, unidad de pacientes ingresados, escuela), género
Factores demográficos del paciente	Edad, género, etnia, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico
Funcionamiento adaptativo	Puntuación en la Global Assessment of Functioning Scale; clasificación del nivel de alteración de la personalidad, basada libremente en el concepto de organización de la personalidad según Kernberg; clasificaciones de los antecedentes laborales (1 = no es capaz de mantener un trabajo, 3 = inestable, 5 = estable, 7 = trabajando de acuerdo con su potencial); calidad de las relaciones sentimentales y calidad de las amistades (1 = muy baja, 7 = estrechas y afectuosas); antecedentes de intentos de suicidio, hospitalizaciones, detenciones policiales y pérdidas recientes de trabajo por razones interpersonales (codificación 0/1 según ausencia/presencia), y apoyo social (número de buenos amigos en quienes el paciente siente que puede confiar)
Antecedentes del desarrollo	Divorcio de los padres, adopción, centro o familia de acogida, separaciones prolongadas de la figura de apego principal, período de ingreso en residencia (codificación 0/1 según ausencia/presencia); clasificación según siete puntos de la estabilidad y el afecto familiares; malos tratos y abuso sexual (codificación de 0/1/2 según ausencia, no se sabe, presencia).
Antecedentes familiares	Valoraciones de los familiares biológicos de primer y segundo grado para psicosis, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno de ansiedad, abuso de alcohol, abuso de fármacos recetados, abuso de sustancias ilegales, delincuencia, intentos de suicidio y suicidio consumado (codificación de 0/1/2 según ausencia, no se sabe, presencia)

to del DSM-IV (p. ej., «La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la propia imagen y de los afectos, así como una notable impulsividad que empieza al inicio de la edad adulta y que está presente en diversos contextos.»). Para este estudio, los autores utilizaron esas puntuaciones para abordar la hipótesis contraria de que los dos métodos de diagnóstico mediante prototipos presentados por los autores podrían superar a los diagnósticos del DSM porque contienen más información.

Cuestionario del prototipo diagnóstico

Aproximadamente la mitad de los clínicos participantes puntuaron a sus pacientes usando los *prototipos de los clínicos* del grupo B, y el resto puntuaron a sus pacientes usando los *prototipos empíricos*. A fin de construir para este estudio los prototipos de los clínicos que tienen un párrafo de extensión, los autores seleccionaron los ítems de tipo Q con más alta clasificación de promedio para cada trastorno obtenida en el estudio anterior de los mismos autores⁷ y los redactaron en párrafos. Para los prototipos empíricos, los autores seleccionaron de forma similar los ítems con más alta puntuación para los cuatro grupos diagnósticos identificados empíricamente mediante el análisis de factores Q y que se parecían a los trastornos del grupo B del Eje II (que se replicaron en muestras tanto de adolescentes como de adultos)^{7,22}: antisocial-psicópata, emocionalmente alterado (límite), histriónico y narcisista.

PROCEDIMIENTO

Tras completar la ficha de datos clínicos, la lista de comprobación del Eje II, las puntuaciones de los constructos para los trastornos de la personalidad y otros instrumentos de medición, los clínicos leyeron una breve descripción global (tres párrafos) del sistema de similitudes mediante prototipos y puntuaron a sus pacientes usando los *prototipos de los clínicos* del grupo B (presentado a 147 clínicos) o los *prototipos empíricos* del grupo B (presentado a 144 clínicos). Los clínicos diagnosticaron al paciente respecto a los cuatro trastornos usando la escala de puntuación mostrada en la figura 1. A continuación, compararon el sistema de comparación mediante prototipos con el procedimiento estándar del DSM-IV (el enfoque recuento/punto de corte) usando puntuaciones de cinco puntos en cuatro criterios clínicos: facilidad de uso, utilidad para la comunicación con otros clínicos, capacidad para capturar información importante sobre el paciente y utilidad clínica general. Las puntuaciones se fijaron en relación con el procedimiento diagnóstico actual del DSM-IV (1 = mucho peor, 3 = aproximadamente el mismo, 5 = mucho mejor).

ANÁLISIS DE DATOS

Inicialmente se examinaron los *criterios internos*, poniendo especial atención en si los cuatro métodos diagnósticos (diagnóstico categorial del DSM-IV, diagnóstico dimensional del DSM-IV, prototipos de los clínicos y prototipos empíricos) diferían a la hora de identificar la comorbilidad entre los trastornos del grupo B. A continuación, se compararon estos métodos con *criterios externos*, valorando la correlación entre cada diagnóstico en cada uno de los cuatro sistemas y los siguientes tres conjuntos de variables seleccionadas *a priori*: funcionamiento adaptativo, respuesta al tratamiento y etiología. Para ver si los diagnósticos del Eje II derivados usando cada sistema mostraban validez incremental a la hora de predecir las variables de los criterios muy por encima del diagnóstico del Eje I, se utilizó la regresión lineal jerárquica para predecir una herramienta de medida compuesta del funcionamiento adaptativo, introduciendo el diagnóstico del Eje I en la fase 1 y cada conjunto de cuatro diagnósticos del Eje II en la fase 2. Para ver si un prototipo de salud de la personalidad sería una adición útil al Eje II, se incluyó uno en la fase 3 de cada análisis de regresión. El prototipo de salud de la personalidad es un instrumento para medir los puntos fuertes de la personalidad y de los recursos adaptativos, cuya inclusión en la quinta edición del DSM (DSM-V) ha sido propuesta por los autores¹⁹. Finalmente, los autores compararon el diagnóstico mediante prototipos con el diagnóstico según el DSM-IV en cuanto a los *criterios clínicos*, usando las puntuaciones de los clínicos para variables tales como la facilidad de uso y la utilidad clínica general.

RESULTADOS

La tabla 2 resume las características de los clínicos y los pacientes. Los clínicos tuvieron una composición por igual de varones y mujeres, comunicaron diversas orientaciones teóricas y tenían una amplia experiencia (media = 20 años de experiencia). Los pacientes se parecían a los visitados en la práctica extrahospitalaria; aproximadamente dos tercios eran mujeres, el 88,4 % eran de raza blanca y la mayoría tenían un trastorno del estado de ánimo del Eje I.

CRITERIOS INTERNOS

Como muestra la tabla 3, las tasas de comorbilidad valoradas categorialmente usando los criterios del DSM-IV fueron altas y similares a las comunicadas en estudios que utilizaban entrevistas estructuradas. La mediana de las tasas de comorbilidad entre los trastornos del grupo B fue del 44,7 %. Para pacientes que recibieron un diagnóstico del grupo B usando criterios del DSM-IV (el 50,2 % de los pacientes), el nú-

Tabla 2. Características de una muestra nacional aleatoria de clínicos ($n = 291$) que proporcionaron descripciones de un paciente con problemas de personalidad y características de los pacientes descritos por los clínicos

Característica	Valor	
	<i>n</i>	%
Características de los clínicos		
Disciplina		
Psiquiatría	88	30,2
Psicología	203	69,8
Género		
Mujeres	137	47,0
Varones	154	53,0
Orientación teórica		
Ecléctica	151	51,8
Psicodinámica	82	28,1
Cognitivo-conductual	49	17,0
Biológica	9	3,1
	Media	DE
Años de experiencia	20,0	9,5
Características de los pacientes		
Edad (años)	42,9	12,4
	<i>n</i>	%
Género		
Mujeres	184	63,2
Varones	107	36,8
Etnia/raza		
Caucásicos	257	88,4
Afroamericanos	15	5,1
Hispanos	9	3,1
Otros (p. ej., asiáticos)	9	3,1
Nivel socioeconómico		
Pobres	21	7,2
Clase trabajadora	71	24,3
Clase media	110	38,0
Clase media alta/alta	89	30,5
Estado civil		
Casados o cohabitando	120	41,4
Solteros o divorciados	171	58,6
Diagnóstico principal del Eje I		
Depresión mayor	101	34,7
Trastorno distímico	136	46,7
Trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad no especificado	110	37,8
Trastorno adaptativo	56	19,2
Trastorno por consumo de sustancias	47	16,2
	Media	DE
Valoración global de la puntuación de la Global Assessment of Functioning	58,4	9,6
Características del tratamiento, duración (meses)^a		
	<i>n</i>	%
Entorno clínico		
Consulta privada	228	78,4
Clínica	48	16,4
Pacientes ingresados/centro residencial	5	1,7
Forense	3	1,0
Otros	7	2,5

^a Mediana = 15,0 meses.
DE: desviación estándar.

Tabla 3. Comorbilidad de los diagnósticos categoriales de trastornos de la personalidad según el DSM-IV ($n = 290$) y correlación de los diagnósticos dimensionales de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV ($n = 290$) con los prototipos de los clínicos y los prototipos empíricos ($n = 143-147$)

Variable y diagnóstico	Trastorno antisocial de la personalidad ^a	Trastorno límite de la personalidad ^a	Trastorno histriónico de la personalidad ^a	Trastorno narcisista de la personalidad ^a
	% de comorbilidad	% de comorbilidad	% de comorbilidad	% de comorbilidad
Comorbilidad con diagnósticos categoriales del DSM-IV				
Trastorno antisocial de la personalidad	–	66,0	44,7	51,1
Trastorno límite de la personalidad	30,7	–	28,7	29,7
Trastorno histriónico de la personalidad	50,0	59,0	–	57,1
Trastorno narcisista de la personalidad	40,7	50,8	40,7	–
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Correlación				
Diagnósticos dimensionales del DSM-IV				
Trastorno antisocial de la personalidad	–	0,46***	0,53***	0,46***
Trastorno límite de la personalidad	–	–	0,52***	0,32***
Trastorno histriónico de la personalidad	–	–	–	0,53***
Trastorno narcisista de la personalidad	–	–	–	–
Prototipos de los clínicos				
Trastorno antisocial de la personalidad	–	0,18*	0,31***	0,55***
Trastorno límite de la personalidad	–	–	0,52***	0,05
Trastorno histriónico de la personalidad	–	–	–	0,24**
Trastorno narcisista de la personalidad	–	–	–	–
Prototipos empíricos				
Trastorno antisocial de la personalidad	–	0,18*	0,09	0,38***
Trastorno límite de la personalidad	–	–	0,34***	0,11
Trastorno histriónico de la personalidad	–	–	–	0,15
Trastorno narcisista de la personalidad	–	–	–	–

^a Para el análisis de la comorbilidad se usaron los diagnósticos categoriales del DSM-IV. Para las correlaciones se llevaron a cabo análisis separados para los diagnósticos dimensionales del DSM-IV, los prototipos de los clínicos y los prototipos empíricos. Todas las correlaciones se llevaron a cabo con correlación producto-momento de Pearson.

* $p \leq 0,05$ (bilateral); ** $p \leq 0,01$ (bilateral); *** $p \leq 0,001$ (bilateral).

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición.

mero promedio de diagnósticos del grupo B fue de 1,7 (desviación estándar [DE] = 0,98). Los dos enfoques mediante prototipos asignaron pocos diagnósticos del grupo B en general (35,99 y 32,7 % de los pacientes, respectivamente, usando el punto de corte para las puntuaciones de los clínicos ≥ 4), y el paciente promedio que recibió un diagnóstico de un trastorno de la personalidad recibió menos diagnósticos comórbidos (con los prototipos de los clínicos: media = 1,31, DE = 0,67; con los prototipos empíricos: media = 1,21, DE = 0,41). El número de diagnósticos del grupo B asignado usando los criterios del DSM-IV fue significativamente superior al número asignado usando los dos enfoques de prototipos (prototipos de los clínicos: $t = 5,23$, grados de libertad [gl] = 143, $p < 0,001$; prototipos empíricos: $t = 5,84$, gl = 146, $p < 0,001$).

Las correlaciones entre los diagnósticos dimensionales del DSM-IV definidos usando el número de síntomas que se cumplen para cada trastorno también

eran altos (mediana $r = 0,47$). Los dos sistemas de comparación mediante prototipos fueron mejores. Como muestra la tabla 3, con los prototipos de los clínicos, la mediana de correlación entre los trastornos fue de 0,28; con los prototipos empíricos, la mediana de correlación fue de 0,17. Para dar un cálculo aproximado de la significación de esas diferencias, los autores compararon las medianas de las intercorrelaciones con los diagnósticos dimensionales del DSM-IV y la mediana de las intercorrelaciones con cada enfoque de prototipos usando la z de Fisher. Las diferencias fueron significativas o casi significativas incluso en análisis bidireccionales (prototipos de los clínicos: $z = 1,87$, $p = 0,06$; prototipos empíricos: $z = 2,85$, $p = 0,004$).

A la vista de la reducción de la comorbilidad con los enfoques mediante prototipos, los autores establecieron la correlación entre los diagnósticos mediante prototipos y los diagnósticos dimensionales del DSM-IV (número de síntomas cumplidos) para determinar si

Tabla 4. Correlación de los prototipos de los clínicos y de los prototipos empíricos con los diagnósticos dimensionales de los trastornos de la personalidad del DSM-IV ($n = 143-147$)^a

Enfoque diagnóstico y diagnóstico	Diagnóstico dimensional del DSM-IV			
	Trastorno antisocial de la personalidad	Trastorno límite de la personalidad	Trastorno histriónico de la personalidad	Trastorno narcisista de la personalidad
Prototipos de los clínicos				
Trastorno antisocial de la personalidad	0,54***	0,17*	0,32***	0,44***
Trastorno límite de la personalidad	0,38***	0,76***	0,44***	0,18*
Trastorno histriónico de la personalidad	0,25**	0,40***	0,49***	0,17*
Trastorno narcisista de la personalidad	0,25**	0,05	0,27***	0,72***
Prototipos empíricos				
Trastorno antisocial de la personalidad	0,79***	0,29***	0,27***	0,48***
Trastorno límite de la personalidad	0,30***	0,77***	0,33***	0,20*
Trastorno histriónico de la personalidad	0,24**	0,31***	0,53***	0,19*
Trastorno narcisista de la personalidad	0,35***	0,16	0,34***	0,74***

^a Los coeficientes en negrita reflejan la convergencia entre métodos diagnósticos.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición.

los enfoques mediante prototipos estaban diagnosticando realmente constructos similares a los valorados usando los criterios del DSM-IV. Los coeficientes en negrita en la tabla 4 reflejan convergencia entre métodos diagnósticos dimensionales. Ambos métodos de prototipos convergieron claramente con el diagnóstico dimensional del DSM-IV, aunque los prototipos empíricos mostraron una convergencia levemente mayor (mediana: $r = 0,76$) y validez discriminatoria también discretamente superior (mediana de coeficientes fuera de la diagonal: $r = 0,29$, menor que la mediana de correlaciones de los diagnósticos dimensionales del DSM-IV entre sí). Así pues, los prototipos proporcionaron una representación razonable de los diagnósticos dimensionales del DSM-IV ampliamente funcionalizados (número de síntomas cumplidos), pero con menos diagnóstico de comorbilidad.

CRITERIOS EXTERNOS

Aunque el diagnóstico mediante prototipos parece tener ventajas para minimizar la comorbilidad, una cuestión importante es si el uso de diagnóstico mediante prototipos comporta una excesiva reducción en la validez (predicción de *criterios externos*). Por ello, los autores examinaron las correlaciones de los trastornos diagnosticados usando los cuatro métodos con puntuaciones de funcionamiento adaptativo, respuesta al tratamiento y variables de antecedentes familiares y durante el desarrollo.

Funcionamiento adaptativo

En primer lugar, los autores examinaron el funcionamiento adaptativo, incluyendo una medida com-

binada del funcionamiento global (obtenida por estandarización y suma de las siguientes cinco puntuaciones seleccionadas *a priori*: Global Assessment of Functioning [GAF], gravedad de la disfunción de la personalidad, calidad de las relaciones sentimentales, calidad de las amistades y funcionamiento laboral) y tres medidas relativamente no inferenciales (antecedentes de intentos de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas y detenciones policiales). La tabla 5 documenta las correlaciones parciales entre cada diagnóstico de trastorno de la personalidad (con ajuste para los otros tres diagnósticos dentro de cada conjunto) y las mediciones del funcionamiento adaptativo; los coeficientes en negrita indican las relaciones principales planteadas como hipótesis. (Los autores realizaron covariación para otros diagnósticos del grupo B a fin de proporcionar un retrato más exacto de las asociaciones con trastornos de la personalidad específicos, aunque las correlaciones aproximadas produjeron, en general, patrones similares.) Las correlaciones fueron similares en los cuatro enfoques, aunque algo mayores donde se había predicho para los prototipos empíricos.

Para que un eje de la personalidad sea de utilidad, debe predecir la varianza en el funcionamiento adaptativo más allá del diagnóstico en el Eje I. Por ello, en un segundo conjunto de análisis se utilizó la regresión lineal jerárquica para determinar si: 1) alguno de los cuatro métodos diagnósticos predecía la varianza en el funcionamiento adaptativo global después del ajuste para los diagnósticos más prevalentes del Eje I de la muestra (prevalencia $\geq 10\%$); 2) los cuatro sistemas se diferenciaron en el grado de varianza que explicaban, y 3) la adición de un prototipo de la salud de la personalidad (es decir, un instrumento de medida de los pun-

Tabla 5. Correlación entre los diagnósticos de los trastornos de la personalidad realizados con cuatro métodos diagnósticos y las mediciones del funcionamiento adaptativo y de la respuesta al tratamiento^a

Enfoque diagnóstico y diagnóstico	Funcionamiento adaptativo			Respuesta al tratamiento		
	Funcionamiento global	Suicidio	Hospitalización psiquiátrica	Detención	Psicoterapia	Antidepresivos
Diagnóstico categorial del DSM-IV						
Trastorno antisocial de la personalidad	-0,25***	-0,03	0,14*	0,49***	-0,13*	-0,08
Trastorno límite de la personalidad	-0,23***	0,37***	0,27***	-0,02	-0,07	-0,13
Trastorno histriónico de la personalidad	0,09	-0,04	-0,04	-0,07	-0,03	0,13
Trastorno narcisista de la personalidad	0,01	-0,00	-0,08	-0,09	-0,12	-0,05
Diagnóstico dimensional del DSM-IV						
Trastorno antisocial de la personalidad	-0,20**	-0,03	0,01	0,28***	-0,12*	-0,10
Trastorno límite de la personalidad	-0,23**	0,43***	0,35***	-0,02	-0,06	-0,16*
Trastorno histriónico de la personalidad	0,08	-0,11	-0,00	0,04	0,07	0,19**
Trastorno narcisista de la personalidad	0,04	-0,00	-0,10	-0,09	-0,12	-0,05
Prototipos de los clínicos						
Trastorno antisocial de la personalidad	-0,22**	0,06	0,21*	0,34***	-0,14†	-0,18†
Trastorno límite de la personalidad	-0,41***	0,35***	0,27***	0,09	-0,12	-0,11
Trastorno histriónico de la personalidad	0,13	-0,15†	-0,05	0,02	0,10	0,04
Trastorno narcisista de la personalidad	0,02	-0,13	-0,27***	-0,06	-0,14†	-0,02
Prototipos empíricos						
Trastorno antisocial de la personalidad	-0,29***	0,01	0,21*	0,42***	-0,03	0,02
Trastorno límite de la personalidad	-0,44***	0,62***	0,47***	0,02	-0,22**	-0,29**
Trastorno histriónico de la personalidad	0,10	-0,06	-0,10	0,06	0,09	0,09
Trastorno narcisista de la personalidad	0,12	-0,10	-0,25**	-0,10	-0,05	0,15

^a Para los diagnósticos categorial y dimensional del DSM-IV, $n = 290$, excepto en la efectividad de la psicoterapia ($n = 270$) y la efectividad de los antidepresivos ($n = 197$). Para los prototipos de los clínicos y los prototipos empíricos, $n = 143-144$, excepto en la respuesta al tratamiento con psicoterapia ($n = 133-137$) y con antidepresivos ($n = 90$). Los coeficientes en negrita representan relaciones principales planteadas como hipótesis. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; † $p \leq 0,05$ (unidireccional, cuando se predijo para análisis con números más pequeños).
DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición.

tos fuertes de la personalidad y de los recursos adaptativos) al Eje II explicaba la varianza adicional después de mantener constantes los diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II.

Los autores realizaron cuatro análisis de regresión (uno para cada método diagnóstico) usando como variable de criterio la combinación de sus parámetros del funcionamiento global. (Los datos usando las puntuaciones de la GAF únicamente produjeron resultados similares.) En la fase 1, los autores introdujeron diagnósticos del Eje I; en la fase 2, los diagnósticos del Eje II (grupo B), y en la fase 3, las puntuaciones respecto a los prototipos de la salud de la personalidad. Como se muestra en la tabla 6, los diagnósticos del Eje I explicaron sistemáticamente cerca del 10 % de la varianza en el funcionamiento adaptativo, que es considerable. No obstante, en los cuatro análisis, añadiendo los cuatro diagnósticos del grupo B en la fase 2 se obtuvo una mejoría significativa en el modelo, con aumento incremental de los resultados desde los diagnósticos categoriales del DSM hasta los diagnósticos dimensionales del DSM, los prototipos de los clínicos y los prototipos empíricos. La adición del prototi-

po de salud de la personalidad en la fase 3 dio lugar a incrementos amplios y estadísticamente significativos de la predicción en los cuatro análisis.

Respuesta al tratamiento

Dado que el 95,5 % de los pacientes del estudio recibieron psicoterapia y que el 67,7 % recibieron tratamiento con antidepresivos (el 87,2 % de quienes recibieron antidepresivos recibieron inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), los autores pudieron realizar análisis usando la respuesta al tratamiento como variable de criterio. Los autores consideran esos análisis como preliminares, tanto por la naturaleza preliminar de los instrumentos de medición como por la escasez de investigaciones previas sobre las que basar sus hipótesis (que las características de personalidad límite y antisocial serían predictores negativos de los resultados tanto de la psicoterapia como de la farmacoterapia). No obstante, la respuesta al tratamiento es una variable clave para validar un sistema diagnóstico², y los diagnósticos, para ser clínicamente útiles, deberían aportar información para las decisiones sobre el tratamien-

Tabla 6. Análisis de regresión lineal jerárquicos de los predictores del funcionamiento de adaptación a partir de cuatro métodos para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad ($n = 142-146$)^a

Variable	Diagnóstico categorial del DSM-IV				Diagnóstico dimensional del DSM-IV				Prototipos de los clínicos				Prototipos empíricos			
	R	R ²	F	p	R	R ²	F	p	R	R ²	F	p	R	R ²	F	p
Modelos de regresión																
Fase 1: Eje I	0,30	0,09	2,21	< 0,05	0,30	0,09	2,21	< 0,05	0,30	0,09	2,23	< 0,05	0,36	0,13	3,50	0,003
Fase 2: Eje II	0,46	0,21	4,99	0,001	0,52	0,27	8,11	< 0,0001	0,54	0,29	9,49	< 0,0001	0,57	0,32	9,74	0,000
Fase 3: Prototipo de salud de la personalidad	0,59	0,35	27,75	< 0,0001	0,61	0,37	22,01	< 0,0001	0,65	0,43	26,94	< 0,0001	0,71	0,50	46,78	< 0,0001
Predictores de la fase final			β	p			β	p			β	p			β	p
Trastorno depresivo mayor			-0,19	0,01			-0,17	< 0,03			-0,19	0,008			0,05	0,67
Trastorno distímico			-0,03	0,72			-0,03	0,71			-0,07	0,31			0,13	0,06
Trastorno de ansiedad generalizada			-0,03	0,70			-0,05	0,54			-0,05	0,51			-0,12	0,06
Trastorno de ansiedad no especificado			0,03	0,72			0,02	0,77			0,00	0,98			0,06	0,41
Trastorno relacionado con consumo de sustancias			-0,02	0,81			0,00	0,98			0,01	0,93			-0,01	0,82
Trastorno adaptativo			0,06	0,40			0,04	0,58			0,00	0,99			-0,01	0,93
Trastorno antisocial de la personalidad			-0,19	0,02			-0,20	< 0,04			-0,23	0,007			-0,12	0,10
Trastorno límite de la personalidad			-0,08	0,35			-0,23	< 0,02			-0,32	< 0,0001			-0,34	< 0,0001
Trastorno histriónico de la personalidad			0,08	0,35			0,19	0,08			0,10	0,25			0,09	0,20
Trastorno narcisista de la personalidad			-0,14	< 0,09			-0,14	0,12			-0,02	0,83			0,15	< 0,04
Prototipo de salud de la personalidad			0,41	< 0,0001			0,36	< 0,0001			0,37	< 0,0001			0,47	< 0,0001

^a Se utilizó regresión múltiple simultánea, en la que los valores beta estandarizados reflejan la contribución residual de cada predictor mientras se mantienen constantes los demás predictores. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición.

to. Una vez más, los autores han comunicado correlaciones parciales, con ajustes para los otros tres diagnósticos de cada conjunto.

Como muestra la tabla 5, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad, o ambos, tuvieron correlaciones negativas con la respuesta a la psicoterapia en los cuatro enfoques diagnósticos. (Los autores no abordaron las diferencias entre las orientaciones terapéuticas, dado el limitado número de pacientes tratados por los terapeutas de cada orientación.) Una vez más, los cuatro enfoques produjeron coeficientes similares, aunque los diagnósticos categoriales del DSM tendieron a ser los menos predictivos de la respuesta tanto a la psicoterapia como a la farmacoterapia (lo que no resulta sorprendente, si se tiene en cuenta las desventajas psicométricas de las variables dicotómicas), mientras que el prototipo empírico del trastorno límite de la perso-

nalidad fue el que tuvo las máximas correlaciones (negativas) con la respuesta tanto a la psicoterapia como a la farmacoterapia.

Etiología

A continuación, se compararon los cuatro métodos diagnósticos respecto a asociaciones con las siguientes variables, que en investigaciones previas habían demostrado ser relevantes para la etiología de los trastornos del grupo B, especialmente para el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad: los maltratos, el abuso sexual y los antecedentes familiares de trastornos de interiorización (del estado de ánimo y de ansiedad), de trastornos de exteriorización (delincuencia, abuso de alcohol y abuso de drogas ilegales) y de suicidio. (En esta área se dispone de poca información para el tras-

Tabla 7. Correlación entre los diagnósticos de trastornos de la personalidad definidos mediante cuatro métodos diagnósticos y las mediciones de los antecedentes del desarrollo y de los antecedentes en familiares de primer y segundo grado^a

Enfoque diagnóstico y diagnóstico	Antecedentes del desarrollo		Antecedentes familiares		
	Maltrato físico	Abuso sexual	Trastornos de exteriorización	Trastornos de interiorización	Suicidio
Diagnóstico categorial del DSM-IV					
Trastorno antisocial de la personalidad	0,02	0,05	0,12*	-0,06	0,10
Trastorno límite de la personalidad	0,12*	0,21***	0,18**	0,15**	0,11
Trastorno histriónico de la personalidad	0,08	0,08	0,01	-0,00	0,02
Trastorno narcisista de la personalidad	-0,08	-0,08	-0,06	0,04	-0,07
Diagnóstico dimensional del DSM-IV					
Trastorno antisocial de la personalidad	0,08	0,05	0,20***	-0,04	0,13*
Trastorno límite de la personalidad	0,17**	0,32***	0,15*	0,12*	0,07
Trastorno histriónico de la personalidad	0,02	0,01	0,00	0,07	0,02
Trastorno narcisista de la personalidad	-0,12*	-0,17**	-0,11	-0,03	-0,05
Prototipos de los clínicos					
Trastorno antisocial de la personalidad	0,01	-0,01	0,20*	-0,14	0,02
Trastorno límite de la personalidad	0,15[†]	0,36***	0,15[†]	0,24**	0,03
Trastorno histriónico de la personalidad	0,02	-0,12	-0,03	-0,00	0,09
Trastorno narcisista de la personalidad	-0,03	-0,12	-0,17*	0,01	-0,09
Prototipos empíricos					
Trastorno antisocial de la personalidad	0,24**	0,10	0,16[†]	0,02	0,22**
Trastorno límite de la personalidad	0,10	0,40***	0,24**	0,05	0,17*
Trastorno histriónico de la personalidad	-0,06	-0,04	-0,05	0,07	-0,02
Trastorno narcisista de la personalidad	-0,13	-0,02	0,01	0,03	0,09

^a Para los diagnósticos categorial y dimensional del DSM-IV, $n = 290$. Para los prototipos de los clínicos y los prototipos empíricos, $n = 143$ o 144 . Los coeficientes en negrita representan relaciones principales planteadas como hipótesis.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; [†] $p \leq 0,05$ (unidireccional, cuando se predijo para análisis con números más pequeños).

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición.

torno narcisista de la personalidad y para el trastorno histriónico de la personalidad.) La tabla 7 muestra las correlaciones parciales entre cada diagnóstico y esas variables etiológicas; las correlaciones predichas se presentan en negrita. Una vez más, los resultados fueron similares con los diferentes enfoques diagnósticos.

Descartar una hipótesis contraria

Los datos sugieren que el diagnóstico mediante prototipos en la práctica cotidiana minimiza los hallazgos de comorbilidad sin pérdida de validez. Se podría argumentar, no obstante, que los enfoques mediante prototipos aquí probados tienen la ventaja de contar con conjuntos de ítems más ricos (es decir, más información que los ocho o nueve criterios por trastorno que ofrece el DSM-IV). La capacidad de incluir de 18 a 20 criterios por trastorno es, de hecho, una ventaja del diagnóstico por prototipos, porque la inclusión de tantos criterios por trastorno inutilizaría el enfoque de recuento/punto de corte, ya que se

requeriría la determinación de la presencia/ausencia de cada uno de los 200 criterios en todos los trastornos. No obstante, se probó esta hipótesis opuesta examinando las puntuaciones de los clínicos para el constructo del trastorno de la personalidad: las puntuaciones de los prototipos sobre cinco puntos de los resúmenes de una única frase para cada trastorno del grupo B según el DSM-IV, que aporta menos información que los criterios diagnósticos de cada trastorno. Los datos fueron sorprendentemente similares a los obtenidos con los prototipos empíricos y de los clínicos: la tasa de comorbilidad fue sustancialmente menor que con los diagnósticos dimensionales del DSM-IV (mediana $r = 0,24$), y el patrón de correlatos externos fue equivalente.

Criterios clínicos

A continuación, los autores compararon los dos sistemas por prototipos con el enfoque recuento/puntos de corte respecto a los criterios clínicos, usando puntuaciones de la facilidad de uso, la utilidad para la

Figura 2. Valoraciones de los clínicos sobre los criterios clínicos del sistema de comparación con los prototipos de los clínicos, en comparación con el sistema diagnóstico del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV)

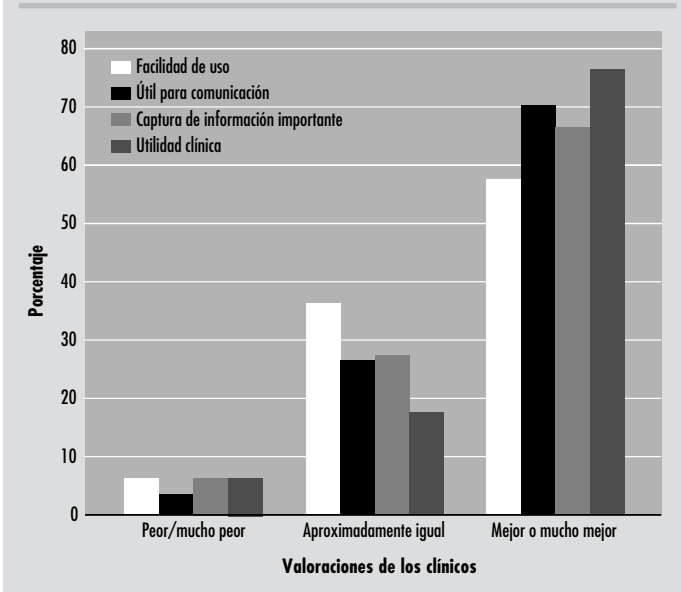
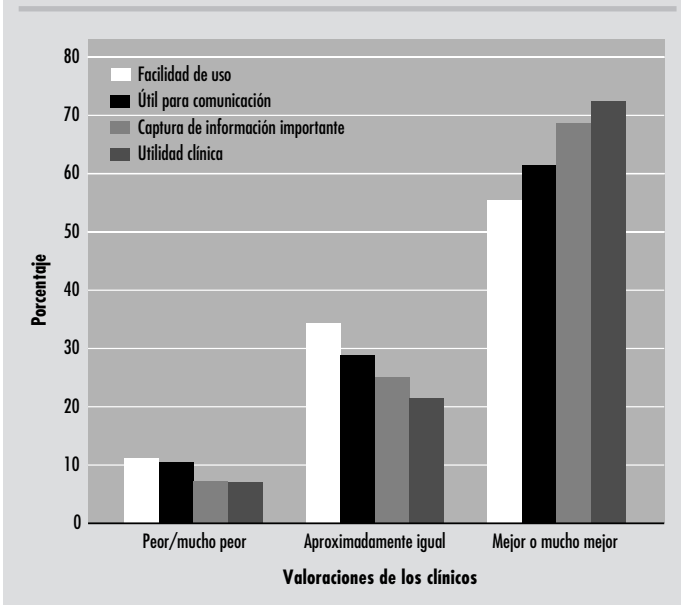


Figura 3. Valoraciones de los clínicos sobre los criterios clínicos del sistema de comparación con prototipos empíricos, en comparación con el sistema diagnóstico del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV)



comunicación clínica, la habilidad para capturar información importante sobre la personalidad del paciente y la utilidad clínica. Los resultados fueron virtualmente idénticos para los dos sistemas mediante prototipos

(figura 2 y figura 3). Los clínicos prefirieron claramente el diagnóstico mediante prototipos al método de recuento/punto de corte en todas las dimensiones valoradas, y aproximadamente el 70 % de los clínicos valoraron los sistemas mediante prototipos como mejores o mucho mejores que el enfoque del DSM-IV, el 10 % prefirieron el sistema DSM, más familiar, y el restante 20 % valoraron ambos enfoques diagnósticos como equivalentes.

DISCUSIÓN

Como en la investigación que utiliza entrevistas estructuradas, el diagnóstico categorial en el Eje II produce en la práctica clínica un solapamiento diagnóstico sustancial y generalmente muestra correlaciones similares o menores con variables de criterios relevantes, en comparación con el diagnóstico dimensional, funcionalizado de múltiples formas diferentes. Dada esta constatación repetida en las publicaciones y la evidencia generalizada de patología de la personalidad subumbral que no es diagnosticable usando el Eje II²⁴, resulta difícil argumentar que el DSM-V debería conservar un enfoque principalmente categorial para diagnosticar la patología de la personalidad.

El diagnóstico por prototipos redujo los resultados de comorbilidad sin disminuir la validez. Los cuatro enfoques diagnósticos proporcionaron estimaciones similares de la validez. No obstante, allí donde los diagnósticos por prototipos derivados empíricamente se diferenciaron en sus correlaciones externas de los diagnósticos del DSM-IV (tanto categorial como dimensional), tendieron a ser levemente superiores para predecir variables clínicamente significativas, como, por ejemplo, el funcionamiento adaptativo.

Los clínicos valoraron un método diagnóstico de similitud con prototipos, incluso uno que usara descripciones de la personalidad no familiares (derivadas empíricamente), como más fácil de aplicar y clínicamente más significativo que el enfoque de recuento/puntos de corte. Spitzer, First y Skodol (datos no publicados) han documentado de manera similar que los psiquiatras y psicólogos experimentados valoran los enfoques con prototipos como clínicamente más útiles que el enfoque actual del DSM y que modelos dimensionales (rasgos) alternativos.

Los datos también apoyaron la inclusión de un prototipo de salud de la personalidad en el DSM-V. Un índice de este tipo es útil para destacar los puntos fuertes de los pacientes y para evaluar el progreso del tratamiento con el paso del tiempo. En este estudio, el prototipo de salud de la personalidad explicó una varianza considerable en el funcionamiento adaptativo incluso después de tener en cuenta los diagnósticos en el Eje I y el Eje II.

LIMITACIONES

Este estudio tiene algunas limitaciones que deberían tenerse en cuenta a la hora de interpretar los datos. En primer lugar, en cuanto a los análisis que valoran los criterios externos, los clínicos proporcionaron tanto los datos diagnósticos como los datos sobre el funcionamiento adaptativo, la etiología y la respuesta al tratamiento. Por ello, no es posible asegurar que sus juicios diagnósticos fueran independientes de esos criterios externos. No obstante, si los sesgos de los clínicos influyeron en sus puntuaciones de las variables de criterios, este factor jugaría a favor de los métodos diagnósticos más conocidos, concretamente, los descritos en el DSM-IV. El hecho de que los diagnósticos menos conocidos (es decir, los prototipos empíricos) tendieran a lograr los resultados más sólidos no es coherente con la hipótesis del sesgo. Además, un conjunto de investigaciones cada vez más numerosas ha sugerido que los clínicos pueden, de hecho, hacer juicios muy fiables y válidos si sus observaciones se cuantifican y estandarizan²⁵. En datos recogidos recientemente por el grupo de los autores, la correlación promedio entre las puntuaciones de prototipos realizadas por dos clínicos (estudiantes avanzados de posgrado) escuchando los mismos datos (horas de psicoterapia iniciales) fue de 0,70. Esos datos sugieren que incluso los clínicos relativamente inexpertos pueden hacer diagnósticos fiables usando prototipos. Resulta claro, no obstante, que los datos sugieren dos nuevas futuras fases. La primera es replicar los hallazgos con criterios externos usando un diseño en el que los profesionales que realizan el diagnóstico desconozcan el resto de los datos. La segunda es ver si las puntuaciones según prototipos son clínicamente más o menos útiles para guiar el pensamiento y las intervenciones de los clínicos (p. ej., si los pacientes de clínicos con instrucciones de hacer valoraciones según prototipos al inicio del tratamiento y en varios momentos durante el tratamiento evolucionan mejor o peor que los pacientes de clínicos con instrucciones de hacer diagnósticos repetidos según el DSM-IV).

Una segunda limitación es que los autores examinaron únicamente los trastornos del grupo B y, por lo tanto, no se sabe hasta qué punto se pueden generalizar los resultados a los demás trastornos de la personalidad. Una tercera limitación es que sólo se probaron dos variaciones del método de comparación mediante prototipos. No se comparó, por ejemplo, el diagnóstico según el DSM-IV con las descripciones de prototipos que comprendieran sólo los entre siete y nueve criterios usados en el DSM-IV (debido a la dificultad de conjugar un número tan limitado de criterios para hacer descripciones de prototipos coherentes). En el futuro, las investigaciones deberían variar el número de criterios incluidos en

los prototipos para optimizar la fiabilidad, la validez y la parquedad.

IMPLICACIONES

El enfoque de recuento/puntos de corte constituyó una mejoría considerable respecto al diagnóstico del DSM-II. Sin embargo, nunca antes se había visto sujeto a pruebas sistemáticas en comparación con ninguna otra forma de funcionalizar el diagnóstico, especialmente en la práctica clínica. El diagnóstico mediante prototipos podría llevarse a la práctica con cambios taxonómicos relativamente menores (simplemente refinando los prototipos probados aquí para equipararlos más a las características de los pacientes con trastornos de la personalidad definidos según el DSM-IV^{7,8}) o con cambios más sustanciales (derivando empíricamente prototipos de diagnóstico no redundantes). En cualquier caso, los clínicos deberían dar un diagnóstico completo del Eje II en uno o dos minutos, generando un perfil diagnóstico (similar a un perfil MMPI) que indique, para cada trastorno, tanto en qué grado el paciente se parece al prototipo como si el paciente se parece al prototipo lo suficiente para recibir un diagnóstico categorial útil para la comunicación con otros profesionales. El diagnóstico mediante prototipos tiene la parquedad del diagnóstico con el DSM-III pero carece de sus desventajas. Por ejemplo, los prototipos pueden derivarse empíricamente y, como se ha comentado anteriormente, se pueden valorar con fiabilidad.

Una cuestión que los autores no han abordado aquí es si el diagnóstico mediante prototipos es adecuado sólo para la práctica clínica (como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición [CIE-10], que tiene procedimientos diagnósticos diferentes para investigación y para la práctica clínica). Si bien las puntuaciones diagnósticas de un único ítem quizás no proporcionan datos suficientemente fiables para objetivos de investigación (véase, no obstante, la referencia bibliográfica 26), una manera de aumentar el método probado aquí es obtener puntuaciones secundarias para pacientes que reciben una puntuación > 1 para un trastorno determinado. Por ejemplo, para el trastorno límite de la personalidad, ese aumento podría incluir puntuaciones de cinco puntos de subdimensiones o endofenotipos (p. ej., disregulación emocional, impulsividad y disregulación del apego) que se generan por análisis de factores. Este tipo de puntuaciones podrían sumarse junto con las puntuaciones de prototipos para maximizar la fiabilidad o podrían usarse como indicadores del constructo latente en modelos estructurales. Como alternativa, para investigación y para propósitos clínicos, los prototipos podrían puntuarse junto con un conjunto de dominios funcionales, como los motivos y los conflictos, la cognición, la experiencia emocional, la regu-

lación de la emoción, la regulación del impulso, el funcionamiento en las relaciones y las representaciones, la identidad y la experiencia del yo, así como los puntos fuertes en la adaptación^{27,28}. Como han demostrado los autores en otras publicaciones^{29,30}, en investigación se puede obtener una alta fiabilidad y validez entre evaluadores para el diagnóstico mediante prototipos del trastorno de la personalidad aplicando el SWAP-200 Q-sort a los datos obtenidos con una entrevista clínica sistemática y correlacionando los perfiles de los pacientes obtenidos mediante ese instrumento con prototipos empíricos; este procedimiento aporta tanto un diagnóstico dimensional como una valoración funcional. Los autores consideran que los investigadores también podrían derivar diagnósticos mediante prototipos a partir de instrumentos actuales del Eje II, en gran medida como han derivado los investigadores sobre trastornos de ansiedad las puntuaciones dimensionales junto con los diagnósticos categoriales a partir de entrevistas estructuradas³¹. Una cuestión adicional es si el diagnóstico mediante prototipos puede ser igualmente útil para el Eje I¹³. Recientemente, los autores han obtenido resultados similares en trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de la conducta alimentaria, pero resulta obvio que se necesitan más investigaciones.

Por último, esos datos plantean la cuestión de si los investigadores pueden haberse apresurado en exceso a invocar el error del clínico para explicar por qué los clínicos tienden a no usar las reglas de decisión del DSM-IV a la hora de valorar la personalidad. Como todos los procesadores de información, los clínicos tienden a obtener y organizar la información que necesitan para solucionar problemas. La investigación en ciencia cognitiva ha sugerido que las personas tienden a *satisfacer* (un cruce entre *satisfacer* y *bastar*) es decir, a realizar una valoración «suficientemente buena» para sus propósitos y a hacer determinaciones más precisas basadas en reglas de decisión explícitas si surge la necesidad³². Otra investigación sobre categorización ha sugerido que la forma en que una persona clasifica los objetos en un dominio determinado refleja sus objetivos³³, y que esos objetivos se solapan, pero no son idénticos, en la investigación y en la práctica. A la vista de la escasez de investigaciones que demuestren alguna implicación para el tratamiento de la presencia de síntomas clínicos en comparación con la presencia de síntomas subumbral (p. ej., si el paciente cumple cuatro y no cinco criterios de un trastorno de la personalidad específico), dar una valoración «suficientemente buena» —especialmente una que también capture la patología subumbral no habitualmente diagnosticable usando el DSM-IV— puede, de hecho, constituir una estrategia razonable. Los autores sospechan que para sus diagnósticos habituales los clínicos ya se basan en gran medida en la comparación mediante prototipos^{16,34,35}. Formalizar los prototipos que utilizan los clí-

nicos y seleccionar los atributos enmarcados en esos prototipos representa empíricamente una forma de minimizar los elementos idiosincrásicos del diagnóstico en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sokal RR: Classification: purposes, principles, progress, prospects. *Science* 1974; 185:1115-1123.
2. Robins E, Guze S: The establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126:983-987.
3. First MB, Pincus HA, Levine JB, Williams JBW, Ustun B, Peele R: Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2004; 161:946-954.
4. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 26:57-63.
5. Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am J Psychiatry* 1975; 132:1187-1192.
6. Widiger TA, Clark LA: Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull* 2000; 126:946-963.
7. Westen D, Shedler J: Revising and assessing axis II, part 1: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 1999; 156:258-272.
8. Shedler J, Westen D: Refining personality disorder diagnoses: integrating science and practice. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1350-1365.
9. Ahn W, Kim NS: The causal status effect in categorization: an overview, in *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory*, vol. 40. Edited by Medin DL. San Diego, Academic Press, 2001, pp 23-65.
10. Jampala V, Sierles F, Taylor M: The use of DSM-III-R in the United States: a case of not going by the book. *Compr Psychiatry* 1988; 29:39-47.
11. Westen D: Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *Am J Psychiatry* 1997; 154:895-903.
12. Westen D, Shedler J: A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J Personal Disord* 2000; 14:109-126.
13. Westen D, Heim AK, Morrison K, Patterson M, Campbell L: Classifying and diagnosing psychopathology: a prototype matching approach, in *Rethinking the DSM: Psychological Perspectives*. Edited by Beutler L, Malik M. Washington, DC, American Psychological Association, 2002, pp 221-250.
14. Westen D, Bradley R: Prototype diagnosis of personality, in *Handbook of Personality and Psychopathology*. Edited by Strack S. New York, John Wiley & Sons, 2005, pp 238-256.
15. Rosch E, Mervis CB: Family resemblances: studies in the internal structure of categories. *Cognit Psychol* 1975; 7:573-605.
16. Cantor N, Gero N: Psychiatric diagnosis and natural categorization: a close analogy, in *Contemporary Directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV*. Edited by Millon T, Klerman GL. New York, Guilford, 1986, pp 233-256.
17. Blashfield RK, McElroy RA: Confusions in the terminology used for classificatory models, in *The DSM-IV Personality Disorders*. Edited by Livesley W. New York, Guilford, 1995, pp 407-416.
18. Shedler J, Westen D: Refining the measurement of axis II: a Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 1998; 5:333-353.
19. Westen D, Shedler J: Revising and assessing axis II, part 2: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:273-285.
20. Block J: *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Palo Alto, Calif, Consulting Psychologists Press, 1978.
21. Russ E, Heim A, Westen D: Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Personal Disord* 2003; 17:522-536.
22. Westen D, Shedler J, Durrett C, Glass S, Martens A: Personality diagnosis in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry* 2003; 160:952-966.
23. Morey LC: Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *Am J Psychiatry* 1988; 145:573-577.
24. Westen D, Arkowitz-Western L: Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1767-1771.
25. Westen D, Weinberger J: When clinical description becomes statistical prediction. *Am Psychologist* 2004; 59:595-613.

26. Robins RW, Hendin HM, Trzeniewski KH: Measuring global self-esteem: construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Pers Soc Psychol Bull* 2001; 27:151-161.
27. Westen D: Case formulation and personality diagnosis: two processes or one?, in *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. Edited by Barron JW. Washington, DC, American Psychological Association, 1998, pp 111-138.
28. Westen D, Gabbard G, Blagov P: Back to the future: personality structure as a context for psychopathology, in *Personality and Psychopathology: Building Bridges*. Edited by Krueger RF, Tackett JL. New York, Guilford, in press.
29. Westen D, Muderrisoglu S: Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews. *J Personal Disord* 2003; 17:350-368.
30. Westen D, Muderrisoglu S: Clinical assessment of pathological personality traits. *Am J Psychiatry* (in press).
31. Brown TA, DiNardo P, Barlow D: *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. Albany, NY, Graywind Publications, 1994.
32. Gigerenzer G, Goldstein DG: Reasoning the fast and frugal way: models of bounded rationality. *Psychol Rev* 1996; 103:650-669.
33. Barsalou LW: Deriving categories to achieve goals, in *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory*, vol. 27. Edited by Bower GH. San Diego, Academic Press, 1991, pp 1-64.
34. Blashfield R: Exemplar prototypes of personality disorder diagnoses. *Compr Psychiatry* 1985; 26:11-21.
35. Millon T, Davis RO: *Disorders of Personality: DSM-IV and beyond*. Oxford, UK, John Wiley & Sons & Sons, 1996.

Self-Assessment

PREGUNTAS

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el trastorno límite de la personalidad es falsa?

- A. El tratamiento adecuado puede reducir los actos suicidas, las autolesiones, los comportamientos impulsivos, la psicopatología general y el uso de servicios sanitarios.
- B. El tratamiento basado en la mentalización parece mantener su eficacia a largo plazo (como mínimo, hasta cinco años después de finalizar el tratamiento).
- C. Un aspecto muy importante del tratamiento basado en la mentalización es que parece conseguir una normalización de la función social general.
- D. El tratamiento basado en la mentalización también parece mejorar de forma muy relevante aspectos clave como la tendencia al suicidio, el uso de servicios sanitarios y la situación profesional.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de prototipos para el diagnóstico de trastornos de personalidad es falsa?

- A. Utiliza un método de clasificación totalmente novedoso en el diagnóstico psiquiátrico.
- B. Permite una clasificación más precisa.
- C. Permite descripciones psicológicamente más ricas y más detalladas.
- D. Podría minimizar la comorbilidad artefactual.

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A. Existe una alta tasa de comorbilidad entre trastornos de la personalidad.
- B. Existe una alta tasa de comorbilidad entre trastornos de personalidad y trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por dependencia de sustancias.
- C. La complejidad de tratar a las personas con mayor gravedad de alteración psiquiátrica se incrementa por las características subyacentes de hipersensibilidad interpersonal en los pacientes con trastornos de la personalidad.
- D. No ha podido documentarse que los pacientes afectos de un trastorno de la personalidad presenten menores tasas de adherencia al tratamiento que los pacientes sin trastorno de la personalidad.

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A. La comorbilidad con un trastorno de la personalidad puede actuar como uno de los marcadores de complejidad del tratamiento.
- B. No obstante, la comorbilidad con un trastorno de la personalidad no parece aumentar el riesgo de malos resultados terapéuticos en un paciente afecto de depresión mayor.
- C. En pacientes con depresión y trastorno límite de la personalidad comórbidos, parece

una buena opción terapéutica considerar como objetivo principal del tratamiento el trastorno de la personalidad, dejando como objetivo secundario la depresión.

- D. En la comorbilidad trastorno límite de la personalidad y depresión, tratar las características del trastorno de la personalidad al inicio del tratamiento (especialmente las características asociadas a inestabilidad afectiva) puede conllevar una mejoría de la depresión.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A. Las personas con trastorno de la personalidad por evitación tienen una sensación de un yo deficiente y abrumado por la vergüenza, con expectativas de verse abandonado por los demás debido a deficiencias personales.
- B. Los pacientes con trastorno de la personalidad narcisista tienen un prejuicio predominante invadido por la desconfianza hacia los demás y por el temor a verse excluidos o heridos y tienen tendencia a externalizar y a culpar a los demás de su conflicto interpersonal.
- C. Los pacientes con un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo cargan con un esquema de normas autoimpuestas e implacables.
- D. Los pacientes con trastorno de la personalidad paranoide suelen verse a sí mismos como fuertes y de conducta adecuada frente a otras personas hostiles y peligrosas.

6.Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al trastorno límite de la personalidad es falsa?

- A. No disponemos de investigaciones que hayan validado la coherencia interna del trastorno y su diferenciación de otros trastornos.
- B. En muestras comunitarias, su prevalencia transversal se sitúa entre el 0,0 y el 2,7 %.
- C. La prevalencia a lo largo de la vida se sitúa entre el 5,5 y el 5,9 %.
- D. La disparidad entre la prevalencia transversal y la prevalencia a lo largo de la vida es coherente con la alta tasa de recuperación sintomática descrita en la bibliografía.

7. ¿Cuáles de los siguientes son tres factores de riesgo individuales específicos que influyen en la futura vulnerabilidad de la población adolescente al abuso y la dependencia de sustancias ilegales?

- A. Contextual, ecológico y biológico.
- B. Exposición prenatal, depresión y desarrollo inmaduro del lóbulo frontal.
- C. Formación precoz durante la infancia, vulnerabilidad biológica y ansiedad.
- D. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, ecológico y reducción de la función serotoninérgica.

8. Si bien las investigaciones sugieren efectos positivos para todos los modelos de tratamiento comparados con grupos de control, algunas modalidades de tratamiento psicosocial para el consumo de sustancias en adolescentes han demostrado ser superiores a otras. ¿Cuáles de las siguientes son dos de las modalidades superiores?

- A. Tratamientos basados en la familia y terapia de grupo.
- B. Terapia en grupo y terapia cognitivo-conductual.
- C. Terapia de estímulo de la motivación y terapia de grupo.
- D. Terapia de estímulo de la motivación y terapia cognitivo-conductual.

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- A. La disregulación afectiva y la desinhibición/agresividad del trastorno límite de la personalidad estarían relacionadas con una disfunción en los circuitos frontolímbicos.
- B. El deterioro cognitivo del trastorno esquizotípico de la personalidad estaría relacionado con alteraciones en la función dopaminérgica temporal.
- C. En personas con rasgos psicopáticos y/o conducta antisocial, los datos sugieren la existencia de una alteración del funcionamiento del núcleo amigdalino y de la corteza prefrontal.
- D. La psicopatía es un concepto caracterizado por déficits graves en el procesamiento de las emociones (reducción del sentimiento

de culpabilidad, de la empatía y del apego a las personas importantes para uno mismo; rasgos de crueldad y falta de emotividad) y aumento del riesgo de conducta antisocial.

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la comorbilidad entre trastorno de personalidad y trastorno de ansiedad es falsa?

- A. Algunos trastornos de la personalidad podrían tener significación pronóstica negativa en el curso de los trastornos de ansiedad.
- B. A este respecto se han identificado asociaciones entre el trastorno de la personalidad por evitación y el curso de la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- C. También en este sentido se han descrito asociaciones entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el curso del trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo y la agorafobia.
- D. Por el contrario, el trastorno esquizotípico de la personalidad no parece influir en el curso de ningún trastorno de ansiedad.

RESPUESTAS

1. La respuesta correcta es la C.

Según el estudio de Bateman y Fonagy con seguimiento durante ocho años de pacientes tratados por trastorno límite de la personalidad en el que se comparó el tratamiento basado en la mentalización frente al tratamiento habitual, los pacientes que recibieron tratamiento basado en la mentalización con hospitalización parcial durante 18 meses seguidos de 18 meses de tratamiento de mentalización de mantenimiento en grupo se mantienen en mejor estado que quienes reciben el tratamiento habitual, pero su función social general sigue estando alterada.

2. La respuesta correcta es la A.

Tal y como se describe en el artículo de Westen y colaboradores, los enfoques para una clasificación basada en prototipos, o ejemplares, tienen una larga historia en la ciencia cognitiva y se aplicaron por vez primera al diagnóstico psiquiátrico hace 25 años.

3. La respuesta correcta es la D.

Según se expone en el trabajo de Fowler y Oldham, un metaanálisis reciente de 669 estudios con 83.834 pacientes documentó que la mayor tasa de abandono del tratamiento se daba en pacientes con un trastorno de la personalidad (25,6 %). Mayores tasas de criterios de trastornos de la personalidad también se asocian con un mayor índice de abandono.

4. La respuesta correcta es la B.

Como se describe en el artículo de Fowler y Oldham, la presencia de un trastorno de la personalidad en una situación de depresión mayor duplica el riesgo de malos resultados cuando se compara con los de personas deprimidas sin un trastorno de la personalidad. En un nuevo análisis de los resultados del Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D), los investigadores documentaron que los pacientes sin trastornos comórbidos toleraban mejor los fármacos, tenían tasas más altas de respuesta al tratamiento (51,6 frente a 39,1 %) y mostraban mayores tasas de remisión de los síntomas de depresión (34,4 frente a 24,7 %) que los pacientes con comorbilidad.

5. La respuesta correcta es la D.

Tal y como se describe en el artículo de Fowler y Oldham, los pacientes con trastorno de la personalidad pa-

ranoide suelen verse a sí mismos como débiles e inadecuados frente a otras personas hostiles y peligrosas.

6. La respuesta correcta es la A.

Tal y como se describe en el trabajo de Gunderson y colaboradores, un numeroso conjunto de investigaciones ha validado de manera constante la coherencia interna del trastorno, su diferenciación de otros trastornos y su curso único, su carácter hereditario, su patogénesis y su posibilidad de tratamiento con terapias específicas según el diagnóstico.

7. La respuesta correcta es la D.

Según lo expuesto en el artículo de Gunderson y colaboradores, se ha observado un intervalo de heredabilidad que va del 44 al 60 %, y a la varianza restante contribuyen factores medioambientales individuales específicos. Este nivel de influencia genética supera la heredabilidad de los trastornos de ansiedad y la de la depresión, pero es inferior a la del trastorno afectivo bipolar y a la de la esquizofrenia.

8. La respuesta correcta es la C.

Tal y como se describe en el artículo de Gunderson y colaboradores, aunque los informes iniciales demostraron una efectividad modesta sobre la depresión y la impulsividad mediante inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), metaanálisis más recientes sugieren que sus efectos globales son similares al placebo.

9. La respuesta correcta es la B.

Según se expone en el trabajo de Perez-Rodriguez y colaboradores, el deterioro cognitivo del trastorno esquizotípico de la personalidad puede estar relacionado con alteraciones en la función dopaminérgica prefrontal, mientras que las deficiencias en los sistemas de dopamina en el estriado ventral pueden estar relacionadas con desapego/anhedonia.

10. La respuesta correcta es la B.

Tal y como se describe en el abstract del estudio llevado a cabo por Ansell y colaboradores, se identificaron asociaciones entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y el curso de la fobia social, el trastorno por estrés posttraumático y el trastorno de ansiedad generalizada.

