

UNIVERSITAT JAUME I

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD

EN LA CLÍNICA DEL TRASTORNO DE PÁNICO CON O SIN AGORAFOBIA:

UN ESTUDIO EXPLORATORIO

PRESENTADO POR:

Jorge Javier Osma López

DIRIGIDA POR:

Dra. Cristina Botella Arbona

Dra. Azucena García Palacios

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar este apartado agradeciendo a mis directoras de tesis, la Dra. Cristina Botella Arbona y la Dra. Azucena García Palacios todo el tiempo dedicado al diseño, la planificación, el seguimiento y la supervisión de este trabajo de tesis doctoral y también, el importante aprendizaje que ha significado para mí llevar adelante este trabajo con su inestimable ayuda. Me gustaría resaltar que mi agradecimiento no se limita únicamente a este estudio sino que la hago extensible a todos los proyectos en los que he podido participar y a la formación académica y profesional que he disfrutado en mis años de trabajo en el Servicio de Asistencia Psicológica y en el grupo de investigación. Os agradezco el haberme dado la oportunidad de conocer el apasionante mundo de la psicoterapia, la investigación y la docencia universitaria. Ya no concibo mi vida profesional sin la suma de estas tres disciplinas.

Como en todos los trabajos de investigación, no hubiese sido posible su realización sin la participación y ayuda de otras personas, por lo que agradezco a todos ellos su colaboración desinteresada y su preocupación para que todo saliese bien. Gracias especialmente a los profesionales del Servicio de Asistencia Psicológica de la Jaume I, a los del centro clínico PREVI en Castellón y Valencia y a mis compañeros de CREOS, centro de psicoterapia y formación en Castellón.

Doy las gracias a todos los participantes en este estudio por su gran generosidad ofreciéndose a colaborar sin recibir nada a cambio, con el único beneficio de saber que participan en un intento de incrementar los conocimientos científicos y encontrar respuestas que mitiguen el sufrimiento de otras personas en el futuro.

Gracias a mi familia por su paciencia y apoyo y sus dosis de cariño imprescindibles para motivarme a seguir adelante.

Gracias también a mis amigos por su preocupación, cuidado y ánimo en este largo tiempo de trabajo.

Muchas gracias a todos, me siento enormemente feliz y afortunado.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	1
---------------------	----------

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

I- 1.- TRASTORNO DE PÁNICO	9
1.1.- Introducción	9
1.2.- Trastorno de pánico: Aspectos clínicos	12
1.2.1.- Origen y evolución	12
1.2.2.- Diagnóstico	17
1.2.3.- Diagnóstico diferencial	27
1.2.4.- Epidemiología	30
1.3.- Evaluación del Trastorno de pánico	40
1.4.- Modelos explicativos del Trastorno de pánico	45
1.4.1.- Contribuciones biológicas	45
1.4.2.- Contribuciones sociales	49
1.4.3.- Contribuciones psicológicas	50
1.4.4.- Modelos integradores en el trastorno de pánico	59
I- 2.- PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA	65
2.1.- Introducción	65
2.2.- Concepto y evolución histórica de la personalidad	66
2.3.- Concepto y evolución histórica de la personalidad patológica	82
2.4.- Nuevas propuestas para el DSM-V	93
2.4.1.- DSM-V: Hacia una nueva estructura organizativa	93
2.4.2.- Distinción entre Eje I y Eje II: Trastornos clínicos y personalidad patológica	95
2.4.3.- Modelos categoriales y dimensionales	102
2.4.4.- Modelos integradores	111
2.5.- Evolución de los trastornos de la personalidad en los sistemas de clasificación	117
2.6.- Clasificación de los trastornos de la personalidad	129
2.7.- Evaluación de la personalidad patológica	141

2.7.1. Entrevistas diagnósticas	144
2.7.2. Autoinformes	148
I- 3.- PERSONALIDAD Y TRASTORNO DE PÁNICO	169
3.1.- Introducción	169
3.2.- Prevalencia de los Trastornos de la personalidad en el Trastorno de pánico	173
3.2.1.- Trastorno de pánico y Clusters de personalidad	174
3.2.2.- Trastorno de pánico y Trastornos de personalidad específicos	179
3.3.- Influencia de la personalidad en la clínica del Trastorno de pánico	184
3.3.1. Personalidad y variables clínicas desde un enfoque clínico	185
3.3.2. Personalidad y variables clínicas desde un enfoque de personalidad normal	192
3.3.3.- La inhibición conductual y la sensibilidad a la ansiedad	199
3.4.- Influencia de la personalidad en la respuesta al tratamiento	204
3.5.- Resumen	211

CAPÍTULO II: ESTUDIO EMPÍRICO

II- 1.- Objetivos e hipótesis	217
1.1.- Objetivo general y objetivos específicos	217
1.2.- Hipótesis	218
II- 2.- Material y método	219
2.1.- Muestra	219
2.1.1.- Selección de la muestra	219
2.1.2.- Descripción de la muestra	220
2.2.- Diseño	221
2.3.- Instrumentos	221
2.3.1.- Entrevistas diagnósticas y diagnóstico Multiaxial	222
2.3.2.- Medidas Clínicas	222
2.3.2.- Evaluación de la personalidad	227
2.4.- Procedimiento	230
2.5.- Análisis estadísticos	232
II- 3.- Resultados	235
II- 4.- Discusión	281

II- 5.- Conclusiones	309
II- 6.- Referencias bibliográficas	311
II- 7.- Anexos	376

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Número estimado de personas en población general Europea (18-65 años) afectada por alguna enfermedad mental en los últimos 12 meses (Wittchen y Jacobi, 2005)	2
Tabla 2. Tabla resumen de la evolución del TP hasta su consideración como entidad diagnóstica propia en DSM-III, 1980	17
Tabla 3. Criterios del DSM-IV-TR para ataque de pánico (APA, 2000)	19
Tabla 4. Criterios del DSM-IV-TR para la agorafobia (APA, 2000)	20
Tabla 5. Criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico sin agorafobia (APA, 2000)	20
Tabla 6. Criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico con agorafobia (APA, 2000).	21
Tabla 7. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de pánico (APA, 2000)	21
Tabla 8. Resumen de las áreas importantes de evaluación en el TPA (McCabe, 2001).	44
Tabla 9: Clasificación de los distintos trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR y la CIE-10	118
Tabla 10: Evolución de los TPe en las diferentes versiones del DSM	128
Tabla 11. Criterios diagnósticos generales para un TPe	129
Tabla 12. Ventajas e inconvenientes de los enfoques dimensional y categorial de la personalidad (Moreno y Garrosa, 2004)	142
Tabla 13. Instrumentos de evaluación multiescala de personalidad y personalidad patológica	143
Tabla 14. Autores que ofrecen resultados en sus investigaciones sobre porcentajes de diagnósticos de Eje II en pacientes con TP/ TPA. Medias de cada TPe y de los correspondientes a los Cluster A, B y C	178
Tabla 15. Descripción de las variables sociodemográficas del grupo clínico, control y subclínico así como del total de participantes del estudio	229
Tabla 16. Descripción de los centros de procedencia de la muestra de participantes por cada grupo y su contribución al total	230
Tabla 17. Puntuaciones del ASI y BSI en el grupo control y datos normativos para población no clínica	231
Tabla 18. Descripción del diagnóstico multiaxial realizado por los clínicos	236
Tabla 19: Resultados obtenidos en las medidas clínicas utilizadas en el grupo clínico con TPA	238
Tabla 20. Medias y desviaciones típicas del grupo con TPA y de los datos normativos ofrecidos por el PDSS	238
Tabla 21. Medias y desviaciones típicas obtenidas con el NEO-PI-R para las dimensiones y las facetas de personalidad en la muestra de TPA	240
Tabla 22. Descripción de las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III por los pacientes del grupo con TPA teniendo en cuenta los puntos de corte 75 y 85	242

Tabla 23. Resultados del diagnóstico Eje II por parte de los clínicos y del MCMI-III en la muestra de TPA	243
Tabla 24. Diferencias encontradas en el diagnóstico multiaxial en función del sexo de los pacientes del grupo con TPA	245
Tabla 25. Medias, desviaciones típicas, prueba t y nivel de significación en los factores y facetas del NEO-PI-R según sexo	246
Tabla 26. Medias, desviaciones típicas, prueba t y nivel de significación en los patrones clínicos de personalidad del inventario MCMI-III según sexo	248
Tabla 27. Medias, desviaciones típicas, prueba t y nivel de significación en las medidas clínicas entre varones y mujeres	249
Tabla 28. Descripción del diagnóstico multiaxial en función de la edad de inicio del problema de ansiedad	252
Tabla 29. Medias, desviaciones típicas, prueba t y grado de significación en el NEO-PI-R según edad de inicio del problema	254
Tabla 30. Medias, desviaciones típicas, prueba t y grado de significación del MCMI-III en función de la edad de inicio del problema	256
Tabla 31. Medias, desviaciones típicas, prueba t y grado de significación en las medidas clínicas en función de la edad de inicio del problema	257
Tabla 32. Medias y desviaciones típicas de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R en los diferentes grupos del estudio	259
Tabla 33. Número y porcentaje de patrones clínicos de personalidad y patología grave de personalidad (rasgos y trastornos) según el MCMI-III en el grupo control, subclínico y TPA	262
Tabla 34. Medias y desviaciones típicas por grupos en el MCMI-III en los diferentes grupos del estudio	265
Tabla 35. Comparación de dimensiones de personalidad entre los grupos control, subclínico y TPA mediante el NEO-PI-R (ANOVA)	267
Tabla 36. Comparación de características de personalidad entre los grupos control, subclínico y TPA mediante el MCMI-III (ANOVA)	268
Tabla 37. Diferencia de medias, nivel de significación y límites inferior y superior en las dimensiones y facetas del NEOPI-R entre el grupo TPA y los grupos control y subclínico	270
Tabla 38. Diferencia de medias, nivel de significación y límites inferior y superior en los patrones clínicos de personalidad del MCMI-III entre el grupo TPA y los grupos control y subclínico	271
Tabla 39. Valor r y grado de significación en las correlaciones entre dimensiones y facetas del NEO-PI-R y medidas clínicas relevantes para el TPA	275
Tabla 40. Valor r y grado de significación en las correlaciones entre los patrones clínicos de personalidad del MCMI-III y medidas clínicas relevantes para el TPA	278
Tabla 41. Aspectos clínicos del TPA y los predictores de personalidad obtenidos mediante el análisis de regresión stepwise	280

FIGURAS

Figura 1. Modelo cognitivo de Clark y Salkovskis (1987)	52
Figura 2. Modelo integral de Barlow (adaptado por Barlow y Durand, 2003)	62
Figura 3. Modelo integrador cognitivo para los ataques de pánico de Casey, Oei y Newcombe (2004)	63
Figura 4. Modelo integrador de la personalidad patológica de Pukrop	114
Figura 5. Modelo integrador de la personalidad de Pukrop. Población normal	114
Figura 6. Patrones de personalidad de afrontamiento del Modelo de Millon(1969)	161
Figura 7. Resultados obtenidos en las dimensiones de personalidad mediante el NEO-PI-R en los grupos clínico, subclínico y control	260
Figura 8. Distribución de los TPe encontrados en los grupos TPA, subclínico y control según resultados obtenidos en el MCMI-III	263
Figura 9. Distribución de los patrones clínicos de personalidad según resultados obtenidos en el MCMI-III en los grupos TPA, subclínico y control	264

PRESENTACIÓN

El Estudio del *National Comorbidity Survey* (NCS) llevado a cabo en los Estados Unidos desde el año 1980 al 2003 informa que la prevalencia de los trastornos mentales no ha variado de manera importante, situándose el porcentaje en 1980 en un 29.4% y en 2003 en un 30.5% respectivamente (Kessler et al., 2005). A nivel Europeo se estima que más del 27% de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún momento de su vida. En la Unión Europea (UE), las formas más comunes son los trastornos de ansiedad y la depresión (Wittchen y Jacobi, 2005). En la Tabla 1 podemos observar los trastornos mentales más diagnosticados en los países miembros durante el año 2004. Destacamos, especialmente, el porcentaje obtenido en el trastorno objeto de estudio en el presente trabajo de investigación, el Trastorno de Pánico (TP) con un 1.8 % y la Agorafobia (AG) con un 1.3% (Wittchen y Jacobi, 2005). Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) estima que la prevalencia del Trastorno de Pánico con Agorafobia (TPA) se sitúa entre el 1.5 y el 3.5%, con una prevalencia anual entre el 0.5 y el 1.5 % (APA, 2000). Por su parte, el NCS informa de una prevalencia del 3.5% para el TP (Kessler et al., 1994), del 6.7% para el TPA (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler, 1996) y del 5.3% para la AG (Kessler et al., 1994). Existen estudios que demuestran que un 10% de la población experimenta Ataques de Pánico (AP) de forma ocasional (Margraf, Barlow, Clark y Telch, 1993).

El estudio epidemiológico sobre la prevalencia del TP y la AG en Europa desde los años 1990 hasta el 2004 publicado por Goodwin et al. 2005 ofrece datos muy similares a los estudios anteriormente comentados. La prevalencia del TP se sitúa en el 1.8% de la población adulta entre los 18 y 65 años. La AG obtendría una prevalencia del 1.3%. Los porcentajes arrojan una cifra sorprendente sobre el número de personas que padecen un TP o AG en Europa estimando que entre 4.3 y 5.3 millones de adultos Europeos sufre TP y entre 3.3 y 4.7 millones AG sin TP. El diagnóstico de TP es consistentemente más común en mujeres (3.0%) comparado con los hombres (1.7%), en cuanto a la AG las diferencias son mayores (3:1). La mayoría de los casos de TP en la comunidad aparecen antes de los 25 años de edad, los estudios no ofrecen resultados claros con respecto a la edad de inicio de la AG.

Tabla 1. Número estimado de personas en población general europea (18-65 años) afectada por alguna enfermedad mental en los últimos 12 meses (Wittchen y Jacobi, 2005).

Diagnóstico (DSM-IV)	12-meses (%)	12-meses (millón)
Dependencia alcohólica	2.4	7.2
Dependencia sustancias prohibidas	0.7	2.0
Trastornos Psicóticos	1.2	3.7
Depresión Mayor	6.1	18.4
Trastorno Bipolar	0.8	2.4
Trastorno de Pánico	1.8	5.3
Agorafobia	1.3	4.0
Fobia Social	2.2	6.7
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	2.0	5.9
Fobias Específicas	6.1	18.5
Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)	0.9	2.7
Trastornos Somatoformes	6.3	18.9
Trastornos Alimentarios	0.4	1.2
Otros Trastornos Mentales	27.4	82.7

Como podemos observar, la prevalencia de trastornos mentales en la UE es elevada y, los trastornos de ansiedad, obtienen los mayores porcentajes junto con los trastornos del estado de ánimo. Las implicaciones de estos datos son de diversa índole:

- A. En primer lugar, las enfermedades mentales ocasionan a la UE unos **costes** que se estiman en el 3% - 4% del PIB, sobre todo debido a la pérdida de productividad (*Estimation by Iterative Learning Observer, ILO*).
- B. En segundo lugar, el Estudio Epidemiológico Europeo sobre Trastornos Mentales (*The ESEMeD/MHEDEA, 2000 investigators, 2004a*) llevado a cabo en seis países (España, Italia, Francia, Bélgica, Alemania y Holanda) y publicado en 2004, indicó que el 9.8% de los europeos mayores de 18 años había consumido ansiolíticos en el último año. El TP genera un **mayor consumo de ansiolíticos**: el 52,5% de las personas que habían sido diagnosticadas de un trastorno de pánico habían consumido algún tipo de psicofármaco en el último año. La tasa de tranquilizantes consumidos en España viene aumentando en torno al 7% cada año. En España se consumieron 36,3 millones de envases de tranquilizantes en el año 2002, según los datos de la receta médica oficial de la Dirección General de Farmacia. En la Encuesta Nacional de Salud del año 2003 (publicada en 2005), se encontró que el 12,8% de los españoles mayores de 16 años había consumido tranquilizantes en las dos últimas semanas. El consumo es casi el

doble en mujeres (16,2%) que en varones (8,3%) y se incrementa notablemente y de manera constante con la edad, especialmente a partir de los 35 años.

- C. En tercer lugar, la **elevada tasa de utilización de los servicios médicos** por parte de los pacientes con trastornos de ansiedad, incluyendo los pacientes con TP, es algo frecuentemente documentado (Marsland, Wood y Mayo, 1976; Wells, Goldberg, Brook y Leake, 1986; Greenberg et al., 1999; Simon, Ormel, Von Korff y Barlow, 1995; Rendu, Moran, Patel, Knapp y Mann, 2002). De acuerdo con el NCS, los pacientes con TP comunican, no sólo un mayor número de visitas a los servicios de salud mental sino también mayor utilización de especialistas como cardiólogos, neurólogos y médicos de familia (Leon, Olfson y Portera, 1997). Estos autores estimaron la media del coste de un episodio de TP en \$3,393. En el estudio de Carulla, Segui, Fernández-Cano y Canet (1995) se estimaron los costes directos sobre el sistema de salud (visitas médicas, hospitalizaciones, tratamientos, medicaciones, etc.) y los costes indirectos (disminución en la productividad laboral) derivados de la presencia de un TPA, durante el año previo a que dicho trastorno fuera diagnosticado, y calcularon que cada paciente costaba alrededor de 478 dólares al sistema de salud y que su productividad laboral se reducía en 1076 dólares como consecuencia de su enfermedad. Rees, Richards y Smith, (1998), manifiestan que las personas con TPA utilizan los servicios de salud en mayor medida que las personas con otros trastornos de ansiedad. Roy-Byrne et al., 1999) encontraron que los pacientes en los centros de salud diagnosticados de TP obtenían mayores porcentajes de visitas a los médicos y salas de urgencias comparados con el resto de pacientes sin diagnóstico psicológico.

En resumen, podemos decir que los trastornos mentales suponen un importante incremento del absentismo laboral y la consecuente pérdida de productividad, a esto se añade un elevado coste para los sistemas sanitarios, tanto por el consumo de psicofármacos como por las continuas visitas a los diversos especialistas médicos.

A continuación nos gustaría centrarnos en las consecuencias psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico de TP o TPA en los pacientes. Los psicólogos clínicos conocemos el malestar y las limitaciones que los pacientes con TP experimentan debido a los síntomas físicos, cognitivos y conductuales propios del

trastorno. El TP está asociado con deterioro en el ámbito laboral como ya hemos comentado pero también con deterioro en actividades de tiempo libre y en el funcionamiento social (Faravelli, Guerrini, Degl'Innocenti y Giardinelli, 1989; Vollrath, Koch y Angst, 1990; Antony, Roth, Swinson, Huta y Devins, 1998; Wittchen, Nelson y Lachner, 1998; Barsky, Delamater y Orav, 1999; Ettigi, Meyerhoff, Chirban, Jacobs y Wilson, 1997; Hoffart, 1997; Hollifield et al., 1997; Katerndahl y Realini, 1997; *The ESEMeD/MHEDEA, 2000 investigators*, 2004c; Demyttenaere et al., 2004; Goodwin et al., 2005).

Muchas investigaciones se han centrado en el impacto y limitaciones del TP en la calidad de vida de las personas que lo padecen. Los resultados revelan que el TP se asocia con un significativo deterioro en la calidad de vida, comparado con aquellos pacientes que sufren depresión mayor (Candilis, et al., 1999). Aproximadamente un tercio de pacientes con TP indican una pobre salud emocional y física (Massion, Warshaw y Keller, 1993). Además del sufrimiento emocional y de salud, el TP a menudo contribuye a desarrollar un deterioro significativo en el funcionamiento ocupacional. Por Ejemplo, Massion, Warshaw y Keller (1993) encontraron que existía un porcentaje de desempleo cuatro veces mayor (comparado con el porcentaje nacional) en pacientes con TP y un aumento del porcentaje de dependencia financiera.

El diagnóstico de TP también puede afectar al funcionamiento social. El trabajo de Chambless y sus colegas sugiere que los pacientes que sufren TPA son más dependientes y menos asertivos, y, por tanto, poco eficaces en resolver los conflictos interpersonales (Chambless, Hunter y Jackson, 1982; Goldstein y Chambless, 1978). Como consecuencia, se ha sugerido que el TPA se asocia con mayor frecuencia a problemas conyugales (Hafner y Minge, 1989).

Con respecto al riesgo de suicidio en pacientes con TP, podemos mencionar estudios como el de Weissman Klerman, Markowitz y Oullette (1989) que mencionan que el 20% de los pacientes con TP han intentado suicidarse en algún momento de sus vidas (Coryell, 1988; Weissman et al., 1989; Johnson, Weissman y Klerman, 1990; Lepine, Chignon y Teherani, 1993). Otros investigadores alarmados por estos datos realizaron estudios sin obtener datos que relacionaran el riesgo de suicidio con el diagnóstico de TP (Friedman, Jones, Chernen y Barlow, 1992; Beck, Steer, Sanderson y Skeie, 1991). Por otra parte, investigadores como Allgulander y Lavori

(1991) examinaron alrededor de 3.000 pacientes en Suecia con “neurosis de ansiedad pura” (sin comorbilidad depresiva u otros diagnósticos) y concluyeron que el riesgo de suicidio en estos pacientes era mayor que en aquellos diagnosticados de depresión. Finalmente, hacemos mención de algunos estudios que relacionan el aumento del riesgo de suicidio en pacientes con TP con la existencia de comorbilidad con trastornos emocionales o el abuso de sustancias (Beck et al., 1991; Norton, Rockman, Luy, and Marion, 1993; Horning and McNally, 1995).

Estudios prospectivos han demostrado que el curso del TP, especialmente cuando se acompaña de AG, es generalmente crónico y se caracteriza por frecuentes recaídas seguidas de periodos de remisión (Faravelli y Paionni, 2001; Bruce, et al., 2005). Durante 8 años, el Programa de Investigación en Ansiedad de Harvard (HARP) ha realizado entrevistas de manera continua a pacientes diagnosticados de TP, con o sin agorafobia, que recibían tratamiento en distintos lugares. Los resultados revelan que la duración del trastorno antes de acudir a consulta fue de más de 10 años (Keller, et al., 1994). Además, el estudio HARP demostró que los pacientes son tratados en mayor medida mediante tratamientos farmacológicos y pocos pacientes reciben terapia cognitivo-comportamental (Goisman et al., 1993), a pesar de haber demostrado su eficacia (Clark et al., 1994). Roy-Byrne y Cowley (1994-1995) revisaron 16 estudios controlados de terapia farmacológica donde examinaron el estado de los pacientes con TP desde el primer año hasta el seguimiento a los siete años después del tratamiento. En general, la presencia de agorafobia, depresión mayor y trastornos de la personalidad (Tpe) en el inicio del trastorno se asoció con un peor pronóstico. En estudios longitudinales con pacientes diagnosticados de TP se pone de manifiesto que, entre el 17 y el 70% de pacientes todavía experimentan ataques de pánico y entre el 36 y el 82% presentan evitación fóbica en el seguimiento (Katschnig y Amering, 1998).

En resumen, podemos decir que el elevado porcentaje de personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad y concretamente con TP en la UE, el gran sufrimiento y deterioro que puede conllevar esta patología, el absentismo laboral y la consecuente pérdida de productividad, junto con el elevado coste para los sistemas sanitarios, ha llevado a los responsables de determinar el futuro de las políticas europeas en materia de salud, a los profesionales sanitarios y a otras partes interesadas a buscar soluciones; la ocasión más reciente la tuvieron en enero

de 2005, en el marco de la Conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental (*WHO European Region, 2005*).

Todas las conclusiones apuntan a la prioridad en proporcionar a las personas con enfermedades mentales una asistencia y unos **tratamientos eficaces, de calidad y accesibles**. Para poder alcanzar estos objetivos se han financiado diversos proyectos de investigación europeos, los llamados “Programas Marco”, que han sido y continúan siendo una fuente importante de financiación para la investigación europea en el campo de la salud mental (p. ej. *Fifth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities, 1998 to 2002*).

Los resultados del *National Comorbidity Survey* del 2003 ponen de manifiesto que a pesar de que no haya variado el porcentaje de personas que sufren trastornos mentales, sí ha variado de manera importante el número de personas que teniendo diagnosticada una enfermedad mental reciben tratamiento para la misma. Los porcentajes obtenidos entre 1990 y 1992 fueron de 20.3 mientras que los obtenidos entre 2001 y 2003 fueron de 32.9 (Kessler et al., 2005). A pesar de estos resultados, muchos pacientes con un trastorno mental no están recibiendo en la actualidad un tratamiento adecuado (Kessler, et al., 2005). Kessler et al (2005) nos anima a continuar dedicando esfuerzos en obtener resultados sobre la efectividad de los tratamientos con el objetivo de incrementar la difusión y el uso de tratamientos eficaces.

Los programas cognitivo-comportamentales diseñados para el tratamiento del TP han resultado efectivos en un porcentaje del 80% de pacientes y han logrado mejores resultados que los tratamientos farmacológicos manteniéndose los beneficios a más largo plazo (Clum, 1989; Michelson y Marchione, 1991; Clum, Clum y Surls, 1993; Gould, Otto y Pollack, 1995). Hoy en día disponemos de manuales que recogen tratamientos empíricamente validados para diversos trastornos mentales incluido el TP (Barlow y Cerny, 1988; Barlow y Craske, 1994; Clark, 1989; Salkovskis y Clark, 1991), además, se someten a prueba nuevos programas de intervención que reducen el binomio coste-beneficio terapéutico (p.ej. Botella y Garcia-Palacios, 1999) y se investiga en la aplicación de nuevas herramientas terapéuticas que en ocasiones incluyen las nuevas tecnologías con resultados cada vez más optimistas (Botella et al., 2007).

Aunque pueda parecer que tenemos todo el conocimiento que necesitamos con respecto al TP y que ya hemos encontrado los tratamientos más eficaces, todavía existen muchas preguntas sin respuesta y un gran deseo por encontrarlas por medio de la investigación rigurosa. Algunas de estas preguntas podrían ser por Ejemplo: ¿Qué variables se relacionan con el inicio del TP?, ¿Qué variables influyen en la no adherencia al tratamiento de algunos pacientes?, ¿Por qué algunos pacientes sufren más recaídas o no evolucionan satisfactoriamente después del tratamiento?, ¿A qué se debe el alto grado de comorbilidad en el Eje I y II en pacientes con TP?, ¿Cómo podríamos prevenir la aparición de los trastornos de ansiedad?, etc.

Fruto de estas y otras incógnitas, han surgido en los últimos años algunas líneas de investigación relacionadas con el TP que han acaparado el interés de algunos investigadores entre los que nos encontramos y por lo que se ha desarrollado este trabajo de investigación:

1.- El interés por la evaluación de las características de personalidad relacionadas con los pacientes con TP (con o sin AG). El interés se centra en descubrir si existen perfiles característicos de estos pacientes y en identificar, por tanto, factores de vulnerabilidad que aumenten la probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos de ansiedad e influyan en su peor pronóstico de éxito terapéutico.

2.- Si se detectan aspectos de vulnerabilidad que estén afectando al desarrollo de trastornos de ansiedad y a su evolución, sería interesante su análisis para mejorar los tratamientos actuales incorporando aspectos que reduzcan esta vulnerabilidad (Faravelli y Albanesi, 1987; Mavissakalian, 1990; Noyes, Reich, Christiansen, Suelzer, Pfohl y Coryell, 1990; Brown, Antony y Barlow, 1995; Cox, Enns, Walker, Kjemisted y Pidlubny, 2001; Massion, Dyck, Shea, Phillips, Warshaw y Keller, 2002; Berger, Sachs, Amering, Holzinger, Bankier y Katschnig, 2004; Bruce et al., 2005; Van Den Hout, Brouwers y Oomen, 2006).

3.- Asimismo, el interés se centra también en el desarrollo de propuestas de prevención que eviten o mitiguen el desarrollo de trastornos de ansiedad en población infantil y juvenil. La salud mental está muy determinada por los primeros años de vida, de ahí que su promoción en la infancia y la adolescencia sea una inversión de futuro. Las intervenciones desde el área educativa son muy importantes, según la Comisión Europea, para incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la

depresión. Algunos proyectos de la Unión Europea ya están trabajando en esta línea de investigación, destacamos dos proyectos el *Mental Health Promotion of Adolescents and Young People*, 2000-2001 y el *Mental Health Promotion of Children up to 6 years of Age*, 1997-1999. El objetivo de estos proyectos es desarrollar entornos y éticas escolares favorables y recursos sobre salud mental dirigidos a estudiantes, padres y profesores.

Esta tesis doctoral constituye un estudio en el que se investiga la relación entre la personalidad y el TP. Nos interesa analizar las características de personalidad de personas que sufren TP desde una perspectiva de personalidad normal dimensional y, una perspectiva clínica y determinar qué perspectiva resulta más clarificadora respecto a la clínica del TP. También nos interesa investigar si las características de personalidad encontradas en el TP aparecen también en personas que tienen con elevada sensibilidad a la ansiedad pero que no presentan un trastorno de ansiedad ni ningún otro trastorno mental.

El contenido de este trabajo de tesis doctoral se distribuye en dos grandes capítulos. Uno dedicado al **marco teórico**, en el que expondremos, en primer lugar, los aspectos clínicos del trastorno de pánico, centrándonos en la conceptualización, evaluación, diagnóstico, y epidemiología del trastorno. En segundo lugar, abordaremos aspectos relacionados con la personalidad y la psicopatología como son la conceptualización y evolución de la personalidad normal y patológica, las perspectivas de categorización y clasificación de la personalidad y su evolución histórica o la descripción de las medidas de evaluación de la personalidad patológica. En tercer lugar, nos centraremos en la relación entre la personalidad y el TP, en la influencia de la personalidad en la clínica del TP así como su influencia en la respuesta al tratamiento. El otro capítulo se dedicará al **estudio empírico**, en el que plantaremos los objetivos e hipótesis del estudio experimental que hemos realizado. Describiremos el procedimiento seguido, los resultados que hemos obtenido y, por último, la discusión sobre los mismos y las conclusiones que se derivan de este trabajo.

I-1. TRASTORNO DE PÁNICO

1.1.- Introducción

Suena el teléfono en la consulta, al otro lado de la línea telefónica una mujer con voz entrecortada y nerviosa explica que su marido está muy preocupado y dice que se va a morir. María, la mujer de Pedro, cuenta que *“estábamos a punto de acostarnos y de repente Pedro comenzó a quejarse del calor sofocante y de falta de aire, decía que no podía respirar y que se iba a ahogar. Corrió hacia la ventana, que permanecía abierta, pero no corría aire y se movía de un lado a otro de la habitación de manera descontrolada. Yo le pedía que se tranquilizara pero era imposible, no me oía, jamás había visto a mi marido así”*. Tras unos minutos horribles, Pedro se calmó y decidieron ir a urgencias donde le dieron medicación y le dijeron que consultara con un psicólogo ya que sus síntomas no se debían a algo físico sino que eran provocados por la ansiedad. Cuando Pedro se puso al teléfono y contó lo que había sentido, entre lágrimas, pedía ayuda porque le aterrorizaba volver a la cama, temía que la asfixia volviera a aparecer y se ahogara. Tal era su temor, que al salir de urgencias estuvieron dando vueltas al hospital durante 30 minutos porque sentía pánico de volver a casa y alejarse del hospital.

Seguramente esta historia, una de las muchas que podríamos describir, no les resulte extraña a psicólogos clínicos y psiquiatras que la lean, forma parte de nuestra labor profesional diaria y es, hasta cierto punto, frecuente. De hecho, como comentábamos en el apartado anterior y solo a nivel Europeo, el TP afectó durante el año 2004 al 1.8% de los Europeos de entre 18 a 65 años y la Agorafobia al 1.3% (Wittchen y Jacobi, 2005). A partir de diversos estudios elaborados en todo el mundo, el DSM-IV estima que la prevalencia del TPA se sitúa en el 1.5 y el 3.5%, con una prevalencia anual entre 0.5 y el 1.5% (APA, 2000).

A pesar de su prevalencia entre la población, seguimos desconociendo el correcto significado de términos relacionados con el miedo, la ansiedad o el pánico. Expresiones como “estoy nervioso”, “tengo ansiedad” o “me da pánico decírselo”, se utilizan con frecuencia en conversaciones cotidianas, sin profundizar en su verdadero significado. Este hecho puede crear confusiones y por ello nuestro primer objetivo es delimitar claramente a qué nos referimos cuando hablamos de miedo,

pánico, ansiedad, angustia, ataque de pánico o crisis de angustia, trastorno de pánico y agorafobia. No nos detendremos con detalle en estas descripciones dado que en el siguiente punto abordaremos con mayor profundidad los aspectos clínicos del trastorno que nos ocupa.

Cuando hablamos de miedo, nos referimos a una respuesta emocional inherente a la especie humana que aparece como consecuencia de una situación de peligro o amenaza. Su carácter instintivo y automático ha permitido la supervivencia de nuestra especie en un entorno hostil. Cuando hablamos de la respuesta de miedo, nos referimos a la activación de una señal de alarma en nuestro organismo ante una situación de peligro o amenaza real y en el presente inmediato. Los griegos adoraban a los dioses Deimos (Temor) y Fobos (Miedo). En la mitología romana, que es una adaptación de la griega, también aparece el culto a los dioses, Palor (Temor) y Pavor (Miedo), a quienes atribuían, según Tito Livio, la causa de sus derrotas militares (Mannoni, 1982).

Para explicar el concepto de **pánico** nos remitiremos a la mitología griega donde se cuenta que Pan, Hijo de Hermes y hermano adoptivo de Zeus, se dedicaba a llevar a pastar rebaños de animales por la Arcadia. Ayudaba a los cazadores y participaba en las orgías campestres. Sin embargo, tenía cola y patas de cabra, cuernos y barba. Era tan feo, que, según la leyenda, su madre huyó despavorida cuando lo vio nacer. Una de las costumbres de este dios era hacer la siesta. Cuando alguien se atrevía a perturbar su sueño Pan se encolerizaba de tal manera, que ahuyentaba a los humanos con su horrible presencia, emitiendo un grito escalofriante y estridente, haciendo experimentar a quien le oía un inmenso temor que le hacía erizar los cabellos. De aquí viene el *terror pánico*, que sería un miedo agudo y de gran intensidad provocado por este dios. En la Biblia también encontramos un fenómeno que tiene que ver con el pánico. Se refiere a una estrategia militar utilizada en la antigüedad. Gedeón fue uno de los que la utilizaron. Su ejército irrumpió en mitad de la noche, por sorpresa, en el campamento enemigo haciendo sonar trompetas y rompiendo jarros. El gran estruendo hizo que los enemigos huyeran despavoridos, llorando y gritando, presos de un gran miedo.

El pánico se caracterizaría por la interpretación catastrófica de síntomas físicos que pueden aparecer en el organismo por múltiples factores, tanto externos (estrés laboral) como internos (exceso de cafeína). La interpretación catastrófica de

los síntomas hace que la persona crea firmemente que puede estar experimentando desde un ataque al corazón a un infarto cerebral y, por tanto, puede morir. Como podemos observar, en el miedo, a pesar de que también se experimentan síntomas físicos desagradables, tienen una función de protección ante un peligro real y en el presente.

La ansiedad se define como “una anticipación aprensiva ante un peligro futuro que viene acompañada de sentimientos de disforia o síntomas somáticos de tensión” (*American Psychiatric Association*, 2000, p. 820). A pesar de la relación estrecha entre el miedo y la ansiedad, existen autores que argumentan que el temor y la ansiedad son distintas (Antony y Barlow, 1996). La ansiedad se centra en la anticipación, en acontecimientos que no han ocurrido todavía que ya se perciben como incontrolables, impredecibles y potencialmente peligrosos. Esta anticipación es la que provoca la preocupación y el afecto negativo. Por el contrario, el miedo se centra en la situación presente y representa una reacción de alarma ante la percepción de amenaza en el ambiente inmediato. Lang (1971) conceptualizó los estados relacionados con el miedo y la ansiedad como respuestas en tres distintos sistemas:

- (1) Respuesta **cognitiva**, incluye la anticipación de acontecimientos negativos, el procesamiento de la información y creencias ansiosas.
- (2) Respuesta **comportamental**, incluye, conductas de evitación, rituales compulsivos y otras conductas que funcionan para incrementar la percepción de seguridad.
- (3) Respuesta **fisiológica** incluye una variedad de reacciones relacionadas con el aumento del arousal autonómico como por Ejemplo, mareo, incremento de la tasa cardiaca, de la respiración y de la sudoración.

La angustia. En la literatura anglosajona encontramos una inclinación por la utilización del *pánico* o *trastorno de pánico*. Sin embargo, en la tradición psiquiátrica española se ha utilizado más el término *angustia* o *trastorno de angustia* para hacer referencia al mismo trastorno. Tanto el término *ansiedad* como *angustia* derivan de la misma raíz indogermánica, *angh*, que significa malestar, estrechez o constricción. Posteriormente, la influencia latina separó la *anxietas* del *angor*, distinción que recogió la psiquiatría francesa, diferenciando entre *anxiété*, referida a un malestar

anímico o del espíritu, y la *angoisse*, referido a constricción epigástrica con dificultades respiratorias e inquietud. Por su parte, la tradición psiquiátrica española adoptó también la distinción entre *ansiedad*, en la que predomina un componente psíquico, y *angustia*, en la que predomina un componente somático (Sandín y Chorot, 1995).

Crisis de angustia o ataque de pánico (AP). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2000), el AP se caracteriza por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de al menos cuatro de los siguientes 13 síntomas físicos y cognitivos: (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, (2) sudoración, (3) temblores o sacudidas, (4) sensación de ahogo o falta de aliento, (5) sensación de atragantarse, (6) opresión o malestar torácico, (7) náuseas o molestias abdominales, (8) inestabilidad, mareo o desmayo, (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), (10) miedo a perder el control o volverse loco, (11) miedo a morir, (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) y (13) escalofríos o sofocos. La aparición de estos se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

La Agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde puede no haber ayuda disponible en caso de sufrir un AP. Debido a ello, esas situaciones se evitan o se soportan con un gran malestar.

1.2.- Trastorno de pánico: Aspectos clínicos

1.2.1.- Origen y evolución

El trastorno de pánico (TP) no es una nueva forma de experiencia humana. Lo que es más reciente es su reconocimiento como entidad diagnóstica propia. El TP fue oficialmente reconocido como una categoría psiquiátrica diferente sólo en 1980 aunque las autoridades médicas reconocieron y describieron los AP mucho tiempo antes.

A finales del siglo XIX y principios del XX aparecen descripciones y distintas denominaciones muy similares a lo que hoy entendemos como el trastorno de pánico.

Da Costa, en 1871 describió un síndrome observado en 300 soldados de la guerra civil norteamericana. La sintomatología que presentaban estos pacientes consistía en mareos, palpitaciones y otros síntomas autonómicos sin que existiera una causa clara que pudiera explicarlos. Da Costa denominó a esta alteración “Corazón irritable”. También se conoce como “Síndrome Da Costa”.

Lewis (1917), en la misma línea, denominó “Síndrome de esfuerzo” a una alteración observada en soldados de la Primera Guerra Mundial. Este síndrome, según Lewis, se desarrollaba debido al esfuerzo físico que suponía el combate militar. Observó que se producía en soldados que tenían una constitución débil, tanto física como psicológica, o en personas que sufrían de un agotamiento extremo debido a la tensión que supone el combate militar. La posible causa que apunta Lewis es la acidosis sanguínea producida por cambios en el CO₂. Es importante la aportación de este autor, por una parte, al señalar factores de estrés relacionados con el síndrome (que como veremos se ha convertido en un punto importante en la investigación sobre el TP); y, por otra parte, por la supuesta etiología del mismo, que llegará a constituir uno de los modelos que intentan explicar el TP.

También hay que señalar los estudios epidemiológicos de Oppenheim (1918) y de Cohen y White en los años 40 y 50 (Cohen y White, 1950). Estos autores denominan al síndrome “astenia neurocirculatoria”, y señalan otras denominaciones para nombrar al mismo síndrome que encuentran en la literatura: astenia vasorreguladora, taquicardia nerviosa, neurosis vasomotora, agotamiento nervioso.

Fuera de las concepciones cardiológicas y en el ámbito de la psicología y la psiquiatría encontramos la conceptualización de Westphal (1871). Este autor acuñó el término “agorafobia” describiéndolo principalmente como “la ansiedad desencadenada por los espacios abiertos”. Westphal concebía la agorafobia como un estado de ansiedad (palpitaciones, sensaciones de calor, rubor y temblores) que se daba en situaciones muy concretas (espacios amplios en los que se concentraba mucha gente). La ansiedad disminuía si la persona estaba acompañada, llevaba consigo un bastón o paraguas, o hacía uso del alcohol. Westphal también observó en estos pacientes ansiedad anticipatoria y miedo a la muerte. Como vemos, este

autor centró la importancia de este desorden, no en el estado de ansiedad, sino en el carácter situacional del trastorno. Un año antes, Benedikt (1870) había descrito el mismo síndrome, pero haciendo referencia principal al mareo, más que a la ansiedad. Además creía que el mareo estaba causado por una alteración de los músculos oculares. El término que utilizó para denominarlo fue *Platzschwindel* (mareo en los lugares públicos) (Mathews, Gelder y Johnston, 1981). La conceptualización de Benedick (1870), aunque no ha gozado de reconocimiento, cobra en los últimos tiempos bastante importancia, ya que se centra en la evitación debida a experimentar un síntoma, el mareo. Esta idea se aproxima más a la conceptualización de este trastorno enfatizando el miedo a los síntomas (Barlow, 1988a), conceptualización que rige en algunos de los actuales planteamientos teóricos sobre el TP. El énfasis en un aspecto u otro del mismo ha continuado hasta nuestros días. Es decir, algunos autores señalan como predominante el carácter situacional, y otros, el carácter del miedo a los síntomas.

Otro autor importante en la evolución de la conceptualización del TP fue Freud. En 1894 describió la “neurosis de angustia” que se refería a un estado de ansiedad que cursaba con irritabilidad e hipersensibilidad auditiva, y cuyo síntoma principal era la “expectación ansiosa”. Este estado podía irrumpir en la conciencia y llegar a provocar “ataques de ansiedad”, que consistían en alteraciones del ritmo cardíaco, la respiración, vértigo, etc. Este síndrome estaba causado, según Freud, por la represión de la activación sexual. Freud hace una magnífica descripción de los ataques de ansiedad en el caso Catalina (Breuer y Freud, 1961), una joven de 18 años que experimentaba, de forma repentina, ahogos, mareos, miedo a desmayarse y a morir. La causa de estas crisis era la represión de pensamientos y deseos dolorosos al haber sufrido abusos sexuales por parte de su tío a los 14 años. Asimismo, Freud describe el desarrollo de la agorafobia: *“En el caso de la agorafobia, (...) encontramos a menudo el recuerdo de un ataque de ansiedad; y lo que el paciente realmente teme es la ocurrencia de ese ataque en determinadas circunstancias en las que cree que no puede escapar del ataque de ansiedad”* (Freud, 1894; en Strachey, 1962). La conceptualización de Freud supone un continuo dentro de la neurosis de angustia desde la “expectación ansiosa” hasta los “ataques de ansiedad”, siendo las diferencias entre ambas meramente cuantitativas.

Esta visión de los estados de ansiedad dentro de las “neurosis de angustia”, caracterizadas por la misma sintomatología, la angustia, y una misma etiología, la psicógena (Ayuso, 1988) fue aceptada y seguida sin discusión hasta mitad de nuestro siglo. Desde esta perspectiva, la diferencia entre las distintas manifestaciones de la ansiedad es pues, cuantitativa, estableciéndose un continuo cuyo extremo serían las crisis de ansiedad. Sin embargo, no todos los autores creían que las diferencias eran sólo cuantitativas. Veremos como a partir de la idea del carácter cualitativamente distinto de las crisis de angustia surgen nuevas conceptualizaciones que tendrán una enorme influencia en cómo se clasifica y se entiende actualmente el TP.

Dentro de esta línea, encontramos a Roth (1959, 1960), que distingue un síndrome, con entidad propia, dentro de la neurosis de ansiedad. Es lo que llama el “síndrome de despersonalización fóbico-ansioso”. Este autor propone que los pacientes con neurosis de angustia que presentan despersonalización padecen un síndrome cualitativamente distinto que aparece después de la exposición a un estrés severo. Harper y Roth (1962) describen similitudes entre este síndrome y la epilepsia del lóbulo temporal. Esta conceptualización no tuvo mucho eco entre los estudiosos del TP, que pensaban que lo que describía este autor no era otra cosa que la agorafobia (Mathews, Gelder y Johnston, 1981). Aunque quizás, bajo nuestro punto de vista, también tiene puntos de contacto con lo que actualmente se conoce como el trastorno por estrés postraumático.

Sin embargo, todo cambia radicalmente en la década de los sesenta con los estudios de Klein (1964) sobre la imipramina o lo que se ha venido a llamar “disección farmacológica”. La hipótesis que este autor se planteó era que esta droga podía beneficiar a los esquizofrénicos cuyos síntomas psicóticos parecían estar muy relacionados con ansiedad elevada. Para ello se basaba en los buenos resultados en psicóticos de la clorpromacina, de la cual se había obtenido la imipramina. Sin embargo, la hipótesis no se cumplió, la imipramina no tuvo ningún efecto en los síntomas psicóticos. Por otro lado, sí mejoró el estado de ánimo en los esquizofrénicos con depresión. También se intentó probar el efecto de la imipramina en un grupo de esquizofrénicos con una ansiedad muy elevada, que no presentaban delirios ni alucinaciones. La razón de este experimento nació de la frustración, ya que estos pacientes no respondían a ninguna psicoterapia ni a ningún fármaco, incluida

la clorpromacina. La imipramina se mostró ineficaz en mejorar la ansiedad crónica de estos pacientes, pero sí disminuyó significativamente los ataques de pánico que presentaban. Estos resultados sorprendieron a Klein, ya que, si la diferencia entre la ansiedad crónica y la ansiedad aguda era cuantitativa, ¿por qué la droga tenía efecto en la forma más grave de ansiedad y no en la forma de gravedad moderada?. Desde su punto de vista, la explicación podía ser que existía una diferencia cualitativa entre ambas, es decir, que los procesos que subyacían a una forma de ansiedad eran distintos a los de la otra forma. Klein concluyó haciendo una distinción entre el pánico espontáneo y las demás formas de ansiedad; y además conceptualizó la agorafobia como una consecuencia del pánico, ya que, al reducir los ataques de pánico con la imipramina, y al percibir los pacientes que era posible no tener ataques de pánico en las situaciones evitadas, la agorafobia también disminuía.

La conceptualización de Klein se vio reforzada por los trabajos de Pitts y McClure (1967) que demostraron que podían inducir ataques de pánico administrando lactato sódico por vía intravenosa. De esta manera, se empieza a considerar los ataques de pánico como algo cualitativamente distinto a la ansiedad general, la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica; y cuya etiología es biológica (Baker, 1989).

Esta conceptualización propicia el nacimiento del TP como entidad diagnóstica. En 1975, Spitzer propone la diferenciación entre el “trastorno de pánico” y la “ansiedad generalizada”, y en 1980 aparece, por primera vez el TP con entidad diagnóstica propia en el DSM-III (APA, 1980) dentro de la categoría de los estados de ansiedad, distinguiéndose de la agorafobia que se incluye dentro de los trastornos fóbicos. A partir de su aparición en el DSM-III, el diagnóstico del trastorno de angustia y la agorafobia ha sufrido algunos cambios en las posteriores versiones del DSM (DSM-III-R, APA, 1987; y DSM-IV, APA, 1994) y en otras clasificaciones como la de la CIE-10 (OMS, 1992). A continuación realizaremos una sucinta exposición y valoración de la clasificación de este trastorno en los últimos años.

Tabla 2. Tabla resumen de la evolución del TP hasta su consideración como entidad diagnóstica propia en DSM-III, 1980.

Autor	Año	Descubrimiento/ Aportación
Boissier de Sauvages	1752	<i>Panophobia</i> : agitación intensa del cuerpo y sentimientos de terror
Hope	1832	Descripción clara y gráfica del pánico en su manual de cardiología
Benedickt	1870	<i>Platzschwindel</i> : mareo en los lugares públicos
Da Costa	1871	<i>Corazón irritable o síndrome Da Costa</i> : descripción de síntomas anatómicos sin explicación en 300 soldados americanos
Westphal	1871	<i>Agorafobia</i>
Freud	1894	<i>Neurosis de angustia y expectación ansiosa</i> . Diferencias cuantitativas entre las distintas manifestaciones del pánico.
Lewis	1917	<i>Síndrome de esfuerzo</i> . Causa: acidosis sanguínea producida por cambios en el CO ₂
Oppenheim	1918	Estudios epidemiológicos
Cohen y White	1940 1950	<i>Astenia neurocirculatoria</i>
Roth	1959 1960	<i>Síndrome de despersonalización fóbico-ansiosa</i>
Klein	1959 1964	Diseción farmacológica: Estudios con Imipramina. Diferencias cualitativas entre el pánico espontáneo y las demás formas de pánico. La agorafobia es consecuencia del pánico
Pitts y McClure	1967	Inducción de AP mediante lactato sódico. AP cualitativamente distinto a la ansiedad general
Spitzer	1975	Diferenciación entre TP y Ansiedad Generalizada
DSM-III (APA, 1980)	1980	TP con entidad diagnóstica propia y la AG dentro de los trastornos fóbicos.

1.2.2. Diagnóstico

Durante muchos años los principales manuales de diagnóstico y clasificación psiquiátricos, siguiendo a Freud, aceptaban la inclusión de los ataques de ansiedad o ataques de pánico (AP) dentro de la categoría más general de “neurosis de ansiedad”. Así el DSM-II (APA, 1968) habla de neurosis fóbica, neurosis obsesivo-

compulsiva y neurosis de ansiedad, incluyendo en este último término tanto los ataques de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada (Botella y Ballester, 1997). Es en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, APA, 1980) cuando aparece el TP como entidad diagnóstica en el capítulo de trastornos de ansiedad, dentro de los llamados Estados de Ansiedad, junto con la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo y separado de otro grupo de desórdenes, los trastornos fóbicos, donde aparece la agorafobia con AP, la agorafobia sin AP, la fobia social y la fobia simple.

En el capítulo V (trastornos mentales) de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9, OMS, 1978), no aparece el TP como entidad diagnóstica. Aparecen las crisis de angustia en una categoría llamada estados de ansiedad, junto al trastorno de ansiedad generalizada y al estado de ansiedad sin especificar, dentro del capítulo más general de los trastornos neuróticos. Sí aparece la agorafobia como entidad diagnóstica en este mismo capítulo, pero dentro de la categoría de trastornos fóbicos. Existen dos categorías para este trastorno: agorafobia con crisis de angustia y agorafobia sin mención de crisis de angustia.

En la revisión de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R, APA, 1987), se da un paso más en la diferenciación del TP. Este trastorno se convierte en el principio organizador de los trastornos de ansiedad, de manera que su diagnóstico es la base fundamental para el desarrollo de la agorafobia. Así, mientras en el DSM-III la agorafobia (con y sin AP) y el TP se incluían en dos categorías distintas dentro de los trastornos de ansiedad, como hemos visto, en el DSM-III-R, el diagnóstico del TP precede al de agorafobia, apareciendo las categorías: TP sin agorafobia, TP con agorafobia y agorafobia sin historia de TP.

Este planteamiento no es compartido por otras clasificaciones. En la CIE-10 (OMS, 1992) existen las categorías de agorafobia sin AP, agorafobia con AP y TP, pudiéndose realizar el diagnóstico de esta última categoría sólo si se ha excluido la existencia de agorafobia. Algunos autores afirman que considerar al pánico como principio organizador, es un planteamiento endeble, ya que se puede encontrar en cualquier otro trastorno (Marks, 1987a; Gelder, 1989; Echeburúa, 1990, 1992). La mayor predominancia del pánico sobre la agorafobia o viceversa es una polémica que tiene que ver con el hecho de considerar al pánico cualitativamente distinto a la

ansiedad o considerarlo como el extremo de un continuo de ansiedad. Analizaremos en el apartado 4 esta polémica sobre la continuidad vs la discontinuidad del pánico.

Pese a esta polémica, en el DSM-IV (APA, 1994) y en su revisión posterior, el DSM-IV-TR (APA, 2000) sigue siendo predominante el diagnóstico del pánico sobre la agorafobia, manteniéndose las mismas categorías diagnósticas. Sin embargo, y teniendo en consideración las recomendaciones de autores relevantes en este ámbito (p.ej., Barlow, 1988a) sobre el hecho de que los AP pueden aparecer en otros trastornos, el DSM-IV separa la clasificación de los AP del diagnóstico de trastorno de angustia. Asimismo, al contrario que las versiones anteriores, también clasifica la agorafobia por separado. La razón que se aduce para ello en este caso, es que aparece en dos trastornos: el trastorno de angustia con agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Los criterios para AP y agorafobia pueden encontrarse en las tablas números 2 y 3.

Posteriormente a la descripción del AP y la agorafobia, el DSM-IV-TR describe las categorías diagnósticas del trastorno de pánico y la agorafobia, que se mantienen iguales a las del DSM-III-R: TP sin agorafobia, TP con agorafobia y agorafobia sin historia de TP. Ofrecemos los criterios diagnósticos de cada uno de ellos en las tablas números 4, 5 y 6.

Tabla 3. Criterios del DSM-IV-TR para ataque de pánico (APA, 2000)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco

- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

Tabla 4. Criterios del DSM-IV-TR para la agorafobia (APA, 2000)

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente; o viajar en autobús, tren o automóvil.

B. Estas situaciones se evitan (p.ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por Ejemplo fobia social (p.ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p.ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática), o trastorno por ansiedad de separación (p.ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Tabla 5. Criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico sin agorafobia (APA, 2000)

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

b) preocupación por las implicaciones de las crisis o su consecuencias (p.ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”)

c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por Ejemplo fobia social (p.ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p.ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p.ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Tabla 6. Criterios para el diagnóstico del trastorno de pánico con agorafobia (APA, 2000)

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

b) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (p.ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”)

c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p.ej. hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por Ejemplo fobia social (p.ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p.ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p.ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p.ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Tabla 7. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de pánico (APA, 2000)

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareo o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Una vez establecidos los criterios para el diagnóstico que nos ocupa según las clasificaciones más relevantes actualmente, la CIE-10 y el DSM-IV-TR, nos gustaría centrarnos en los cambios que se han producido en la última versión del DSM-IV y en su revisión posterior DSM-IV-TR, dada la importancia de este manual diagnóstico. Empezaremos por describir los cambios respecto a la conceptualización del AP, para después analizar los cambios en el TP. Por último, veremos en qué medida ha cambiado la descripción de la agorafobia y el trastorno denominado agorafobia sin historia de TP.

La descripción de los AP no ha cambiado mucho respecto al DSM-III-R, aunque sí aparece un cambio en la última parte de la definición. En el DSM-III-R se decía que el ataque “sube en intensidad en 10 minutos”, mientras que en el DSM-IV y DSM-IV-TR se especifica más al decir que “alcanza su máxima expresión en 10 minutos”. También aparece un cambio respecto a los síntomas, y es que en el DSM-IV y DSM-IV-TR aparecen ordenados según la frecuencia de aparición en base a los últimos estudios sobre el tema (Ballenger y Fyer, 1993).

Otra aportación del DSM-IV y DSM-IV-TR es que distingue por primera vez en un manual diagnóstico entre tres tipos de AP:

1. AP inesperado (no señalado): Ocurre espontáneamente y no está asociado a desencadenantes ambientales.
2. AP limitado situacionalmente (señalado): Está asociado a un desencadenante ambiental y ocurre casi exclusivamente y de forma inmediata tras la exposición a una señal, o por anticipación de ésta.
3. AP predispuesto situacionalmente: Está asociado a disparadores ambientales pero pueden ocurrir sin asociarse a la señal.

Esta diferenciación sigue la tipología de AP de Klein (Klein y Klein, 1989). Sin embargo, esta clasificación tiene algunas limitaciones que McNally (1994) señala. En

primer lugar, la clasificación asume que las señales son ambientales, externas, por lo que deja de lado las señales interoceptivas, que también pueden desencadenar un AP, según la opinión de autores relevantes en este ámbito, que compartimos (Barlow, 1988a; McNally, 1994). Es decir, según la clasificación de Klein, un mercado abarrotado de gente sería una señal, pero la percepción de una aceleración en el corazón no. En segundo lugar, el catalogar un AP en una categoría u otra es totalmente subjetiva, depende del relato retrospectivo del paciente, lo que nos lleva a pensar que la clasificación es más una categorización de las habilidades del paciente para identificar las señales, que una clasificación psicopatológica del AP.

Existe otra clasificación de los AP que resuelve alguna de estas limitaciones (Barlow, 1988b). Este autor distingue cuatro tipos de AP en base a las combinaciones entre *esperado* y *señalado*. Los cuatro tipos serían:

1. AP señalado/ esperado: corresponderían a los limitados situacionalmente de la clasificación de Klein.
2. AP señalado/ no esperado: serían los predispuestos situacionalmente de Klein.
3. AP no señalado/ esperado: cuando por Ejemplo, un paciente espera tener un ataque durante un determinado periodo de tiempo.
4. AP no señalado/ no esperado: serían los espontáneos de Klein.

Hay que señalar que Barlow, al contrario que Klein, no limita las señales a estímulos ambientales, sino que amplía el concepto de señal a las interoceptivas, cognitivas, acontecimientos vitales etc. A esto Klein le argumenta que “si todo puede ser una señal, nada es una señal”. Sin embargo, nosotros creemos, como Barlow, que es posible que la espontaneidad de los AP se deba a que los pacientes no sean capaces de identificar la señal, aunque sí exista en realidad. Es decir, podemos ir más lejos y plantearnos si es aplicable el término espontáneo, como característica del AP, o como la dificultad del paciente para percibir los desencadenantes de sus ataques. Creemos que se necesitan estudios en los que se utilicen medidas objetivas, además de las subjetivas para determinar esta cuestión. Este aspecto tiene una gran relevancia ya que para diagnosticar el trastorno de angustia es

necesario que aparezcan crisis inesperadas o espontáneas. Pensamos que se debería precisar más qué es lo que realmente significa espontáneo o inesperado.

El diagnóstico de TP no varía significativamente en el DSM-IV y DSM-IV-TR con respecto a su predecesor, el DSM-III-R. Aparecen algunos cambios, que no restringen tanto el diagnóstico. En el DSM-III-R era necesaria la ocurrencia de 4 AP en un periodo de 4 semanas o de 1 AP seguido de un mes de miedo a padecer otro ataque. El DSM-IV y DSM-IV-TR cambia este criterio a la ocurrencia de, al menos, 1 AP inesperado seguido de preocupación por tener otro ataque o por las posibles consecuencias del mismo o cambio de la conducta asociada a los ataques. Por lo demás, los criterios y las categorías diagnósticas son las mismas que en el DSM-III-R.

La conceptualización de la Agorafobia (AG) no ha cambiado en esta última versión del DSM. La característica fundamental es la evitación o ansiedad extrema en una serie de situaciones que implica no poder escapar u obtener ayuda si se experimentan síntomas de ansiedad. Como vemos, las características de AG no han cambiado desde los tiempos de Westphal o Freud. Se sigue enfatizando el carácter situacional de la AG y no se contemplan otras formas de evitación que también aparecen en la fenomenología del TP debido al miedo a los síntomas de ansiedad. Nos referimos a evitaciones más sutiles como el no tomar bebidas excitantes (el café o la cola), cambios posturales bruscos, mantener relaciones sexuales, etc. porque pueden producir síntomas de ansiedad. Este tipo de evitación se observa en muchos pacientes y sin embargo, el DSM-IV y DSM-IV-TR no contemplan estas variantes de evitación.

Respecto a la AG sin historia de TP, nos gustaría llamar la atención sobre una puntualización que realizan Asnis y Van Praag (1995). En el DSM-IV y DSM-IV-TR se especifica que en este trastorno el paciente puede temer la ocurrencia de síntomas de pánico o de AP de síntomas limitados, pudiendo experimentar esos síntomas o ataques de síntomas limitados. Es decir, esta categoría admitiría a aquellos pacientes que tienen ataques de síntomas limitados y evitación agorafóbica. La diferenciación entre ataques de síntomas limitados y ataques completos no está clara, ya que la separación se hace exclusivamente atendiendo al número de síntomas y algunos estudios afirman que las consecuencias y gravedad de ambas manifestaciones del pánico son prácticamente las mismas. Por tanto,

podríamos pensar que los ataques de síntomas limitados son tan “ataques de pánico”, por decirlo de alguna manera, como lo que las clasificaciones llaman AP. Siguiendo el razonamiento, si el diagnóstico de AG sin historia de TP supone que no se han dado AP, pero sí admite la ocurrencia de AP de síntomas limitados, ¿podemos pensar que esta categoría basa su existencia en gran medida, o al menos en parte, en la clasificación arbitraria de los ataques de síntomas limitados, clasificación que en términos fenomenológicos no está nada clara?. Parece que esta categoría diagnóstica surge más de la controversia teórica sobre la relación entre el pánico y la AG, que de la fenomenología del trastorno en sí. De hecho, hay autores, que desde distintas perspectivas teóricas afirman que la AG es una consecuencia del pánico, una reacción de evitación condicionada a los estímulos aversivos que se dan en un AP (Klein, 1981; Klein y Gorman, 1987; Klein y Klein, 1989; Mendel y Klein, 1969; Barlow, 1988a). Otros autores, por el contrario, afirman que la AG implica una variedad de eventos aversivos y un estilo cognitivo general que no tiene por qué estar asociado al pánico (Lelliot, Marks, McNamee y Tobeña, 1989; Marks, 1987b). También aparecen muchas discrepancias en las cifras de la ocurrencia de este trastorno. Dependiendo de si el estudio es en población general o de si son estudios clínicos, el porcentaje varía desde un 29-85% hasta un 0-31% (ver Horwath, Lish, Johnson, Hornig y Weissman, 1993, para una revisión). Como conclusión diremos que parece que la inclusión en el DSM-IV y DSM-IV-TR de esta categoría diagnóstica surge como una concesión a los defensores de la predominancia de la agorafobia sobre el pánico, ya que la categorización del DSM-IV y DSM-IV-TR, parece más influenciada por la postura que enfatiza el papel del pánico. Lo mismo podríamos decir de la categorización de la CIE-10, que enfatiza el papel de la AG y clasifica los trastornos como AG con AP, agorafobia sin AP y TP (sin agorafobia), y sin embargo, concede también la posibilidad de ocurrencia del pánico sin la AG.

Queremos finalizar este apartado comentando algunas de las propuestas que se están contemplando en la clasificación del TP en la próxima versión del DSM-V que se publicará en el 2012. El grupo de trabajo dirigido por Michelle Craske se está planteando distintos aspectos. Con respecto a la AG, está bajo revisión tanto los criterios diagnósticos como su relación con el TP. Respecto a los ataques de pánico y el TP se plantea lo siguiente:

a) Dado que los ataques de pánico son un predictor significativo de riesgo para desarrollar un rango de trastornos psiquiátricos y para la gravedad y comorbilidad de los trastornos, se considera la utilización de los ataques de pánico como dimensión para cualquier trastorno DSM-V para los que sea relevante.

b) Se están considerando cambios en la redacción de los criterios de los ataques de pánico para mejorar la diferenciación de la ansiedad pre-existente, mejorar la sensibilidad cultural y clarificar/ simplificar la operativización de los ataques de pánico esperados e inesperados.

c) A pesar de que se han propuesto en la literatura nuevos subtipos de ataques de pánico (p. ej. tipo respiratorio), parece insuficiente la evidencia para añadir subtipos de ataques de pánico de acuerdo a estos clusters de síntomas.

d) Cambios en la organización y redacción de los criterios diagnósticos para el TP se están considerando para realizar una propuesta más simple y para mejorar la separación de la agorafobia.

Otra propuesta de clasificación de los trastornos emocionales que nos resulta muy relevante para el trabajo que presentamos en esta tesis doctoral es la clasificación dimensional basada en características comunes de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo propuesta por Brown y Barlow (2009). Estos autores, expertos y conocedores de la investigación y la clínica de los trastornos emocionales, determinan que estos trastornos comparten más características que aquellas que los diferencian (Brown y Barlow, 2005; Clark, 2005). Por ello proponen una clasificación en torno a dos dimensiones básicas de temperamento, Neuroticismo/ Ansiedad/ Inhibición Comportamental y Activación Comportamental/ Afecto Positivo que estarían relacionadas con otras dimensiones clínicas características de los trastornos emocionales como son el estado de ánimo (depresión y manía), foco de la ansiedad (ansiedad somática, pánico, pensamientos intrusivos, evaluación social, trauma) y evitación (evitación interoceptiva y comportamental y evitación emocional y cognitiva). En función de cómo se expresen los síntomas en estas dimensiones se obtendrán distintas manifestaciones psicopatológicas que podrían corresponder a los distintos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Estos autores ponen de manifiesto que la regulación emocional, cómo las personas están influenciadas por la ocurrencia, intensidad, expresión y experiencia

emocional, juega un importante papel en la fenomenología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Déficits en la regulación emocional son comunes a estos trastornos y los pacientes con trastornos emocionales habitualmente utilizan estrategias desadaptativas de regulación emocional que contribuyen al mantenimiento de los síntomas.

Desde nuestro punto de vista, este modelo de clasificación dimensional de los trastornos emocionales recoge de manera exhaustiva tanto los datos obtenidos por la investigación como los que los profesionales observan en su práctica clínica diaria. Este modelo abre las puertas a líneas de trabajo que proporcionarán nuevas formas de establecer prioridades a la hora de evaluar y tratar los trastornos emocionales, y entre ellos el TP.

1.2.3. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de TP se realiza teniendo en cuenta la posible presencia de una serie de trastornos orgánicos, posible consumo de sustancias u otros trastornos mentales que puedan estar provocando algunos síntomas similares o iguales a los del TP.

Por lo que respecta al **diagnóstico diferencial** con otros trastornos orgánicos, el DSM-IV-TR destaca que los ataques pueden darse como consecuencia fisiológica directa de una condición médica general o de la intoxicación por abuso de sustancias, en cuyo caso el diagnóstico apropiado debería ser el de trastorno por ansiedad debido a una enfermedad médica o trastorno por ansiedad inducida por el consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto al diagnóstico diferencial respecto a otros trastornos orgánicos, queremos señalar que la presencia de un trastorno orgánico no excluye el diagnóstico de TP. Es importante señalar que, comparados con población general, los pacientes con TP tienen diagnosticadas más condiciones médicas crónicas. Por Ejemplo, en un estudio con 195 pacientes de una unidad médica de atención primaria, Katon, et al. (1986) encontraron: hipertensión en 13.6 % de los pacientes con TP comparado con el 4.4 de la muestra control. Muchos estudios han relacionado el prolapso de la válvula mitral con el TP, siendo la comorbilidad de un 40% (Liberthson, Sheehan, King y Weyman, 1986; Matuzas, Al-Sadir, Uhlenhuth y

Glass, 1987). Al respecto de la elevada prevalencia de trastornos cardiovasculares, existen evidencias para establecer una asociación entre TP y trastornos respiratorios (Pollack et al., 1996; Goodwin, Jacobi, y Thefeld, 2003; Karajgi, Rifkin, Doddi, y Kolli, 1990). Otras condiciones médicas que son frecuentes en pacientes con TP incluyen disfunción tiroidea (Simon et al., 2002) y migraña (Rogers et al., 1994; Marazziti et al., 1999; Swartz, Pratt, Armenian, Lee y Eaton, 2000).

En el libro de Botella y Ballester (1997) se citan los problemas orgánicos que más se han asociado al TP:

1. *Hipoglucemia*: Los descensos agudos o crónicos de azúcar en sangre pueden producir síntomas similares a los del AP: sudor, palpitaciones, debilidad, sensación de desmayo y temblores.
2. *Hipertiroidismo*: Este trastorno endocrino suele aparecer a la misma edad que el TP, y cursa con síntomas similares: agitación, disnea, palpitaciones y taquicardia.
3. *Hipoparatiroidismo*: Este trastorno, también endocrino, puede cursar (en casos extremos) con ataques similares al pánico, debido a un descenso de calcio en el plasma sanguíneo y un aumento del fosfato.
4. *Síndrome de Cushing*: Debido a niveles elevados de cortisol en sangre, a veces provoca ansiedad aguda, aunque más frecuentemente lleva a una depresión.
5. *Pheochromocytoma*: Es un tumor en las glándulas suprarrenales que conlleva una secreción excesiva de catecolaminas con síntomas muy similares a los del pánico.
6. *Epilepsia del lóbulo temporal*: Suele producir sudoración, palpitaciones y desrealización. En general, está asociado a trastornos emocionales y sexuales.
7. *Hiperventilación*: Un exceso de oxígeno en sangre produce un cambio en el nivel de PH de ésta, lo que puede desembocar en una serie de síntomas muy similares al pánico.
8. *Intoxicación por cafeína*: Por su efecto excitante, puede llevar a una mayor activación del organismo que, en grado extremo, puede resultar similar a un AP.
9. *Trastorno del sistema audiovestibular*: Produce vértigo, sensación de desmayo e inestabilidad, síntomas frecuentes en los AP.
10. *Prolapso de la válvula mitral*: Este trastorno ha sido propuesto como causa biológica del TP. A pesar de que los especialistas no se ponen de acuerdo en el papel que puede desempeñar en el TP (Dager, Comess, Saal y Sisk, 1989), parece

claro que este problema puede producir dolores torácicos o de cabeza, mareo y el llamado “murmullo sistólico” (Raj y Sheehan, 1990).

Este trastorno presenta una **comorbilidad** importante con otros trastornos mentales. Un 50-60% de los pacientes que padecen TP, presentan una depresión mayor. En un tercio de éstos, el TP coincide o precede a la aparición del trastorno depresivo mayor. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad también es frecuente: entre un 15 y un 30% de los pacientes con TP padecen fobia social; un 25% presentan ansiedad generalizada; entre un 10 y un 20% fobia específica; y entre un 8 y un 10% trastorno obsesivo-compulsivo. También se ha asociado este trastorno al trastorno de ansiedad por separación en la infancia. Debido a esto, parece importante llevar a cabo un diagnóstico diferencial minucioso y exhaustivo. Para ello, seguiremos las recomendaciones del DSM-IV-TR y el trabajo de Botella y Ballester (1995).

Es posible que aparezca cierta evitación similar a la que presenta un paciente con TPA en el trastorno delirante, aunque en ese caso el centro de ansiedad son los delirios de persecución y no la posibilidad de sufrir un AP.

Con respecto a la relación entre pánico y depresión, el DSM-IV-TR señala que es posible que aparezcan AP durante un episodio de depresión mayor. En tal caso, sólo si se cumplen los demás criterios para el diagnóstico de TP, se diagnosticarían ambos trastornos.

Existen puntos de contacto entre el trastorno de ansiedad generalizada y el TP, sobre todo, cuando la intensidad de los AP no es muy distinta en el periodo entre ataques, y cuando el paciente presenta diversas preocupaciones. En tales casos, el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos resulta difícil. El diagnóstico de TP contempla la posibilidad de que el paciente presente preocupación en el periodo entre ataques, cuando ésta se refiere a la anticipación por padecer nuevos AP. Por tanto, sólo se diagnosticará también el trastorno de ansiedad generalizada si las preocupaciones se centran en otros temas.

En la fobia social y la fobia específica el paciente puede presentar AP cuando se enfrenta al objeto o situación fóbica. Para realizar el diagnóstico diferencial del TP respecto a estos trastornos hay que tener en cuenta los siguientes factores:

a) El contenido del temor se centra en la propia reacción fisiológica en el TP (miedo a los síntomas fisiológicos), mientras que en la fobia específica y en la fobia social se centra en el objeto o la situación fóbica (p.ej., un perro en una fobia específica a los perros).

b) El tipo de AP. En el TP son inesperados y recurrentes y en las fobias son situacionales o predispuestos situacionalmente.

c) El número de situaciones evitadas suele ser mayor en los pacientes con TPA.

d) El grado de ansiedad general suele ser mayor en el paciente con TP, por miedo a presentar AP en cualquier momento.

Los AP suelen estar presentes en el trastorno obsesivo-compulsivo, en el estrés postraumático y en el trastorno de ansiedad por separación. Sin embargo, en estos desórdenes, los ataques son situacionales o predispuestos situacionalmente por la exposición al objeto que forma parte de una obsesión en el primer caso; la exposición a un estímulo que recuerda el trauma en el segundo caso, o la exposición a una situación de separación de las figuras de apego, en el último caso.

También es importante realizar el diagnóstico diferencial respecto a la hipocondría. Existen puntos de contacto entre ambos trastornos. Por Ejemplo, en el TP, puede aparecer un alto grado de preocupación somática e incluso la convicción de enfermedad debido a la intensidad de los síntomas experimentados, lo cual puede hacer pensar en ocasiones en la presencia de una hipocondría. Sin embargo, aunque ambos trastornos pueden aparecer juntos, el sujeto hipocondríaco suele preocuparse por un mayor número de síntomas que el sujeto con TP. Además, los síntomas en la hipocondría, a veces, no están directamente relacionados con el AP (p.ej. un bulto en un pecho). Por último, el carácter inminente de la amenaza que percibe el paciente con TP no se da en el hipocondríaco, que suele temer una enfermedad que se manifestará a largo plazo (Clark, 1988).

1.2.4.- Epidemiología

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que entre el 13 y el 16% de la población general experimentan al menos un AP a lo largo de su vida, pero solo un pequeño porcentaje desarrolla un TPA (Wittchen y Essau, 1991). Con respecto a

Europa, el libro verde de la Comisión Europea: *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, estima que más del 27% de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún momento de su vida. Si nos centramos en los trastornos objeto de este trabajo, el TP afectó durante el año 2004 al 1.8% de los europeos de entre 18 a 65 años y la AG al 1.3% (Wittchen y Jacobi, 2005).

Más recientemente, el artículo de Goodwin et al. (2005) aporta los resultados epidemiológicos obtenidos en Europa con respecto al TP y la AG. Para elaborar este trabajo fueron realizados 14 estudios en distintos países de la UE y se utilizaron 13 estudios de revisión que habían utilizado criterios de evaluación y diagnóstico reconocidos por la comunidad científica desde los años 1990 al 2004. La prevalencia a 12 meses para el TP fue de un 1.8% en la población adulta (18-65 años) La prevalencia de la AG sin TP fue de 1.3%. La estimación en número de sujetos que sufren TP en EU fue de 4.3-5.3 millones de adultos y para la AG un 3.3-4.7.

Sin embargo, a partir de los resultados del estudio más reciente llevado a cabo en los EEUU, el *National Comorbidity Survey (NCS)*, se informa de una prevalencia del 3.5% para el TP (Kessler et al., 1994), del 6.7% para el TPA (Magee et al., 1996) y del 5.3% para la AG (Kessler et al., 1994). Por otro lado, la prevalencia anual de estos trastornos se estima en un 2.3% para el TP, y en un 2.8% para la AG (Kessler et al., 1994). Weissman et al. (1997) encontraron rangos de incidencia comparables en nueve países distintos en todo el mundo (Canadá, Puerto Rico, Francia, Alemania del Oeste, Italia, Líbano, Corea, Taiwán y Nueva Zelanda). Goodwin (2003), encontró un significativo aumento en la prevalencia de AP en las personas que respondieron al NCS en 1995, en concreto un 12.7 %; (*Midlife Development in the United States Survey*; Wang, Berglund y Kessler, 2000), comparados con aquellos que respondieron en 1980, un 5.3 %; (*Epidemiologic Catchment Area Program study*; Eaton et al., 1984). Los resultados sugieren que va aumentando el porcentaje de personas que a lo largo de su vida experimenta un AP (Kessler et al., 2005).

Del estudio epidemiológico del NCS se derivan dos informes que ofrecen mayor detalle sobre la prevalencia del TP y de la AG respectivamente. En el primero de ellos, Eaton, Kessler, Wittchen y Magee (1994) informan que el 15% de la muestra que participó en el NCS informó de la ocurrencia de un AP a lo largo de su

vida, y un 3% informó de la ocurrencia de un AP en el mes previo, un 1% cumplía criterios para el diagnóstico de TP en el mes previo y de éstos sólo el 50% informaba también de AG. En el segundo informe, Magee et al. (1996), contrariamente a los hallazgos de los estudios clínicos, señalaron que el 64.2% de los individuos con AG no informaron de la presencia de AP, ni de TP. Sólo el 21.6% de los individuos con AG presentó también TP. Por lo que a partir del NCS se ofrece apoyo a la idea de que a pesar de que el TP y la AG suelen darse de forma conjunta, también pueden darse por separado.

En relación a la existencia de **diferencias en función del sexo**, el TP se presenta dos veces más en mujeres que en hombres (Dick, Bland y Newman, 1994; Kessler et al., 1994; Magee et al., 1996; Weissman, et al. 1997; Goodwin et al., 2005), mientras que cuando el TP cursa con AG, es tres veces más frecuente en las mujeres (Katerndahl y Realini, 1993; Yonkers, Zlotnick, Allsworth, Warshaw, Shea y Keller, 1998; Goodwin et al., 2005) y presenta formas más severas de AG (Turgeon, Marchand y Dupuis, 1998). El trabajo de Carrera et al., (2006) pone de manifiesto que el ser mujer es un predictor del desarrollo de AG. Estudios epidemiológicos han detectado también diferencias en cuanto al género en la sintomatología del TP. Las mujeres manifiestan más síntomas de pánico que los hombres (Dick, Bland y Newman, 1994) y experimentan mayores dificultades respiratorias durante los ataques (Sheikh, Leskin y Klein, 2002). En muestras clínicas, las mujeres manifiestan, además de una mayor gravedad de la AG, más comorbilidad psiquiátrica, más pensamientos catastróficos y mayor miedo a las sensaciones corporales que los hombres (Oei, Wanstall y Evans, 1990; Sachs, Amering, Berger y Katschnig, 2002; Turgeon, Marchand y Dupuis, 1998). Las mujeres con TP informan de un mayor y significativo deterioro y discapacidad que los hombres (Sachs et al., 2002; Starcevic, Djordjevic, Latas y Bogojevic, 1998). La combinación de mujer y TPA es el mayor predictor de comorbilidad con TPe y de un curso más crónico de la enfermedad (Bekker, 1996; Cox, Swinson, Shulman, Kuch y Reichman, 1993; Oei, Wanstall, y Evans, 1990; Starcevic et al., 1998, Yonkers et al., 1998). En los hombres la menor evitación agorafóbica está asociada con mayor consumo de alcohol (Turgeon, Marchand y Dupuis, 1998; Kushner, Abrams, y Borchardt, 2000). A pesar de estas diferencias, existen estudios que informan que los hombres y las mujeres no difieren en los niveles de depresión, ansiedad rasgo, autoestima, consumo de

drogas, acontecimientos vitales negativos y desajuste marital (Antony y Swinson, 2000). Por otro lado, hombres y mujeres tampoco difieren en otras características como la edad de inicio, características demográficas, duración de la enfermedad y perfil de los síntomas durante los AP (Starcevic et al., 1998). Muchos pacientes comentan la recurrencia de los síntomas una vez remitido el pánico, especialmente durante los dos primeros años. Estudios longitudinales sugieren que las mujeres tienen mayores porcentajes de recurrencia de síntomas después de la remisión del pánico (Yonkers et al., 1998; Yonkers, Bruce, Dyck y Keller, 2003).

Se han ofrecido varias razones para explicar las diferencias encontradas en cuanto al sexo:

- a. Fluctuaciones en los niveles de estrógenos y progesterona en el sistema neuroquímico relacionado con la fisiología patológica del TP (Pigott, 1999; Yonkers, 1994).
- b. Factores genéticos (Deckert et al. 1999; Fehr et al., 2000).
- c. Factores culturales, concretamente los procesos de socialización que discriminan los recursos de afrontamiento entre hombres y mujeres (Stewart, Taylor y Baker, 1997).
- d. Diferencias en rasgos de personalidad como la sensibilidad a la ansiedad, ansiedad rasgo, neuroticismo, introversión y la dimensión de inhibición conductual. Estos rasgos tienen un componente importante de heredabilidad (Smoller y Tsuang, 1998) y se consideran relacionados con un sistema de neurotransmisión y regiones neuroanatómicas en el cerebro específicas (Kagan y Snidman, 1999; Lesch, Bengel, Heils, Sabol, Greenberg, Petri, et al., 1996).

En cuanto a la **edad de inicio**, existen estudios que señalan la ocurrencia del TP en la infancia (Kearny y Silverman, 1992; Nelles y Barlow, 1988; Ollendick, Mattis y King, 1994) y en la adolescencia (Ballenger, Carek, Steele y Cornish-McTighe, 1989; Ezpeleta, De la Osa, Gratacós y García, 1993; Hayward, et al., 1992; King, Gullone, Tonge y Ollendick, 1993; Ollendick, Mattis y King, 1994; Vila y Mouren-Simeoni, 1993; Otto, Pollack, Rosenbaum, Sachs y Asher, 1994). Otto y sus colaboradores encontraron que los pacientes con historia de trastornos de ansiedad

en la infancia presentaban psicopatología más severa, incluyendo más conductas de evitación y mayores niveles de depresión (Pollack et al., 1996). A pesar de estos estudios, la media de edad de inicio del trastorno es de 24 años (Breier, Charney y Heninger, 1986; Burke, Burke, Regier y Rae, 1990; Craske, Miller, Rotunda y Barlow, 1990; Noyes et al., 1986). Goodwin et al. (2005) corrobora estos datos informando que en Europa la edad media de inicio del TP es anterior a los 25 años. El estudio del NCS fija la edad media de aparición del TP en 25.5 años en los Estados Unidos (Eaton et al., 1994). Weissman et al. (1997) encontró que la edad de aparición ocurre posteriormente en Alemania (35.5 años) y Korea (32.1 años). Por otro lado también puede iniciarse en mayores de 45 años (Raj, Corvea y Dagon, 1993). Existe evidencia en la variación y desigual distribución en la edad de inicio del TP entre hombres y mujeres. Isensee, Wittchen, Stein, Höfler y Lieb (2003) en su estudio prospectivo sugiere una distribución unimodal para las mujeres con evidencia de un aumento del riesgo para AP después de los 10 años y hasta los 28. Con respecto a los hombres, existe evidencia para una distribución bimodal. En la línea de los resultados en USA (Burke, Burke, Rae y Regier, 1991), existen datos que sugieren que existe un segundo período de riesgo para los hombres después de los 40 años. El estudio epidemiológico realizado por la ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) informa de una distribución bimodal en la edad de inicio del TPA, con un pico entre las edades de 15 y 24 años y otro entre las edades de 45 y 54 años (Eaton, et al., 1994).

Los hallazgos europeos sobre epidemiología del TP son consistentes con los resultados obtenidos en Norteamérica (Eaton et al., 1994), Sudamérica y otros países (Weissman et al., 1997). En la línea de los resultados sobre convergencia internacional (Horwath, Cohen y Weissman, 2002), esto sugiere que el TP es un trastorno mental cuya manifestación no parece estar vinculada a factores culturales y sociales, a diferencia de otros trastornos mentales.

Aproximadamente el 72% de los individuos informan de la presencia de **estresores** interpersonales o relacionados con el bienestar físico (como experiencias negativas con las drogas, enfermedades, o muerte de algún familiar), en la época en que tuvo lugar el primer AP (Craske et al., 1990). No obstante, el número de estresores no difiere del número de estresores sufridos antes del inicio de otro tipo de trastornos de ansiedad (Pollard, Pollard y Corn, 1989; Rapee, Litwin y

Barlow, 1990; Roy-Byrne, Geraci y Uhde, 1986). Por otro lado, aproximadamente la mitad de los individuos informan de la presencia de sentimientos de pánico en algún momento antes de su primer AP, sugiriendo este hecho que el inicio de la enfermedad puede darse tanto de forma aguda como insidiosa (Craske et al., 1990). Con respecto a los posibles estresores asociados al inicio de los AP, nos parece interesante el trabajo de Chambless y sus colaboradores que sugiere que los pacientes que sufren TPA son más dependientes y menos asertivos, y, por tanto, poco eficaces en resolver conflictos interpersonales (Chambless, Hunter y Jackson, 1982; Goldstein y Chambless, 1978). Como consecuencia, se ha sugerido que el TPA se asocia con mayores niveles de problemas conyugales (Hafner y Minge, 1989). Para comprobar esta hipótesis, Arrindell y Emmelkamp (1986) administraron autoinformes sobre ajuste marital e intimidad a las parejas de mujeres con TPA, parejas sin una mujer fóbica, parejas con problemas conyugales y parejas felizmente casadas. Los resultados revelaron que los pacientes con TP describían su matrimonio como menos satisfactorio que las parejas felizmente casadas pero no más satisfactorio que las parejas con problemas conyugales. Recientemente, Chambless et al. (2002) argumentaron que estas conclusiones eran prematuras y estaban basadas en autoinformes. Por ello, estos autores recogieron medidas observacionales sobre las interacciones maritales en una muestra de parejas casadas con mujeres agorafóbicas y un grupo de parejas control. Los resultados fueron consistentes con investigaciones anteriores, el grupo de parejas clínico manifestó mayor malestar en autoinformes, mostraron un mayor número de conductas no verbales negativas y mayores periodos de interacciones negativas.

El TP se asocia con una significativa **comorbilidad** psiquiátrica. Aproximadamente el 70% de pacientes con TP tiene, al menos, un trastorno psiquiátrico más (Brown y Barlow, 1992). En el estudio del *National Comorbidity Survey* (NCS), de una muestra representativa de la población americana entre 15 y 54 años, Magee y sus colaboradores encontraron comorbilidad con otros trastornos de ansiedad en tres de cada cuatro personas con TP, de entre los cuales, la fobia social fue el más frecuente (46%; Magee et al., 1996). Otros estudios ratifican estos datos sobre la comorbilidad de otros trastornos de ansiedad en los pacientes diagnosticados con TP (Antony y Swinson, 2000; Goisman, Goldenberg, Vasile y Sëller, 1995; Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn y Sack, 1997; Sanderson, Di

Nardo, Rapee y Barlow, 1990). La comorbilidad entre el TP y la depresión ha sido ampliamente documentada (Sanderson et al., 1990; Sanderson, Wetzler, Beck y Betz, 1994; Hoffart, Thornes, Hedley y Strand, 1994; Chen y Dilsaver, 1995; Otto y Gould, 1996; Kessler, et al., 1996; Merikangas et al., 1996; Katerndahl y Realini, 1997; Langs et al., 1998; Lesser et al., 1998; Iketani et al., 2000; Iketani et al., 2002; Faravelli et al., 2004). El 56% de personas con TP en el NCS mostraban síntomas consistentes con depresión mayor (Roy-Byrne et al., 2000). Otros trastornos que a menudo se dan junto con el TP son: abuso de alcohol (24%) y abuso de otras drogas (18%) (Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish, y Klerman, 1989; Cox, Norton, Swinson y Endler, 1990; Goisman et al., 1994). Resultados de múltiples investigaciones concuerdan en que el TP parece preceder al inicio de un trastorno afectivo o de consumo de sustancias (Katerndahl y Realini, 1997; Starcevic, Uhlenhuth, Kellner y Pathak, 1993). En primer lugar, estudios retrospectivos muestran que el inicio de los trastornos de ansiedad ocurre frecuentemente en una edad temprana si se compara con la depresión o el consumo de sustancias (Magee et al., 1996; Merikangas et al., 1998). En segundo lugar, resultados de estudios trasversales sugieren que el inicio de los trastornos de ansiedad predice significativamente el inicio posterior de una depresión o un trastorno por consumo de sustancias (Kessler, Stang, Wittchen, Ustun, Roy-Burne y Walters, 1998; Warner, Kessler, Hughes, Anthony y Nelson, 1995). En tercer lugar, estudios prospectivos muestran que aquellos que sufren de TP en la línea de base tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de consumo de alcohol (Zimmermann et al., 2003) o un trastorno depresivo mayor (Wittchen, Kessler, Pfister, y Lieb, 2000) durante un período de cuatro a cinco años de seguimiento.

Asimismo, con respecto a la **comorbilidad con el Eje II**; muchas personas que sufren TP muestran psicopatología en el Eje II (Brooks, Baltasar y Munjack, 1989; Sanderson et al., 1994). Se estima que entre el 25% y el 60% de los individuos con TPA cumplen criterios para un TPe (Craske y Barlow, 2001). Utilizando una entrevista clínica estructurada, Renneberg, Chambless y Gracely (1992) encontraron que el 56 % de la muestra de pacientes con TP tenían, al menos, un trastorno de personalidad (TPe). El diagnóstico del cluster C fue más frecuente (44% de la muestra), con el trastorno evitativo como el más común de los diagnósticos en Eje II (32%). No obstante, tal y como señalan Craske y Barlow

(2001), la naturaleza de esta relación entre TPe y el TPA no está clara, ya que el hecho de que ciertos rasgos anormales de personalidad y algunos “trastornos de personalidad” mejoren e incluso remitan tras un tratamiento para el TPA (Black, Monahan, Wesner, Gabel y Bowers, 1996; Mavissakalian y Hamman, 1987; Noyes, Reich, Suelzer y Christiansen, 1991) ponen en cuestión la validez del diagnóstico en Eje II. Sobre la apasionante relación entre rasgos de personalidad y TP profundizaremos en el capítulo tres de este marco teórico.

Por otro lado, algunos estudios epidemiológicos han señalado que las personas con TPA presentan mayor **riesgo de suicidio** que los individuos no ansiosos o que aquellos con otros trastornos psicológicos (Johnson, Weissman y Klerman, 1990; Weissman et al., 1989). Algunos estudios realizados con posterioridad en muestras clínicas ponen de manifiesto que las conductas suicidas de los individuos con TPA suceden en el contexto de una depresión, abuso de sustancias o de un trastorno límite de la personalidad (Cox, Dorenfeld, Swinson y Norton, 1994; Friedman et al., 1992; Beck et al., 1991; Warshaw, Massion, Peterson, Pratt y Séller, 1995; Norton et al., 1993; Horning y McNally, 1995; Starcevic, Bogojevic, Marinkovic y Kelin, 1999; Iketani, et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005), o se han dado mucho tiempo antes del inicio del TPA (Mannuzza, Aronowitz, Chapman, Klein y Fyer, 1992). Por último, es raro encontrar un diagnóstico de TPA entre aquellos que culminaron la conducta suicida con éxito (Henriksson et al., 1996).

Por último, el TPA está asociado con **deterioro** en diversos ámbitos, entre los que se encuentran la **actividad laboral, las actividades de tiempo libre, y el funcionamiento social** (Faravelli et al., 1989; Vollrath et al., 1990; Antony, Roth, Swinson, Huta y Devins, 1998; Wittchen et al., 1998; Ettigi et al., 1997; Hoffart, 1997; Hollifield et al., 1997; Katerndahl y Realini, 1997). Los individuos con TPA visitan al médico 7 veces más y faltan al trabajo el doble de días comparados con la población general (Siegel, Jones y Wilson, 1990). Los pacientes con TPA representan un elevado coste, tanto directo como indirecto, para el sistema de salud y su productividad laboral se reduce de manera importante como consecuencia de su enfermedad (Carulla, et al., 1995). En España se consumieron 36,3 millones de envases de tranquilizantes en el año 2002, según los datos de la receta médica oficial de la Dirección General de Farmacia. Se estima que la receta médica oficial

sólo cubre el 80% del consumo. Año tras año, la tasa de tranquilizantes consumidos viene aumentando en torno a un 7%. En la encuesta Nacional de Salud del año 2003 (Instituto Nacional de Estadística, 2005), se encontró que el 12,8% de los españoles mayores de 16 años había consumido tranquilizantes en las dos últimas semanas. El consumo es casi el doble en mujeres (16,2%) que en varones (8,3%) y se incrementa notablemente y de manera constante con la edad, especialmente a partir de los 35 años. En Europa, el estudio ESEMeD (Estudio Epidemiológico Europeo sobre Trastornos Mentales) llevado a cabo en seis países (España, Italia, Francia, Bélgica, Alemania y Holanda) y publicado en 2004, indicó que el 9,8% de los europeos mayores de 18 años había consumido ansiolíticos en el último año. De entre las personas que habían sido diagnosticadas de un trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses, el 25,3% había consumido ansiolíticos en el último año y el 32,4% había consumido algún tipo de psicofármaco (ansiolíticos y antidepresivos son los más frecuentes). Es el TP el que genera un mayor consumo de ansiolíticos: el 52,5% de las personas que habían sido diagnosticadas de un TP habían consumido algún tipo de psicofármaco en el último año (*The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, 2004a*).

Respecto al **curso clínico**, a pesar de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y del deterioro asociado con estos trastornos, todavía es necesario conocer más acerca de su curso clínico. La información que hace referencia al curso del TP se ha obtenido por medio de estudios retrospectivos, pero los resultados son inconsistentes (Noyes et al., 1993; Lepola, Koponen y Leinonen, 1996, Roy-Byrne y Cowley, 1995). Estudios de los años 1950 y 1960 encontraron que entre el 40% y 60% de los pacientes con TP no mejoraban o lo hacían poco (Marks y Lader, 1973). Los resultados de otros estudios retrospectivos informan sobre una mejoría sustancial después de varios años (Mancuso, Townsend y Mercante, 1993; Katschnig et al., 1995; Andersch y Hetta, 2003). El estudio de Andersch y Hetta (2003), proporciona datos contradictorios con los hallados previamente. El seguimiento de 55 pacientes con TP durante 15 años informó de una recuperación total del 18% (sin AP ni medicación durante los últimos 10 años) y un 13% de recuperación pero manteniendo la medicación. El 51% experimentaba AP recurrentes y el 18% cumplía todavía criterios de TP. La incidencia de la AG disminuyó del 69% al 20%. Los pacientes que en el período de admisión

manifestaban AG tenían un peor pronóstico a largo plazo con respecto al funcionamiento diario comparados con los pacientes sin AG, a pesar de ello, ambos grupos experimentaron mejoría en su funcionamiento diario en el seguimiento. Los autores concluyen que el TP tiene un pronóstico favorable en una proporción sustancial de pacientes. A pesar de ello, es un trastorno crónico y requiere de tratamiento especializado. Según estos autores, los tratamientos breves y la medicación no parecen tener influencia en el pronóstico a largo plazo.

Muchos de los estudios prospectivos (Faravelli et al., 2000; Albus, Scheibe y Scherer, 1995; Pollack, Otto, Kaspi, Hammerness y Rosenbaum, 1994) están limitados por seguimientos de tiempo cortos, muestras de pacientes pequeñas y una falta de definición sistemática del concepto de remisión. Bruce y sus colaboradores (2005) ofrecen los resultados obtenidos tras 12 años de seguimiento sobre el curso clínico de algunos trastornos de ansiedad (fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, TP y TPA) y examinan la influencia de la comorbilidad psiquiátrica en la recuperación y recaídas de los pacientes. La muestra recogida tras los 12 años fue de un total de 473 pacientes de los cuales 244 pertenecían al grupo de TPA y 50 al de TP. Los resultados sugieren que, con la excepción del TP, los trastornos de ansiedad examinados son insidiosos y se caracterizan por un curso clínico crónico con bajos porcentajes de recuperación y alta probabilidad de recaídas. El TP remite más rápidamente que el TPA. Los pacientes con TPA tienen un promedio de edad de inicio del trastorno menor y una mayor duración del primer episodio de pánico, comparados con los pacientes con TP. Estos datos sobre el curso clínico del pánico corroboran los obtenidos por otros autores (Katschnig y Amering, 1998; Cowley, Flick y Roy Byrne, 1996; Carpiniello et al., 2002; Katschnig et al., 1995) y apoyan la hipótesis de que la presencia de evitación agorafóbica afecta negativamente el curso a largo plazo del TP. Estudios como el de Starcevic et al. (1993) ponen de manifiesto que los pacientes con TPA refieren mayor número de síntomas de pánico y mayor número de AP con respecto a los pacientes con TP sin AG. Otros estudios ponen de manifiesto que los pacientes con TPA obtienen puntuaciones más elevadas en perfeccionismo y en número de pensamientos ansiosos comparados con los pacientes sin AG (Uhlenhuth et al., 2002; Iketani et al., 2002). En este estudio, los pacientes con TP sin AG obtienen mayores porcentajes de recuperación, los episodios de pánico duran considerablemente menos tiempo y tienen menor

comorbilidad, comparados con pacientes de cualquier otro trastorno de ansiedad. Estos resultados apoyan la idea de que el TP sin AG puede ser un trastorno que merece mayor atención e investigación al margen del TPA. Los pacientes con AG y comorbilidad con depresión tienen menor probabilidad de recuperación de su TP y mayor probabilidad de recaídas. Estos resultados son consistentes con los que indican que la comorbilidad con depresión afecta negativamente al pronóstico del TPA (Cowley, Flick y Roy Byrne, 1996; Martinsen, Olsen, Tonset, Nyland y Aarre, 1998; Johnson y Lydiard, 1998). La presencia de depresión mayor influye negativamente en el curso clínico de cualquiera de los trastornos de ansiedad estudiados.

1.3.- Evaluación del Trastorno de pánico

Existe una gran cantidad de información que debe tenerse en cuenta cuando se realiza la evaluación de un paciente con TP (Ver tabla 8). A pesar de que los criterios diagnósticos parecen claros, la gravedad y frecuencia de AP, el grado de malestar e interferencia, la ansiedad anticipatoria, entre otras variables, varían de manera importante en los pacientes resultando más complicada la evaluación y el diagnóstico.

Fue en la Conferencia sobre el Consenso en el Desarrollo del Tratamiento del Trastorno de Pánico (*Consensus Development Conference on the Treatment of Panic Disorder*) auspiciada por el *National Institute of Health* (NIH, 1991) donde se insistió en la necesidad de elaborar un protocolo estandarizado para la evaluación del TP. Poco después se celebró en 1992 en Estados Unidos una Conferencia especial sobre este tema a la que asistieron una serie de investigadores-clínicos interesados en el TP, tanto desde una perspectiva psiquiátrica como psicológica (Shear y Maser, 1994). El objetivo fue diseñar un protocolo de evaluación específico para el TP que pudiera ser utilizado en todo el mundo y que sirviera para hacer comparables los resultados obtenidos en distintos centros de investigación de distintos países (Botella y Ballester, 1997).

Las áreas que en la conferencia se determinaron claves respecto a la evaluación del TP fueron:

1.- La utilización de entrevistas estructuradas para el diagnóstico y la evaluación de la comorbilidad en el TP. La *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-IV, Brown, Di Nardo y Barlow, 1994) o la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-IV, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996) son dos de las entrevistas más utilizadas por los clínicos en la actualidad (McCabe, 2001). Se insistió además en la necesidad de entrenar a los clínicos en la utilización de estos instrumentos y que, en caso de duda, fueran supervisados por un clínico experto que revise el diagnóstico final. También se pueden realizar dos evaluaciones independientes por parte de distintos clínicos para obtener mayor fiabilidad en el diagnóstico.

2.- Ataques de pánico y episodios de síntomas limitados. Se recomendó obtener datos cotidianos por medio de entrevistas diagnósticas estructuradas administradas por el clínico, cuestionarios (p. ej., *Panic Attack Symptoms Questionnaire*; Clum, Broyles, Borden, y Watkins, 1990), o por medio de autorregistros diarios de AP y de ataques de síntomas limitados. Los autorregistros deben incluir: momento del día y situación, duración y gravedad del episodio, gravedad de cada uno de los síntomas individuales, tipo de ataque (inesperado, predispuesto o determinado situacionalmente) y es conveniente incluir el grado de incremento de la ansiedad desde la línea de base (p. ej., Barlow y Craske, 2000; de Beurs, Chambless, y Goldstein, 1997; Rapee, Craske, y Barlow, 1990). Como es lógico, previamente al uso del registro diario, el clínico debe explicar con claridad cada uno de los términos que el paciente tendrá que valorar en el registro. Se recomienda la obtención de una línea base de un mes de duración antes de la intervención terapéutica.

3.- La ansiedad anticipatoria. La evaluación debe incluir según Shear y Maser (1994) el fenómeno de ansiedad anticipatoria entendida como la aprensión acerca de tener un AP, la expectativa de que el AP se producirá y será peligroso para la persona y la tendencia a temer el AP o las sensaciones corporales relacionadas con el AP.

4.- La evaluación de los síntomas fóbicos. Se insistió en la necesidad de obtener medidas de los síntomas fóbicos, evaluando de forma separada temor y evitación fóbica. Resulta necesario delimitar si los síntomas de pánico están relacionados o no con alguna situación fóbica (p. ej., fobia social) y, finalmente, evaluar el grado de temor a las sensaciones internas y las situaciones y/o actividades que provocan estas sensaciones. El clínico debe tener en cuenta que algunos pacientes, de

manera muy sutil, realizan estrategias de evitación o conductas de seguridad en las situaciones que temen, algunas consideradas frecuentes son; llevar encima la medicación, una botella de agua o pañuelos, ir acompañado o pensar, una y otra vez, que no se está en el lugar temido. Se recomienda utilizar el Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979), además de escalas que evalúen separadamente el temor y la evitación, tanto a estímulos internos como externos. En este sentido se han desarrollado instrumentos de evaluación que facilitan enormemente la labor del clínico, son los Test de Evitación Comportamental cuyo objetivo es rastrear el grado de miedo y de evitación de situaciones típicas como andar una determinada distancia lejos de casa (Agras, Leitenberg y Barlow, 1968; Van den Hout, Emmelkamp y Scholing, 1994). Otros instrumentos recomendados son: *Mobility Inventory for Agoraphobia* (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, y Williams, 1985); *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* y *Body Sensations Questionnaire* (Chambless, Caputo, Bright, y Gallagher, 1984), entre otros, etc.

5.- La conceptualización del deterioro, gravedad y mejoría globales. Dada la complejidad del trastorno y los múltiples criterios de mejoría posibles, se consideró esencial obtener un índice compuesto global que, al menos, debería incluir: a) episodios de pánico y de síntomas limitados, b) ansiedad anticipatoria, c) síntomas fóbicos, y d) deterioro debido al problema. En la conferencia se recomendó la utilización de la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico de Shear, Sholomskas y Cloitre (1992). También se insistió en la necesidad de evaluar: la utilización de los servicios médicos (psiquiátricos y no psiquiátricos), el uso de alcohol u otras drogas, y se recomendó recabar una valoración tanto del paciente como del clínico (más adecuado contar con la evaluación de un evaluador independiente).

6.- La comorbilidad. Respecto a la comorbilidad, se recomendó estudiar la presencia de otros trastornos del Eje I (básicamente, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somatoformes, abuso y dependencia de sustancias), el Eje II y el Eje III y, además, llevar a cabo una evaluación postratamiento de los diagnósticos identificados en el pretratamiento. Con independencia de que se detecten o no otros trastornos, también se considera necesario obtener datos acerca del grado de ansiedad general y de depresión que pueda experimentar la persona. La evaluación de la autoconciencia y la conciencia corporal, según distintos autores, muy relacionadas con los trastornos de ansiedad y concretamente el TP, también sería

aconsejable. Por otra parte, también se recomendó ver si en las mujeres se produce una exacerbación de los síntomas en relación a la menstruación. Finalmente se recomienda rastrear si en el pasado el paciente sufrió (o no) un Trastorno de ansiedad por separación en la infancia y en la adolescencia y también, se insistió en la necesidad de establecer criterios explícitos para determinar el diagnóstico primario de TP en el caso de observarse comorbilidad. Como posibles criterios se plantearon: la secuencia temporal, el grado de deterioro asociado al trastorno y el foco de la búsqueda de ayuda, entre otros.

7.- Respuesta al tratamiento, remisión, recuperación, recaída y recurrencia. En la conferencia anteriormente mencionada no se llegaron a acuerdos con respecto a si era posible la “recuperación total” del TPA y de cómo se debía considerar la recuperación. Se consideró que era necesario obtener más datos y se acordó estudiar el tema con mayor profundidad. Respecto a este punto es necesario señalar que se han planteado diversos modos de considerar la mejoría clínica (Barlow, 1988b; Clum, 1989; De Beurs, Van Dyck, Balkom, Lange y Koele, 1994; Himadi, Boice y Barlow, 1986; Jacobson, Follete y Revensdorf, 1984; Jacobson y Revensdorf, 1988; Mavissakalian, Revensdorf, 1986; Mavissakalian y Hamann, 1986; Shear y Maser, 1994) y, aunque existe un claro reconocimiento de la importancia del problema, éste no está definitivamente resuelto. Se suele apelar a mejorías que oscilan entre el 20% (p. ej. Barlow, 1988a) y el 50% en una serie de criterios que se consideran fundamentales en el TP (episodios de crisis de pánico y de síntomas limitados, ansiedad anticipatoria y síntomas fóbicos, interferencia del problema, etc.).

8.- El seguimiento. Como en el tratamiento de cualquier otro trastorno, se consideró necesario obtener datos a corto y a largo plazo (períodos de seguimiento nada más finalizar el tratamiento y otros a más largo plazo). En la evaluación de los seguimientos se debe incluir: entrevista estructurada para valorar la presencia del trastorno; gravedad de los AP, ansiedad anticipatoria y síntomas fóbicos; grado de deterioro, gravedad y mejoría globales; tipo y frecuencia de los tratamientos en el intervalo de medida y, finalmente, presencia de condiciones médicas durante el intervalo de medida. Por último también se recomendó obtener información acerca de acontecimientos vitales importantes y la calidad de vida de los pacientes.

Concluiremos este apartado haciendo referencia a las conclusiones que Randi E. McCabe (2001) expone en su capítulo "*Panic Disorder and Agoraphobia: A brief overview and Guide to Assessment*" y que van en la misma línea que las comentadas anteriormente. Según McCabe es necesario llevar a cabo una exhaustiva evaluación para establecer un diagnóstico correcto, unas metas terapéuticas, un plan estratégico individual de intervención y evaluar la evolución del paciente hasta el final del tratamiento. Es importante considerar las condiciones médicas y el posible consumo de sustancias que pueden provocar síntomas similares al pánico. Determinar el tipo de AP, averiguar el foco del temor durante los AP y examinar las razones por las que se evitan determinadas situaciones es crucial para distinguir el TP de otros trastornos de ansiedad. Medir la naturaleza y frecuencia de los AP y sus características más importantes (ansiedad anticipatoria, pensamientos relacionados con el pánico y evitación agorafóbica) nos ofrecerán la base para elegir las herramientas terapéuticas más efectivas. A su vez, registrar durante periodos de tiempo estos componentes nos ofrecerá indicadores sobre el progreso del tratamiento. Finalmente, la comorbilidad, grado de interferencia y malestar, el curso y variables de tipo familiar son factores importantes a considerar para el planteamiento y puesta en marcha del tratamiento. El proceso de evaluación ideal, como se puede entender, es multimodal, se aconseja la combinación de entrevistas clínicas estructuradas, cuestionarios y autoinformes, autorregistros y test de evitación conductual.

Tabla 8. Resumen de las áreas importantes de evaluación en el TPA (McCabe, 2001)

- Diagnóstico multiaxial y diagnóstico diferencial
 - Descartar condiciones médicas asociadas al pánico
 - Evaluar el consumo de sustancias que pueden provocar pánico
 - Diferenciar el TP de otros trastornos de ansiedad
 - Identificar AP inesperados
 - Examinar el foco del miedo durante los AP
 - Examinar las razones por las que se evitan las situaciones
- Naturaleza y frecuencia de los AP
- Características principales de los AP
 - Ansiedad anticipatoria
 - Pensamientos relacionados con el pánico
 - Evitación agorafóbica
 - Evitación manifiesta
 - Evitación encubierta

Características asociadas

Comorbilidad

Malestar

Curso

Factores familiares

1.4.- Modelos explicativos del Trastorno de pánico

Desde la perspectiva Freudiana que entendía la ansiedad como una reacción psíquica al peligro que rodea la reactivación de una situación infantil atemorizante o, desde que los teóricos conductuales apuntaran a los procesos de condicionamiento clásico, el modelado u otras formas tempranas de aprendizaje (Bandura, 1986) como causas psicológicas de la ansiedad, se han producido muchas aportaciones sobre las causas, naturaleza y mantenimiento de la ansiedad y del pánico, así como de su relación. En el presente apartado adoptaremos una perspectiva bio-psico-social para el estudio de la ansiedad y el pánico. Finalmente, describiremos algunos Ejemplos de los moldeos integradores, modelos que han despertado mayor interés los últimos años.

1.4.1.- Contribuciones biológicas

Hay cada vez más evidencias de que heredamos una tendencia a estar tensos o nerviosos (Eysenck, 1967; Gray y McNaughton, 1996; Lader y Wing, 1964; McGuffin y Reich, 1984). Como sucede con casi la mayor parte de los trastornos psicológicos, no parece haber un gen único que genere la ansiedad. En realidad, es el conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes de diversas áreas de los cromosomas lo que nos hace vulnerables a la ansiedad (Kendler et al., 1995; Lesch et al., 1996; Plomin, DeFries, McClearn y Rutter, 1997) cuando están presentes los factores psicológicos y sociales precisos.

La tendencia al pánico también parece observarse en familias y tal vez posea un componente genético (Barlow, 2002). Bajo esta hipótesis se han realizado estudios en familias y en gemelos lo que ha aportado un importante aumento de nuestro conocimiento sobre **la influencia de la herencia genética en el desarrollo del TP**. Los estudios de familias han mostrado consistentemente mayores porcentajes de TP en los hijos de aquellos que presentan un TP comparados con los hijos del grupo control (Fyer, Mannuzza, Chapman, Lipsitz, Martín, y Klein, 1996;

Maier, Lichtermann, Minges, Oehrlein, y Franke, 1993). En su metaanálisis con familias y gemelos en estudios sobre trastornos de ansiedad, Hettema, Neale, y Kendler (2001) estimaron un 10% más de riesgo de desarrollar TP en los hijos de los ya diagnosticados de TP comparado con el 2.1% de los hijos del grupo control. Asimismo encontraron que cuando los gemelos eran monocigóticos se producía una mayor concordancia en el porcentaje que cuando eran dicigóticos, estableciendo una heredabilidad estimada de un 0.43. Estos autores concluyen que el componente genético explica una parte importante de la varianza del desarrollo del TP.

Stein, Jang y Livesley (1999) argumentaron que es improbable que el TP tenga base hereditaria. Sugieren que podría haber factores de riesgo psicológicos como **la sensibilidad a la ansiedad** que pudieran transmitirse genéticamente. Los resultados preliminares son consistentes con esta hipótesis, informan que existen mayores concordancias para la sensibilidad a la ansiedad de monocigóticos que de dicigóticos (Stein, Jang y Livesley, 1999).

Hay ciertas pruebas de que las contribuciones genéticas al pánico y la ansiedad difieren (Craske, 1999; Kendler et al., 1995), pero en ambas situaciones la vulnerabilidad genética, en particular en una persona que se halla bajo tensión, quizá propicie las condiciones para el pánico, aunque no lo genere de manera directa. Recientemente, métodos complejos de estudio de la genética, llamados **locus de rasgos cuantitativos**, permiten que los investigadores identifiquen áreas relevantes en un gran número de cromosomas de animales, incluidos el cromosoma 1, el 12 y el 15. Al parecer, son numerosos los genes que producen una tendencia a ser nerviosos, emotivos o ansiosos en exceso (Flint et al., 1995).

La ansiedad también se asocia con circuitos cerebrales concretos, el sistema GABA y de benzodiazepina en particular. La reducción de los niveles de este neurotransmisor también se asocia con una ansiedad mayor, aunque la relación no es tan directa. El sistema noradrenérgico se ha asociado asimismo con la ansiedad, y pruebas recientes de estudios con animales, además de investigaciones de la ansiedad normal en los seres humanos, sugieren que el sistema de neurotransmisores serotoninérgicos se asocia en particular con el proceso de ansiedad (Deakin y Graef, 1991; Lesch et al., 1996; Maier, 1997).

En los últimos años ha recibido una gran atención el papel del **sistema de liberación de la corticotropina (CRF)** en la expresión de la ansiedad (y la

depresión) (Ladd et al., 2000; Sullivan, Kent y Coplan, 2000). El sistema CRF (*corticotropin releasing factor*) activa el Eje HPA (Hipotálamo-Pituitario-Adrenal) y tiene un amplio rango de efectos sobre las áreas del cerebro implicadas en la ansiedad, incluyendo el cerebro emocional (sistema límbico), particularmente el hipocampo, la amígdala, el locus cerúleo en el tronco cerebral y la corteza prefrontal, al igual que sobre el sistema de neurotransmisión dopaminérgica. El sistema CRF también se relaciona directamente con el sistema GABA-Benzodiacepina y los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y noradrenérgico.

El área del cerebro asociada más a menudo con la ansiedad es **el sistema límbico** (Davis, 1992; Gray y McNaughton, 1996; LeDoux, 1995, 1996), que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral. El tallo encefálico, que es más primitivo, supervisa y registra los cambios de las funciones corporales y trasmite estas señales potencialmente peligrosas a procesos corticales más elevados del sistema límbico. Jeffrey Gray, destacado neuropsicólogo británico, identificó un circuito cerebral en el sistema límbico de animales que parece asociarse de forma estrecha con la ansiedad (Gray, 1982, 1985; McNaughton y Gray, 2002) y que quizá sea importante para los seres humanos. Este circuito va del área septal e hipocámpica en el sistema límbico a la corteza frontal. El sistema que Gray llamó *sistema de inhibición conductual* (SIC) se activa mediante señales del tallo encefálico ante sucesos inesperados, como cambios importantes del funcionamiento corporal que pudieran señalar peligro. Las señales de peligro en respuesta a algo que vemos como amenazador descienden de la corteza cerebral al sistema septohipocámpal. El SIC recibe también una gran estimulación de la amígdala (Davis, 1992; LeDoux, 1996). Cuando se activa el SIC por señales que surgen en el tallo encefálico o descienden desde la corteza cerebral, nuestra tendencia es a inmovilizarnos, experimentar ansiedad y evaluar aprensivamente la situación para confirmar si hay un peligro presente.

El sistema de inhibición conductual es distinto del circuito asociado con el pánico. Gray (1982; Gray y McNaughton, 1996) y Graeff (1987,1993; Deakin y Graeff, 1991) identificaron lo que Gray denomina *sistema de huida y lucha* (SHL). Este circuito se origina en el tallo encefálico, y viaja a través de estructuras del cerebro medio, incluida la amígdala, el núcleo ventromedial del hipotálamo y la materia gris cerebral. Cuando se estimula en los animales, este circuito genera una

respuesta de alarma y escape inmediata que se parece mucho al pánico de los seres humanos (Gray y McNaughton, 1996). Gray y McNaughton (1996) y Graeff (1993) piensan que el SHL se activa parcialmente cuando hay deficiencias de serotonina. Es posible que los factores ambientales puedan modificar la sensibilidad de estos circuitos cerebrales, haciéndolos más o menos susceptibles al desarrollo de trastornos de ansiedad.

Las investigaciones sobre la neurobiología de la ansiedad y el pánico son aún muy recientes, pero hemos hecho progresos interesantes al hacer que participen dos sistemas al parecer diferentes y confirmar la función esencial del sistema CRF de la amígdala.

Otra serie de estudios que nos han ayudado a entender lo que ocurre a nivel neuronal durante los AP han sido los **estudios de inhalación de aire enriquecido con dióxido de carbono**. Estos estudios han demostrado que los pacientes con TP responden con mayor temor y pánico al arousal respiratorio comparados con participantes controles (Gorman et al., 1994; Griez, Lousberg y Van Den Hout, 1987; Papp et al., 1997). Klein (1993) interpretó estos resultados desarrollando su teoría sobre "*la alarma de asfixia*", la cual implica que los pacientes con TP tienen una hipersensibilidad del sistema de control respiratorio, lo que provoca la respuesta de asfixia cuando se produce un aumento de niveles de dióxido de carbono. En su revisión de la literatura, Gorman y sus colaboradores (Sinha, Papp y Gorman, 2000) concluyen que los resultados sobre el estudio del funcionamiento respiratorio en pacientes con TP fallaron en apoyar la teoría de la alarma de asfixia. De hecho, los autores (Gorman, Kent, Sullivan y Coplan, 2000; Sinha, Papp y Gorman, 2000) proponen que el aumento de la respuesta en los cambios biológicos puede quizás explicarse mejor por la red de hipersensibilidad al miedo, que incluye la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal medio. Gorman y sus colegas basan sus hipótesis en resultados de experimentos básicos cuidadosamente diseñados, los que han demostrado que esas estructuras juegan un papel central en la adquisición y mantenimiento del miedo en animales (LeDoux, 1998).

Por su parte, **los estudios de neuroimagen**, han examinado los circuitos neuronales en pacientes con pánico en distintos momentos: línea de base, cuando los pacientes con pánico experimentan la característica ansiedad anticipatoria y también cuando seguidamente a una manipulación en el laboratorio se provoca

pánico. Los estudios son todavía escasos. Los resultados indican que la ansiedad anticipatoria observada en pacientes con TP se refleja con un aumento de la actividad del hipocampo (Boshuisen, Ter Horst, Paans, Reinders y Den Boer, 2002; Nordahl et al., 1990; Reiman, Raichle, Butler, Herscovitch y Robins, 1984). Los AP provocados en el laboratorio se han asociado con la reducción de la actividad en regiones corticales (Stewart, Devous, Rush, Lane y Bonte, 1988; Woods et al., 1988) y un aumento de la activación motora y de las regiones insulares estriadas (Reiman et al., 1989). Benkelfat et al. (1995) observó algo interesante, las mismas reacciones comentadas anteriormente en personas controles sanas que habían experimentado pánico después de su inducción en el laboratorio. Es por ello que los resultados no son muy claros con respecto a si los cambios se pueden explicar por la ansiedad patológica o por el miedo normal.

Como se puede comprobar, son muchas las líneas de investigación abiertas en esta área para intentar esclarecer la etiología del pánico. Nuevas investigaciones serán necesarias para aportar mayor luz a esta apasionante pregunta sobre el por qué del desarrollo del pánico.

1.4.2.- Contribuciones sociales

Las teorías sociales del pánico centran su estudio en los sucesos estresantes de la vida. Estos sucesos estresantes o estresores sociales desencadenan nuestra vulnerabilidad biológica y psicológica a la ansiedad. La mayor parte de ellos son de naturaleza interpersonal: la relación de pareja, la separación o divorcio, dificultades laborales, la muerte de un ser querido, etc. (Klerman, Weissman, Ouellette, Johnson y Greenwald, 1991; Leon, Portera y Weissman, 1995; Markowitz et al. 1989; Siegel, Jones y Wilson, 1990). Algunos sucesos pueden ser de carácter físico como una lesión o una enfermedad (Antony, Roth, Swinson, Huta y Devins, 1998; Barsky, Delamater y Orav, 1999; Klerman et al., 1991; Markowitz et al., 1989; Sherbourne, Wells y Judd, 1996).

Los mismos estresores pueden desencadenar reacciones físicas como dolores de cabeza o hipertensión y reacciones emocionales como los AP (Barlow, 2002). La forma en que reaccionamos a la tensión puede ser aprendida de nuestro entorno social más próximo, la familia. Esta perspectiva apoyaría también el carácter hereditario, como hemos visto en el punto anterior, relacionado con la mayor

probabilidad de tener AP dados los antecedentes familiares. Si un miembro de la familia tiene un AP, probablemente a otros miembros de su familia también les ocurra. Pero por otra parte, las teorías sociales incidirían en el hecho de que las reacciones ante el AP pueden ser observadas e imitadas. Las leyes del aprendizaje relacionadas con el modelado observacional apoyarían esta argumentación.

1.4.3.- Contribuciones psicológicas

Es en la niñez donde adquirimos una conciencia de que los sucesos no siempre están bajo nuestro control (Chorpita y Barlow, 1998). El continuo de esta percepción puede oscilar entre la confianza total en el control de todos los aspectos de nuestra vida y una profunda incertidumbre sobre nosotros mismos y nuestra capacidad para enfrentar futuros sucesos. El sentido de control que se desarrolla a partir de experiencias tempranas en la infancia es el factor psicológico que nos hace más vulnerables a la ansiedad en la vida adulta.

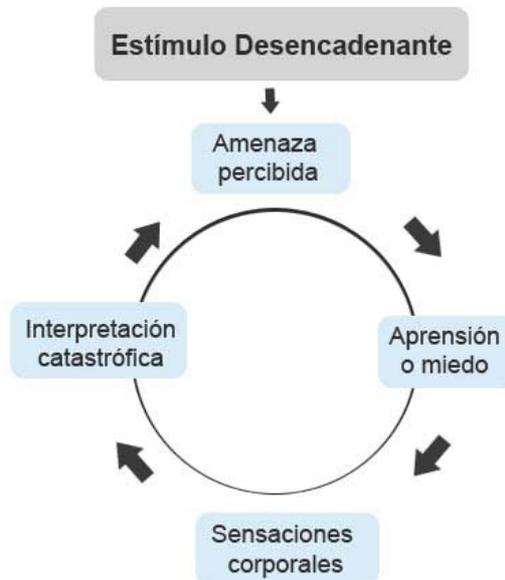
Resulta interesante comprobar que la actitud que adoptan los padres durante la primera etapa de la infancia parece fomentar este sentimiento de control o de descontrol (Chorpita y Barlow, 1998). En general, los padres que interactúan de una manera muy positiva y predecible con sus hijos, respondiendo a sus necesidades (hambre, alivio de dolor, etc.), especialmente cuando el niño las comunica exigiendo la atención a sus demandas, cumplen una importante función. Este tipo de actitud enseña a los niños que pueden tener control sobre su entorno y que sus respuestas tienen un efecto sobre sus padres y su ambiente. Además, los padres que permiten a sus hijos explorar su mundo y desarrollar las habilidades necesarias para hacer frente a los sucesos inesperados permiten que éstos desarrollen un saludable sentido de control. Es fundamental crear una base segura en el hogar de modo que los padres estén ahí si el niño los necesita mientras explora su propio mundo. Por el contrario, los padres sobreprotectores, extremadamente invasivos, que “allanan el camino” a sus hijos, no dejándolos experimentar adversidad alguna, generan una situación en la que el niño jamás aprende a manejar las adversidades cuando se presentan. Así, los niños no aprenden que pueden controlar el entorno. Existen una gran cantidad de estudios que apoyan estas ideas (Barlow, 2002; Chorpita y Barlow, 1998; Chorpita, Brown y Barlow, 1998; Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme y Guskin, 1995).

Casi todas las explicaciones del pánico se acogen a **razones de condicionamiento y cognitivas** que resultan difíciles de separar. Así pues, una fuerte respuesta de miedo se da inicialmente durante el estrés extremo, o tal vez como resultado de una circunstancia peligrosa en el entorno (una verdadera alarma). Esta respuesta emocional se asocia después con una gran variedad de claves externas e internas. En otras palabras, las claves provocan la respuesta de temor y una suposición de peligro, esté o no presente en la realidad (Bouton, Miverka y Barlow, 2001; Mineka 1985; Razran, 1961). Las claves externas son lugares o situaciones similares a aquellas en las que se produjo inicialmente el AP. Las claves internas son incrementos de la frecuencia cardíaca o respiratoria que se asociaron con el AP inicial, aunque ahora se deban a circunstancias perfectamente normales, como el Ejercicio. Por lo tanto, cuando late el corazón con rapidez es más probable pensar y, tal vez, experimentar un AP que cuando late de manera normal. Además, se puede no ser del todo consciente de las claves o desencadenantes del miedo intenso; esto es, son inconscientes. La investigación con animales ha demostrado que estas claves o desencadenantes pueden “viajar” directamente desde los ojos hasta la amígdala (en el cerebro emocional), sin pasar a través de la corteza cerebral, la fuente de la conciencia (Bouton, Miverka y Barlow, 2001; LeDoux, 1996).

Dentro de las contribuciones psicológicas para explicar la experiencia de pánico es de obligatoria mención el modelo cognitivo de Clark y Salkovskis (1987). Para Clark (1986) “los ataques de pánico se producen debido a las interpretaciones catastróficas de ciertas sensaciones físicas” (pág. 462). Estas sensaciones físicas se asocian con frecuencia a respuestas normales de ansiedad como palpitaciones, respiración agitada, mareos, etc. pero también pueden ser causadas por actividades rutinarias (p. e. el Ejercicio físico) o por estados emocionales no relacionados con la ansiedad (p.e. la excitación, la rabia o la felicidad). El modelo se puede resumir de la siguiente forma (ver figura 1): En primer lugar hay un desencadenante, que habitualmente implica la percepción de un cambio en las sensaciones físicas. Estos cambios físicos son percibidos como una amenaza y, como consecuencia, el individuo entra en un estado de aprensión o miedo. Este estado de aprensión o miedo provoca un incremento de las sensaciones corporales que serán entonces interpretadas catastróficamente. El grado de amenaza percibida aumenta y el ciclo continúa hasta que se produce un gran aumento de ansiedad, que a su vez produce

un incremento de las sensaciones corporales, y así sucesivamente hasta formar un círculo vicioso que culmina con un AP.

Figura 1. Modelo cognitivo de Clark y Salkovskis (1987)



Inicialmente, Clark (1988) argumentaba que los AP siempre se producían como resultado de la interpretación catastrófica de las señales internas o externas. En un trabajo más reciente, Clark (1996) focaliza su estudio en la importante cuestión de la naturaleza de los AP y realiza una distinción entre AP infrecuentes, típicos en la población normal que pueden producirse por multitud de factores, y los AP recurrentes que frecuentemente acaban con el diagnóstico de TP, Clark sugiere que únicamente estos últimos se asocian con la interpretación negativa de las sensaciones físicas. Esta teoría tiene importantes repercusiones en la aplicación de tratamientos, según Clark, el foco principal del tratamiento para el TP es la reducción de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones físicas (Clark et al., 1994; Rachman, 1994).

Siguiendo las aportaciones cognitivas al estudio del pánico debemos mencionar la teoría de la autoeficacia de Bandura. Bandura (1988) argumenta que la percepción de amenaza, núcleo del TP, se deriva de la evaluación que un individuo hace de sus habilidades de afrontamiento y también de la evaluación de peligro en el ambiente. En su modelo teórico, la percepción de peligro es un efecto del bajo nivel

de sentido de eficacia personal, si realizamos cambios en la percepción de eficacia cambiaremos la percepción de peligro. La terapia para el TP se debe centrar en este aspecto principal, desarrollar un sentido de autoeficacia personal, en lugar de centrarse en los cambios en las interpretaciones catastróficas de las sensaciones físicas.

Por su parte, el acercamiento cognitivo de Beck centra su atención en el sentido de vulnerabilidad característico en todos los trastornos de ansiedad. La vulnerabilidad se definiría como la pérdida del sentido de seguridad personal. Beck apoya la existencia de una interacción entre los pensamientos negativos (presencia de peligro) y los positivos (sentido de autocontrol y autoeficacia) que contribuyen a la respuesta de ansiedad (Beck, Emery y Greenberg, 1985).

En esta línea de discusión sobre los factores cognitivos que median en la predisposición, inicio, mantenimiento y recuperación en el pánico nos gustaría destacar y comentar el trabajo de Casey, Oei y Newcombe (2004): "Un modelo cognitivo integrador para el trastorno de pánico: el rol de los pensamientos positivos y negativos". En este trabajo se describen las críticas y aportaciones que la investigación ha realizado al modelo cognitivo original de Clark y propone un modelo cognitivo integrador (que describiremos más adelante).

Un importante número de estudios ponen de manifiesto que las interpretaciones catastróficas de las sensaciones físicas son frecuentes en los pacientes con pánico en comparación con población normal y otros trastornos clínicos (Khawaja y Oei, 1998). Otras investigaciones ponen de manifiesto que los pacientes con puntuaciones altas en sensibilidad a la ansiedad y puntuaciones bajas en autoeficacia obtuvieron 8 veces más riesgo de experimentar pánico en el postratamiento (Schmidt, Lerew y Jackson, 1997). En un estudio similar se demostró que los pacientes que pensaban que los síntomas de ansiedad estaban relacionados con una alta probabilidad de experimentar consecuencias negativas y aquellos que obtuvieron puntuaciones bajas en afrontamiento del pánico obtuvieron mayor riesgo de tener un AP en respuesta a los cambios físicos producidos por el CO₂ (Schmidt, Trakowski y Staab, 1997). Estos resultados informan de la importancia de considerar si los pensamientos positivos contribuyen a la predicción de la gravedad en el pánico más allá de la influencia de los pensamientos negativos.

Otros trabajos se han centrado en averiguar qué variables influyen en el mantenimiento de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones físicas y si la reducción de estos pensamientos negativos explicaría los cambios clínicos que se producen tras una intervención terapéutica. Según Clark (1986, 1996, 1999) la razón por la que la gente experimenta pánico es porque interpretan las sensaciones corporales como señal para una inminente catástrofe física o psicológica. Rachman (1990), sin embargo, argumenta que incluso ante la presencia de un peligro presente o inminente (desactivación de una bomba, tirarse con paracaídas desde un avión, o luchar en una guerra) es posible no experimentar pánico. Considera que los pensamientos positivos como la autoeficacia, el afrontamiento o el autocontrol pueden ayudar a las personas a tolerar los pensamientos negativos y actuar adecuadamente en esas situaciones. Según Fredrickson (2001) esto puede suceder dado que los pensamientos positivos tienen dos efectos en nuestra mente: previenen la respuesta de escape característica del pánico y ayudan a reinterpretar los estímulos de miedo reduciendo la interpretación catastrófica.

Se ha argumentado que los pacientes con TP tienen mayores fluctuaciones fisiológicas o también que son más reactivos fisiológicamente (más propensos a experimentar sensaciones físicas) (Ehlers, 1993). No existe evidencia de estas consideraciones, por el contrario, parece que cuando a estos pacientes se les expone a las mismas sensaciones físicas que a otras personas sin pánico, experimentan mayores niveles de ansiedad y de pensamientos catastróficos (Pauli et al., 1991; Fraenkel, Kindler y Melmed, 1997). Una posibilidad que explique por qué la población normal no experimenta el mismo grado de pensamientos catastróficos ante las sensaciones físicas es lo que se ha denominado “ilusiones positivas”, una exageración sobre la percepción de control o dominio que algunas personas tienen y que actúa como variable protectora ante la enfermedad física o mental (Taylor y Brown, 1988; Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000). Estas ilusiones positivas serían consideradas pensamientos positivos de afrontamiento, en la misma línea que la autoeficacia o el autocontrol. Otra explicación la constituye la capacidad de no interpretar catastróficamente las sensaciones físicas.

McNally, Horning, Hoffman y Han (1999) encontraron poca evidencia que apoyara la asociación entre riesgo para desarrollar un TP y sesgos cognitivos

relacionados con la amenaza y concluyeron que los sesgos son el resultado más que el precursor del pánico. Los estudios de McNally y colaboradores ponen de manifiesto que cuanto mayores sean los sesgos en la interpretación de las señales internas habrá mayores niveles de ansiedad y que, la ausencia de estos sesgos o la presencia de interpretaciones positivas protegen a las personas con alta sensibilidad a la ansiedad para el desarrollo del pánico. Por tanto, la presencia de pensamientos positivos de autoeficacia, autocontrol o afrontamiento determinan el impacto de los sesgos cognitivos, bien inhibiendo el desencadenamiento del primer AP o bien compensando la influencia ambiental. Este factor de pensamientos positivos puede ayudar a reducir la frecuencia de interpretaciones catastróficas en personas con pánico cuando experimentan la activación de las sensaciones físicas.

Otro aspecto que se ha estudiado en pacientes con TP es si existen diferencias relacionadas con la aparición y gravedad de los AP dependiendo de las sensaciones físicas (Rachman, Levitt y Lopatka, 1987), el resultado de los estudios indican que sin que existan variaciones en el número e intensidad de los síntomas, en algunas ocasiones se desencadenan AP y en otras no. Este dato sería consistente con la proposición de Clark (1986) de que son las interpretaciones catastróficas de los síntomas (más que las propias sensaciones) las que provocan pánico.

Existe un reciente interés teórico en los aspectos metacognitivos. Algunos autores argumentan que el contenido específico del pensamiento representa únicamente un primer nivel en la explicación cognitiva de los trastornos emocionales. Las creencias metacognitivas que las personas tienen sobre sus procesos mentales representan otro nivel (Power y Dalgleish, 1997; Teasdale, 1999a, 1999b; Wells y Matthews, 1996). Por Ejemplo, un paciente que tiene el pensamiento “me voy a desmayar” y se siente ansioso. De acuerdo a una aproximación metacognitiva la ansiedad que experimenta como consecuencia de este pensamiento (su contenido) está influenciada a su vez por otras dimensiones cognitivas como la credibilidad, la frecuencia o el sentido de control. Los niveles bajos de autoeficacia frente al pánico jugarían un papel importante en la relación entre las sensaciones físicas, los pensamientos y el afecto y desencadenarían una percepción de imposibilidad de eliminar o controlar las interpretaciones catastróficas de las sensaciones físicas. Parece evidenciarse que la vivencia de pensamientos catastróficos en presencia de

sensaciones físicas no sería por sí misma una adecuada o suficiente explicación sobre el procesamiento basado en esquemas en la experiencia del pánico. Fehm y Margraf (2002) indican que en comparación con pacientes con fobia social y controles normales, los pacientes con TP muestran déficits específicos en la eliminación de pensamientos asociados con catástrofes físicas o psicológicas. La percepción de pérdida de control sobre los pensamientos negativos de peligro asociados a las sensaciones corporales tienen dos consecuencias: en primer lugar, la percepción de pérdida de control puede influir para justificar el contenido del pensamiento catastrófico sobre las sensaciones físicas y en segundo lugar, contribuiría directamente a la activación fisiológica que confirmaría la evidencia de la inminente catástrofe.

En resumen, la existencia de una relación entre las sensaciones corporales, los pensamientos y el afecto en el TP está ampliamente justificada. Los esfuerzos para explicar esta relación se han focalizado de manera importante en el papel de los pensamientos negativos (peligro-amenaza). Un gran número de estudios entre los que se encuentran los anteriormente citados sugieren que para comprender esta relación es necesario la incorporación de los pensamientos positivos relacionados con el afrontamiento y el control. Los pensamientos negativos sobre una catástrofe inminente pueden ser tolerados sin llegar a experimentar la escalada incapacitante de la ansiedad a través de la presencia de pensamientos positivos como la autoeficacia. Además, pueden prevenir la aparición y/o intensificación de las sensaciones corporales sin llegar a producirse la interpretación catastrófica de las mismas. Finalmente, el nivel de autoeficacia sobre el pánico puede determinar cuando un pensamiento fugaz de peligro puede ser eliminado o tolerado en lugar de considerarlo una realidad.

Entre las contribuciones psicológicas que han estudiado el pánico merecen especial atención los modelos sobre el procesamiento de la información. Estos modelos cognitivos se centran en el estudio del hipotético papel que desempeñan los sesgos atencionales y de memoria en el TP en base al principio de que los individuos atienden y recuerdan los estímulos relacionados con el miedo de manera selectiva. Estos sesgos son los responsables del mantenimiento de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales debido a la intensificación de la percepción del miedo (Beck, Emery y Greenberg, 1985),

contribuyendo a la retroalimentación del círculo vicioso (Clark, 1994) e impidiendo la observación de la evidencia en contra de las interpretaciones catastróficas de las sensaciones físicas. El aspecto central del estudio de sesgos radica en averiguar qué cambios deben producirse durante el tratamiento para eliminar, reducir o mitigar el impacto de estos sesgos. Los modelos sobre el procesamiento de la información sugieren que los cambios deben incluir un incremento de los pensamientos de autoeficacia sobre el pánico. Dos son los modelos más relevantes en el área de la ansiedad:

1. Modelo de procesamiento de la información sobre ansiedad de Beck y Clark (1997). Su modelo se basa en la teoría cognitiva sobre ansiedad desarrollada inicialmente por Beck, Emery y Greenberg, (1985). Estos autores describen 3 fases en el procesamiento de la información:

1ª. Fase de Orientación: Se caracteriza por un procesamiento automático. Identifica estímulos y determina la asignación de recursos para procesar la información. Si el estímulo se identifica como una amenaza potencial obtendría prioridad en el procesamiento.

2ª. Fase de Modo Primario: Incluye esquemas primitivos tanto cognitivos como afectivos, comportamentales y fisiológicos destinados a satisfacer objetivos evolutivos como la supervivencia, la seguridad, la procreación y la sociabilidad. En el estudio de la ansiedad, este modo primario se caracteriza por el miedo y se asocia con la activación autonómica, la movilización de la conducta y la inhibición y sentimientos de miedo e hipervigilancia hacia señales amenazantes.

3ª. Fase del Procesamiento Secundario: En esta fase se activan otros esquemas importantes para el sujeto. Se caracteriza por un procesamiento controlado, los esquemas se refieren a la evaluación de la propia persona en el contexto actual, representan la evaluación particular de los individuos sobre sus recursos de afrontamiento y su capacidad de tratar con la amenaza percibida. Disminuirá la ansiedad en esta fase sí la acción de estos esquemas permiten una reevaluación de la situación y disminuirá la gravedad de la amenaza sí el individuo se percibe a sí mismo con habilidad para afrontarla.

Este modelo enfatiza que los acercamientos cognitivos para tratar el TP deben tener en consideración factores más allá de los pensamientos negativos

asociados a las sensaciones físicas amenazantes. El proceso de cambio durante el tratamiento incluye el desarrollo y aumento de pensamientos positivos de afrontamiento y autoeficacia como por Ejemplo la autoeficacia sobre el pánico. El objetivo de la terapia cognitivo-conductual es desactivar el modo primario y fortalecer el impacto del procesamiento controlado de la última fase para así promover un procesamiento más constructivo y reflexivo.

2. Modelo bioinformático de Lang (1979). Este modelo sugiere una conclusión similar al anterior. Foa y Kozak (1986) contribuyen al valor heurístico del modelo bioinformático en los trastornos de ansiedad aportando una base explicativa más cognitiva sobre los cambios que ocurren cuando los estímulos asociados al miedo se modifican mediante la terapia cognitivo-conductual. Según estos autores la terapia para los trastornos de ansiedad debe alterar las estructuras de miedo incorporando información correctiva incompatible con los elementos patológicos de la estructura. Mineka y Thomas (1999) critican el énfasis sobre la reducción de los pensamientos negativos en el modelo bioinformático para los trastornos de ansiedad. Según estos autores un componente crucial en la experiencia patológica del miedo es la sensación de pérdida de control. Sugieren una reelaboración del modelo integrando las teorías de Foa y Kozak y Bandura (1983, 1988). El modelo de Bandura enfatiza la importancia de la autoevaluación del individuo sobre sus capacidades para afrontar las demandas ambientales. Bandura amplió el concepto de autoeficacia incorporando un mayor rango de dominios relacionados con pensamientos, emociones y conductas que contribuyen al concepto de control personal. La autoeficacia sobre el pánico emerge como un constructo importante para examinar el papel de los pensamientos positivos en el TP (Cervone, 2000).

Algunos autores consideran los factores cognitivos de autoeficacia y de interpretación catastrófica de las sensaciones físicas, como factores importantes en el estudio de la gravedad en el TP (Michelson, Schwartz y Marchione, 1991; Stoler y McNally, 1991; Telch, Silverman y Schmidt, 1996), sin embargo, otros autores defienden la existencia de un único factor cognitivo como elemento crucial en determinar la gravedad en el pánico (Borden, Clum y Salmon, 1991, Hoffart, 1995a; Williams, 1995). Las diferencias en la metodología, en las medidas de evaluación utilizadas y en la utilización de muestras de pacientes con TP con o sin agorafobia pueden explicar los resultados de estos trabajos. Casey, Oei, Newcombe y Kenardy

(2004) estudiaron ambos factores cognitivos en una muestra de pacientes con TP con y sin AG en espera de recibir tratamiento psicológico. Sus resultados indican que ambos factores cognitivos predicen de manera independiente la gravedad en el pánico. Aunque serán necesarias más investigaciones, los datos obtenidos sugieren que no existe evidencia para mantener la utilidad de un único constructo de orden superior formado por la interacción de ambos factores cognitivos para predecir la gravedad en el pánico.

Las evidencias que apoyan los modelos explicativos cognitivos sobre el pánico provienen de distintas fuentes entre las que destacan: **(1)** los estudios que utilizan diarios muestran que los pacientes con TP identifican la anticipación de las catástrofes físicas o mentales que ocurrirán antes o durante los episodios de pánico (Rachman, Levitt y Lopatka, 1987; Westling y Öst, 1993); **(2)** cuando se presentan descripciones de sensaciones autonómicas ambiguas, los pacientes con pánico son capaces de generar más pensamientos en contra de los pensamientos catastróficos físicos o mentales comparados con pacientes con otros trastornos de ansiedad o personas sin patología (Clark et al., 1997). Además, la fuerza de la creencia de esos pensamientos se asocia con más ansiedad y pánico (Zvolensky y Eifert, 2001); **(3)** finalmente, la terapia cognitiva, ha demostrado eficacia en el tratamiento del TP (Clark et al., 1994) y en la reducción de pensamientos catastróficos (Clark et al., 1997).

1.4.4.- Modelos integradores en el Trastorno de Pánico

En este apartado describiremos dos modelos integradores, el modelo de Barlow y Durand (2003) y el propuesto por Casey, Oei y Newcombe (2004) basándose en los trabajos de Clark (1986), Bandura (1988) y Beck (1985).

1. El modelo integrador de Barlow

Según hemos visto en los apartados anteriores, los estudios genéticos y de familia, evidencian que, la tendencia a estar nerviosos o muy tensos podría ser hereditaria (vulnerabilidad biológica). Tal vez una persona haya crecido con la idea de que el mundo no es controlable y que podría no ser capaz de afrontarlo cuando las cosas empeoren. Si esta percepción es fuerte, hablamos de vulnerabilidad psicológica a la ansiedad. También, sería posible que, una persona se encuentre

bajo mucha presión debido a estresores interpersonales. Un estresor determinado podría activar sus tendencias biológicas a la ansiedad y sus tendencias psicológicas a sentir que tal vez no sea capaz de manejar la situación y controlar la tensión, haciendo más probable la experiencia de un AP.

Barlow (1988a; Barlow, Chorpita y Turovsky, 1996) propone una teoría del condicionamiento para los trastornos de ansiedad clínicos que acepta la distinción entre pánico y ansiedad. Esta teoría comienza con la observación de que la experiencia de AP inesperados parecen ser relativamente comunes en la población (Norton, Cox y Malan, 1992; Norton, Dorward y Cox, 1986; Telch, Brouillard, Telch, Agras y Taylor 1989; Wittchen y Essau, 1991). Las evidencias sugieren que esos ataques raramente evolucionan a un TP y, por lo tanto, se les denomina ataques “no clínicos”. Los individuos que experimentan AP no clínicos muestran ninguna o muy poca preocupación con respecto a la posibilidad de experimentar nuevos ataques. Además la aparición de los ataques la asocian, la mayoría de ellos, a acontecimientos triviales y controlables. Otras evidencias sugieren que los AP son una respuesta al estrés no específica, similar a la hipertensión o los dolores de cabeza, que muchas veces se dan comúnmente en las familias durante generaciones (Barlow, Chorpita y Turovsky, 1996).

Las personas con TP se diferencian de las personas con pánico no clínico por el hecho de que desarrollan ansiedad focalizada en la posibilidad de tener otro AP en el futuro. Estas personas anticipan la ocurrencia de otro AP de manera aprensiva, perciben que los ataques son incontrolables e impredecibles (vulnerabilidad psicológica), y están extremadamente vigilantes con respecto a síntomas físicos que les anuncian el inicio del próximo ataque. En esta formulación, la variable determinante en el desarrollo de un TP es el condicionamiento de la ansiedad focalizada en el próximo AP que ocurre, más a menudo, en aquellas personas con una vulnerabilidad a realizar este tipo de asociaciones.

En el modelo de Barlow se describen distintos tipos de alarmas: verdaderas, falsas y aprendidas. Cuando existe una situación potencialmente dañina o peligrosa, la respuesta de ansiedad y de temor se clasificaría como una señal de “alarma verdadera”. Se denominan “falsas alarmas” en el caso de que se produzcan en situaciones en las que no hay nada que temer (no hay peligro). Como no hay nada que temer, la falsa alarma, a menudo aparece de repente con la consiguiente

sorpresa para la persona. Cuando estas alarmas, verdaderas o falsas, se asocian a estímulos internos o externos, se convierten en “alarmas aprendidas”.

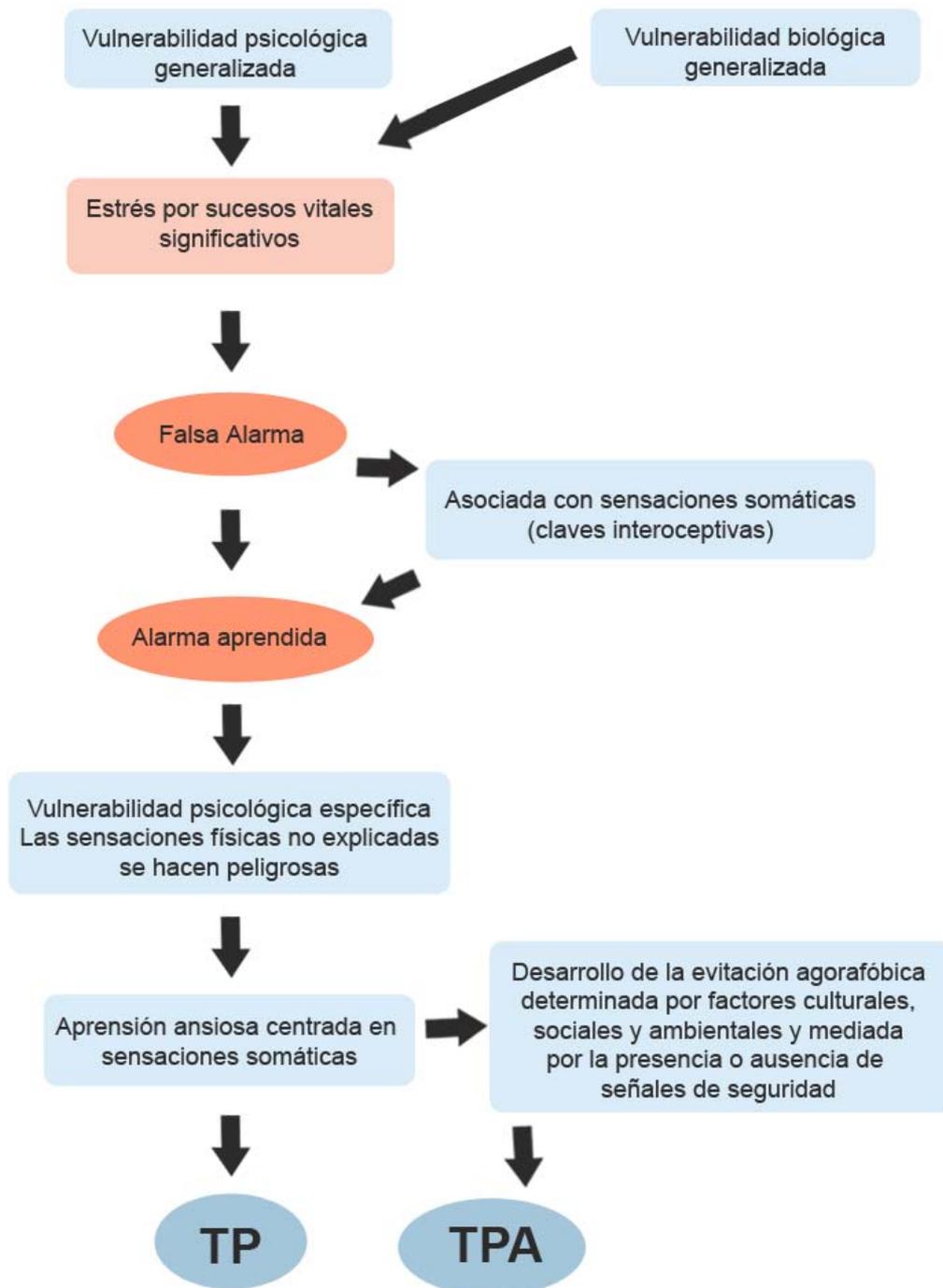
A diferencia de las fobias específicas donde los estímulos temidos son fácilmente identificables, en el caso del TP, los estímulos que desencadenan el miedo y la ansiedad son más difusos o difíciles de identificar. Siguiendo los trabajos de Goldstein y Chambless (1978), Barlow propone que las alarmas falsas pueden condicionarse con estímulos fisiológicos internos generándose el fenómeno llamado “condicionamiento interoceptivo” (Razran, 1961).

Cuando las falsas alarmas se asocian con determinadas situaciones como centros comerciales, calles repletas de gente, grandes espacios descubiertos, medios de transporte, etc., aumentará la probabilidad de responder con la huida en busca de protección. El reforzamiento negativo se encarga de explicar el por qué se mantiene la evitación como respuesta de protección en el paciente con pánico. Como consecuencia de esta respuesta se desarrollará la AG.

En resumen podemos observar como el modelo integrador de Barlow (1988a) se diferencia del modelo cognitivo de Clark (1986) en los siguientes puntos: En primer lugar, el pánico y la ansiedad son conceptualizados como cualitativamente distintos por Barlow (1988a) pero no por Clark (1986). En segundo lugar, el modelo de Barlow no depende de la valoración cognitiva para explicar los AP, mientras que el modelo de Clark si. Finalmente, el modelo de Barlow explica mejor fenómenos como el pánico no clínico. Específicamente, este modelo vería estos ataques como Ejemplos de falsas alarmas en gente vulnerable a experimentar pánico de vez en cuando (en respuesta al estrés) pero que no desarrollan aprensión ansiosa sobre los AP y por lo tanto no desarrollan un TP.

El modelo de Barlow es el más reconocido en la actualidad ya que, como se ha descrito anteriormente, contempla factores biológicos, psicológicos y sociales para explicar la respuesta de ansiedad y el posible desarrollo del pánico con o sin agorafobia.

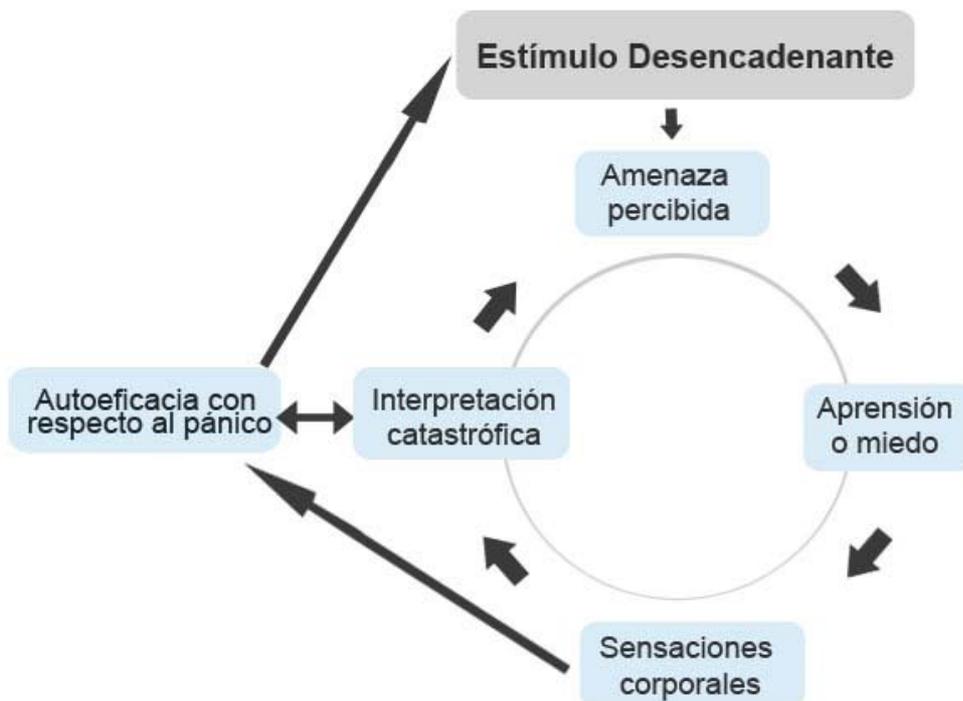
Figura 2. Modelo integral de Barlow (adaptado por Barlow y Durand, 2003)



2. Modelo Cognitivo Integrado de Casey, Oei y Newcombe (2004)

Las evidencias que anteriormente hemos descrito en el apartado de contribuciones psicológicas ponen de manifiesto la importancia de considerar tanto los pensamientos negativos como los positivos en el modelo cognitivo sobre el TP. Como hemos visto anteriormente, el modelo cognitivo de Clark (1986) sobre el TP postulaba la existencia de un círculo vicioso en el que la secuencia de acontecimientos que ocurrían se iniciaban con la percepción de amenaza y culminaban con la ocurrencia del pánico. En esta secuencia descrita por Clark, la interpretación catastrófica de las sensaciones físicas sirve como pensamiento que media en la ocurrencia de AP y en la evitación e interferencia asociada con el trastorno. Es este círculo vicioso el que mantiene el TP. Por el contrario, las evidencias descritas anteriormente en este mismo capítulo apoyan un Modelo Integrador Cognitivo en el cual, tanto la interpretación catastrófica de las sensaciones físicas como la percepción de autoeficacia sobre el pánico contribuyen a mantener la gravedad del pánico (Figura 3).

Figura 3. Modelo Integrador Cognitivo para los ataques de pánico Casey, Oei y Newcombe (2004)



En términos de procesos de cambio mediante la terapia cognitivo-conductual para el pánico, Persons (1993) describe dos modelos alternativos: el primero de los modelos enfatiza el cambio del contenido de los pensamientos catastróficos (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Mientras que el segundo modelo enfatiza el cambio en la forma de procesar el pensamiento (Barber y DeRubeis, 1989). Dicho de otro modo, el primero fija su objetivo en enseñar al paciente a detectar los esquemas y actitudes desadaptativos para su cambio. El segundo, ayuda a los pacientes entrenándoles en habilidades cognitivas y conductuales para que las utilicen cuando tengan experiencias emocionales negativas.

La investigación más reciente sobre los factores cognitivos a trabajar en el tratamiento cognitivo-conductual para el TP se centra en dos líneas de trabajo:

1. Trabajar para conseguir modos de pensar más constructivos o reflexivos (Teasdale, 1999a, 1999b; Safran y Segal, 1990; Hollon, 1999).

2. Trabajar para aumentar las cogniciones positivas como la autoeficacia sobre el pánico. Esta última línea se enmarcaría en la teoría de construcción y ampliación de emociones positivas (Gilham y Seligman, 1999; Fredrickson, 2000, 2001; Fredrickson y Levenson, 1998). Según esta teoría la vivencia de emociones positivas amplía los repertorios de pensamiento y acción de las personas y construye recursos personales más duraderos.

I- 2. PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

2.1. Introducción

El Estudio psicológico de la personalidad constituye una de las disciplinas más fructíferas de la Psicología. Sin embargo, el estudio psicológico de la personalidad patológica ha ocupado un lugar secundario, centrándose principalmente en la categorización y clasificación de los TPe. Si comparamos los avances en la descripción, clasificación y etiología de otros trastornos mentales, el estudio de los TPe está claramente en desventaja aunque en los últimos años, se ha producido un incremento en el mismo llegando a constituir actualmente uno de los temas de estudio con más relevancia en Psicología Clínica.

Existe un interés creciente acerca de la definición de los TPe, de su clasificación, desarrollo de instrumentos de diagnóstico fiables y válidos, el estudio de aspectos epidemiológicos como la prevalencia en distintas poblaciones, y la comorbilidad con otros trastornos mentales. También existe una necesidad creciente en los psicólogos clínicos de disponer de programas de tratamiento eficaces para estos trastornos. Todo este interés ha proporcionado ya algunos resultados empíricos que han clarificado algunas cuestiones pero que también han dado lugar a dificultades y controversias.

En la actualidad existe un movimiento continuo en cuanto a revisiones y críticas sobre el diagnóstico y la clasificación de los TPe. Entre ellas destaca el planteamiento diagnóstico que defiende un cambio desde un modelo categorial a un modelo dimensional (Trull y Durrett, 2005; Widiger y Simonsen, 2005a). Otros autores cuestionan la ubicación de los TPe en el Eje II del DSM-IV y proponen su traslado al Eje I (Livesley, 1998; Oldham y Skodol, 2000). En lo que coinciden todos los estudiosos es en la necesidad de un estudio de los TPe en base a datos empíricos (Livesley, 2001; Livesley y Jang, 2000) con el objetivo de poder facilitar y consolidar la investigación y el trabajo clínico.

Este trabajo supone el estudio de los TPe y características de personalidad patológicas y su relación con otro trastorno mental, en concreto, el TP con y sin AG. Nosotros no podemos entender el estudio de la personalidad patológica sin partir de la personalidad no patológica, por lo que, en primer lugar, repasaremos la evolución

del concepto de personalidad. En segundo lugar, reflexionaremos sobre la personalidad patológica y su relación con la personalidad normal para acabar centrándonos en los TPe. Comentaremos la evolución de los distintos TPe utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en sus distintas versiones. Por último, describiremos las características diagnósticas de los TPe contenidos en la última versión del DSM (APA, 2000) y las perspectivas de futuro para el DSM-V.

2.2. Concepto y evolución histórica de la personalidad

Existen varias versiones del desarrollo histórico de la Psicología de la Personalidad. No es nuestra intención extendernos en este apartado sino repasarlo brevemente. Para ello, describiremos la propuesta de Pelechano (1993) por constituir uno de los investigadores en personalidad más destacados en nuestro país. Utilizaremos también para este apartado otras fuentes como Báguena y Belloch, (1985), Pelechano (1996), Brody y Ehrlichman (2000) y Costa y Widiger (2002). Pelechano destaca las siguientes épocas en la historia de la psicología de la personalidad:

a) **Época precientífica**, que tiene sus raíces en la filosofía presocrática y abarca hasta la constitución de la psicología de la personalidad como disciplina científica. Se trata de un período muy amplio en el que se incluyen ideas y conceptos de la personalidad del ser humano desde la filosofía, la literatura y la tradición tipológica en medicina que comienza con Hipócrates de Kíos.

b) **Constitución de la psicología de la personalidad (1879-1940)**. Pelechano identifica esta fase con el arranque y desarrollo del estudio de las diferencias individuales y el surgimiento de la psicología de la personalidad. Como notas definitorias destaca la generación de modelos psicométricos e instrumentos para el estudio de las diferencias individuales; la aparición de los primeros manuales de psicología de la personalidad; la predominancia en Europa del estudio de la caracteriología y la tipología de los temperamentos con una base médica; y, por último, el surgimiento de esta disciplina como un frente de posiciones distintas y, en algunos casos, contrapuestas.

Constituyen hitos importantes la aparición de los tests psicológicos que arranca con Pearson y Galton, pasando por Spearman y Burt en Inglaterra, Binet y Simon en Francia y la readaptación de su prueba en Estados Unidos por Terman y Merrill. Woodworth construye el primer cuestionario de personalidad y en Chicago se desarrolla el estudio del análisis factorial alrededor de la figura de Thurstone. En 1937 Allport publica la primera monografía sistemática de la personalidad titulada *Personality*. Pelechano destaca la amplitud de miras de este autor que realizó una delimitación conceptual de la personalidad más allá del análisis psicométrico de la época. Como señalan Báguena y Belloch (1985), este autor realiza un considerable esfuerzo en definir el término “personalidad” (llegó a realizar más de doscientas definiciones). Una primera definición fue “*lo que el hombre realmente es*” y posteriormente propuso la siguiente noción “*la personalidad es la organización dinámica intraindividual de aquellos sistemas psicofísicos que determinan el apropiado ajuste del sujeto al medio ambiente*”. Sus definiciones muestran una visión del hombre total, organizado y dinámico. Sus contribuciones más destacadas fueron la teoría de los rasgos y el constructo de autonomía funcional. Otro autor central en esta época es Murray que publica en 1938 su obra *Exploraciones de la Personalidad* en donde defiende una concepción holística de la personalidad. Por último, este periodo cubre la vida de Freud y del movimiento psicoanalítico que ha influido de forma importante en el desarrollo de la Psicología de la personalidad.

c) **Eclosión-irradiación de la psicología de la personalidad (1940-1970).** En esta fase, Pelechano destaca la creación de los modelos teóricos de la personalidad que más influencia han tenido en esta disciplina.

Las líneas maestras del modelo factorial de la personalidad se generan en tres centros de referencia: Illinois con Cattell, Londres con Eysenck y Minnesota con Hathaway y McKinley. La Personalidad se conceptualiza en base a distintas dimensiones y los modelos factorialistas dominan el campo. Las teorías dimensionalistas consideran la existencia de rasgos de la personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales. Lo importante parece estar en la cantidad y denominación que tienen esas dimensiones. A diferencia de otros teóricos de los rasgos que se centran en el papel desempeñado por una parte concreta de la estructura de la

personalidad en la determinación de la conducta (teorías del rasgo único), las teorías multirasgo están diseñadas para describir la personalidad total. Intentan localizar el conjunto de rasgos que implica la estructura de la personalidad y elaboran instrumentos de medida apropiados para cada uno de estos rasgos (Hampson,1982). Estos modelos parten de la base de que todos los individuos tomamos parte de una misma estructura de personalidad, pero que diferimos unos de otros en función de la combinación de rasgos de cada individuo. A partir de este supuesto, la psicología de la personalidad pretende tomar lo característico y central del individuo por un lado, y, por otro, también pretende ver las características comunes o semejantes entre los individuos, siendo de este modo tanto individualista como universalista (Maddi,1968), o, en palabras de Allport (1974), se trataría de realizar sentencias de manera tanto idiográfica como nomotética.

Un aspecto importante a señalar es que estas teorías dimensionales o factorialistas están en relación con el análisis correlacional y factorial, toman de la perspectiva biológica el concepto de constitución y de la perspectiva socio-cultural el concepto de rasgos (Ibañez y Galdón, 1985).

Una de las teorías dimensionales más influyentes ha sido la teoría de Eysenck (1947, 1985, 1990). Este autor fue un defensor del acercamiento científico al estudio de la psicología y su obra Ejemplifica la integración de los acercamientos correlacional y experimental influenciado por la psicometría inglesa de Burt, la fisiología experimental de Pavlov y el aprendizaje de Hull (Báguena, 1996). Por lo que respecta al concepto de la personalidad, su pensamiento estuvo influido por el acercamiento tipológico de Hipócrates, retomado más tarde por Kant. Un aspecto que consideramos muy relevante en la obra de Eysenck, sobre todo por nuestro interés por la personalidad patológica es la influencia de la tradición psiquiátrica en su teoría de la personalidad. En palabras de Báguena (1996) compartidas por otros autores, la obra de Eysenck representa una plasmación de la tradición psicopatológica en la personalidad. Dentro de estas influencias destacan la ya nombrada tradición tipológica médica, los conceptos de función primaria y función secundaria del austriaco O. Gross, la tradición psicométrica de la psiquiatría holandesa, la propuesta de Jung poniendo en relación la extraversión e introversión

con los desórdenes neuróticos y la teoría de Kretschmer que sugirió a Eysenck considerar una tercera dimensión, el psicoticismo.

Eysenck identifica a partir del análisis factorial dos dimensiones de personalidad que son extraversión y neuroticismo. A partir de aquí diseñó una serie de cuestionarios para medir ambas dimensiones. Tanto el Inventario de personalidad (EPI) como el cuestionario EPQ (que fue diseñado unos años más tarde al encontrar una tercera dimensión, el psicoticismo), son dos instrumentos que junto con el 16PF de Cattell se encuentran entre los más utilizados en la actualidad. La dimensión de psicoticismo fue identificada a raíz del intento por explicar las bases biológicas de las dos primeras dimensiones encontradas. Eysenck se apoya en las bases biológicas para intentar explicar la consistencia en el comportamiento de las personas (Ibañez y Galdón,1985). En este periodo pone el énfasis de su teoría hacia términos de “arousal”, apoyándose en la teoría pauloviana (Mangan,1982).

El trabajo de Eysenck recibió revisiones y críticas por parte de Gray, Claridge y Zuckerman. Gray, en 1967 afirma que su hipótesis de que los introvertidos son más susceptibles al castigo mientras que los extrvertidos son más sensibles a las recompensas, va acorde con el pensamiento de Eysenck sobre las causas de la psicopatía y los desórdenes afectivos. En cambio, es necesario resaltar las aportaciones de Gray a la teoría de Eysenck. Por un lado, en 1970 Gray señala que además de ser el sistema reticular activador ascendente el substrato neural de la extraversión, añade el córtex orbital, el área septal y el hipocampo. Más tarde Gray, mediante la rotación de las dimensiones de Eysenck obtiene dos nuevas: ansiedad e impulsividad. Una baja ansiedad correspondería a introvertidos neuróticos, una baja impulsividad a introvertidos estables y una alta impulsividad a los extrovertidos neuróticos (Gray,1982). Claridge con su modelo intenta explicar las diferencias nerviosas tipológicas que son la base de variaciones de personalidad asociadas con altos niveles en las dimensiones de neuroticismo y psicoticismo (Claridge, 1973). Por último, Zuckerman plantea que los individuos se van a diferenciar en cuanto a la necesidad de estimulación con el objetivo de mantener un nivel óptimo de activación, asimismo, estas diferencias en cuanto a la necesidad de estimulación son debidas a las diferencias del “arousal” de los individuos (Zuckerman,1974,1975).

La teoría de personalidad de Cattell constituye un Ejemplo prototípico de los modelos internalistas y multirasgo como el de Eysenck, pues recurre a variables personales como determinantes principales de la conducta, así como a teorías estructurales o de rasgo donde las variables personales se toman como estructuras formadas por disposiciones o elementos relativamente estáticos, comunes a la mayoría de los individuos, en las que el sujeto puede estar descrito asignándole un lugar en cuanto a la pertenencia o no de dichos elementos. Estos elementos en la teoría de Cattell son los rasgos. Cattell comparte con Allport el énfasis del rasgo como unidad básica de análisis de la personalidad, aunque Cattell se sitúa en un enfoque nomotético, cuando afirma que existen unos rasgos comunes a todos los individuos con los que se pueden describir y medir, en cambio, para Allport los verdaderos rasgos eran individuales.

Para Cattell el rasgo es el elemento estructural básico que se define como la tendencia relativamente permanente y que implica reaccionar de una forma determinada. Cattell distingue distintos tipos de rasgos (causales, temperamentales y dinámicos) que consideraba más significativos de cara al estudio de la personalidad. Cattell considera la existencia de al menos 16 rasgos (Cattell,1957), rasgos que considera primarios en su cuestionario factorial de personalidad, el 16 PF.

Las diferencias entre los modelos de Eysenck y Cattell, tienen mucho que ver con el uso y el tipo del análisis factorial realizado. Royce y Powell (1983) afirman que Eysenck utiliza el análisis factorial desde el punto de vista de una lógica de la justificación en la investigación científica, mientras que Cattell la utiliza desde la perspectiva de una lógica del descubrimiento, lo que lleva a resultados distintos. Además, Eysenck trabaja con pocos factores, se inclina por las rotaciones ortogonales o independientes mientras que Cattell habla de rotaciones oblicuas o relacionadas. Cattell afirma que Eysenck ha llegado a una conclusión errónea al considerar las tres dimensiones como los factores de primer orden, ya que son de segundo orden.

Nos hemos extendido en la descripción de la teoría de Eysenck, ya que resulta muy relevante en un trabajo donde vamos a explorar la relación entre un trastorno de ansiedad y la personalidad, y es Eysenck uno de los autores dentro de

la psicología de la personalidad que conjugan en su modelo la psicopatología y la personalidad.

Por otro lado, dentro de esta misma fase histórica, aunque desde el conductismo se hacen esfuerzos por eliminar la personalidad como disciplina psicológica, alrededor de la figura de Hull en Yale se generan dos corrientes, una liderada por Dollard y Miller que intentaron operacionalizar la teoría psicoanalítica, en concreto los distintos tipos de conflicto; y otra liderada por Spence en Iowa que propuso una dimensión de ansiedad para explicar las diferencias identificadas en los procesos de condicionamiento clásico y abrió una fructífera línea de investigación.

Otra aportación importante en esta fase la constituye el impacto de la psicología social en la psicología de la personalidad, sobre todo la formulación de la disonancia cognitiva de Festinger en 1957, los distintos modelos de la psicología de la atribución, entre los que destaca la obra de Heider (1944, 1958) y los estudios de Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Sanford (1950) sobre la personalidad autoritaria que evolucionaría a una línea de investigación sobre el estudio y depuración de este concepto como el de la mente cerrada o abierta de Rokeach (1961) o el reflejado en las adaptaciones de este concepto en población española realizadas por el mismo Pelechano. Todas estas aproximaciones recogen la visión de la personalidad como respuesta ante los demás. Esta perspectiva ha ido evolucionando para dedicarse en la actualidad fundamentalmente al estudio de los denominados factores sociales de la personalidad como las actitudes, las creencias, los valores o el autoritarismo.

Otra línea de trabajo en esta época la constituyeron los distintos análisis cuyo objetivo era la delimitación de rasgos únicos de forma operativa, apoyados por experimentos de laboratorio. Pelechano destaca a Rotter y la expectativa de locus de control y los estudios sobre la motivación de logro encabezados por McClelland.

Esta época finaliza con la crítica de Mischel a la psicología diferencial de los rasgos con la publicación de su libro *Personality and assessment* en 1968. Mischel critica fuertemente la metodología y la consistencia, abogando por el situacionismo, en el que el “yo” se ve controlado por las circunstancias. Realiza una revisión de los autores concluyendo que los rasgos o disposiciones de personalidad pueden variar en la conducta humana y que existe una generalidad trans-situacional en la

conducta. Mischel argumenta que ciertos rasgos de acción se favorecen situacionalmente por factores específicos. Las diferencias individuales en las situaciones son predictores más efectivos de la conducta que las diferencias individuales en rasgos. Afirma que los psicólogos de la personalidad están cometiendo un error fundamental de atribución por imponer categorías que conciernen a las disposiciones internas para explicar y predecir la conducta de los individuos cuando de hecho la conducta se explica mejor por factores específicos a la situación. El situacionismo temprano de Mischel proporcionó el paso a la aparición de las investigaciones del Interaccionismo (Ibañez y Belloch, 1983), que han supuesto en la actualidad uno de los pilares básicos en Personalidad, aunque no exento de críticas. A partir de 1973 Mischel, va a abandonar su situacionismo extremo, afirmando que la conducta es el producto de la interacción entre la persona y la situación. No obstante, mantendrá su postura, en contra de la idea de construir la persona en términos de disposiciones (Woodruffe, 1984). Mischel junto con otros autores admiten la influencia de variables cognitivas que influyen en la percepción de las situaciones, lo que posibilita el comienzo de las teorías cognitivas del aprendizaje social. Según Hampson (1982), esto se parece al concepto de personalidad tradicional, es decir, en este caso en vez de rasgos de personalidad los individuos se caracterizan por procesos cognitivos transituacionales que determinan cómo la situación será percibida y como se responderá a ella.

d) **Crítica, supervivencia y refundación** (1971-1983). En esta fase, Pelechano destaca, por un lado, el esfuerzo por los teóricos de la personalidad por contestar a las críticas de Mischel proporcionando datos empíricos acerca de la estabilidad temporal de la conducta y la estabilidad y coherencia en distintas situaciones (p.ej., Rabin, Aronoff, Barclay y Zucker, 1981); y, por otro la continuidad en la línea de investigación de los modelos factoriales de, por Ejemplo, Eysenck y Cattell al margen de la polémica. Otros autores como Endler y Magnussun (1976) apuestan por el situacionismo.

Otro hecho que destaca Pelechano es la preocupación y acercamiento de la Psicología al mundo de la salud, y, en concreto, la inclusión de la influencia de la personalidad en enfermedades como la enfermedad coronaria o el cáncer.

Por último, desde el ámbito de la Psicología clínica también se produce un interés por la personalidad, interés por delimitar la estructura básica del

funcionamiento humano y por el papel que puedan desempeñar las dimensiones de personalidad en la psicopatología y la respuesta al tratamiento.

En este periodo también se produce una influencia importante de la psicología cognitiva en la psicología de la personalidad. Mientras que autores como Cantor y Mischel (1979) pretenden seguir el curso de la psicología cognitiva, otros muchos investigadores se centran en el análisis de la consistencia de los rasgos como “categorías mentales del observador” entrando así la psicología de la personalidad en contacto con las teorías de la psicología cognitiva (Belloch y Mira, 1984; Pascual, 1984).

Con la “revolución cognitiva” en Psicología, se desplaza el foco de atención hacia concepciones de la personalidad en términos de repertorios y estilos cognitivos, teorías implícitas, sistemas conceptuales, constructos anticipatorios, autoesquemas, expectativas atribucionales. Se define la personalidad como el resultado de la interacción entre factores internos del individuo (repertorios y competencias cognitivas) y la construcción y significación personal del ambiente (Endler y Magnusson, 1976). Se incluiría también la construcción social de la personalidad (Moreno-Jiménez, 1996; para una mayor revisión consultar en Fierro, 1996).

Asímismo, aparece la propuesta del acercamiento del análisis lingüístico contemporáneo, los “grandes”. Se trata de una propuesta que hipotetiza que existen unos factores básicos y universales del funcionamiento personal que pueden obtenerse del análisis del lenguaje. Autores como Galton, Thurstone, McDougall, Allport y Odbert realizaron análisis léxicos sobre la personalidad (Pelechano, 1996), pero esta perspectiva no surgió con fuerza hasta los años 70-80 y distintos estudios determinaron que la estructura de la personalidad estaba formada por entre tres y siete dimensiones básicas. Esta aproximación incluye a distintos autores como Goldberg, Costa, McCrae, Norman, Wiggins, John y Tellegen.

e) **Década de los 80 y 90.** En esta fase, Pelechano destaca la continuidad en la consolidación de la disciplina y en la necesidad de incluir aspectos como el ciclo vital, la influencia de los factores sociales como la tendencia de la sociedad del bienestar a disminuir al máximo las diferencias individuales, o la inclusión de aspectos cognitivos. Pelechano publica esta revisión histórica en 1993 e indica ya la

continuidad de los modelos factoriales de dimensiones básicas con el modelo de los cinco grandes.

Este es el modelo que más se ha desarrollado en los últimos años y que constituye hoy en día una de las teorías más consolidadas para caracterizar la personalidad. En palabras de Pelechano (1996), este modelo ha capitalizado la mayoría de trabajos de investigación desde el final de los 80 y sobre todo en los 90 contando con la mayor tasa de crecimiento de publicaciones, que se ha mantenido hasta la actualidad. En concreto, el modelo de los cinco grandes de McCrae y Costa (1990) se ha constituido como el modelo con mayor difusión en occidente. Describiremos brevemente esta perspectiva ya que es una de las aproximaciones que hemos incluido en esta tesis doctoral para caracterizar las dimensiones básicas de personalidad de nuestra muestra.

La estructura de la personalidad según este modelo es jerárquica y se compone de cinco dimensiones básicas: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y responsabilidad. Asimismo, cada dimensión se compone de seis facetas (por Ejemplo, el neuroticismo está representado por las facetas: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad). Varios estudios han demostrado la robustez de la solución de estos cinco factores en muestras de distintos países y su utilidad en distintos ámbitos de aplicación como la salud o la psicología clínica (p.ej., Costa y McCrae, 1990; Costa y Widiger, 2002; Digman, 1990; Digman y Takemoto-Chock, 1981; Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas y Hervig, 1994; McCrae, 1992; Wiggins y Pincus, 1989; Trull, 1992). Asimismo, Costa y McCrae diseñaron un cuestionario (su última versión es el NEO-PI-R, Costa y McCrae, 1992) para la medida de las dimensiones básicas y sus facetas que se ha convertido en uno de los cuestionarios más utilizados en Psicología.

Otros autores han propuesto soluciones de entre tres y de hasta 10 dimensiones (sin olvidar los 16 factores propuestos por Cattell). Tellegen (1985) propone tres factores temperamentales: afectividad positiva, afectividad negativa y constricción, y elabora su Inventario Multidimensional de la Personalidad (MPI, Tellegen, 1982). Otro autor, Cloninger (1987), desde una perspectiva muy influenciada por la psicopatología formuló un modelo psicobiológico de tres dimensiones de temperamento genéticamente independientes: evitación del daño,

búsqueda de novedad y dependencia de la recompensa. Más tarde añadió una cuarta dimensión del temperamento a la que denominó persistencia, y en su reformulación (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) propuso tres dimensiones de carácter: Autodirección, Cooperación y Transcendencia. El modelo de Cloninger actual contiene siete dimensiones que pueden evaluarse con su cuestionario, El Inventario de Temperamento y Carácter (TCI, Cloninger, Przybeck y Svrakic, 1991). Por último, Guilford, Zimmerman y Guilford (1976) proponen 10 factores y construyen una medida de los mismos, la *Guilford-Zimmerman Temperament Survey*.

Todas estas aproximaciones incluyen, a veces con distintos nombres y algunos matices, dos de las dimensiones que ya encontró Eysenck en su solución de tres factores, el Neuroticismo y la Extraversión. Estas son las dimensiones básicas de la estructura de la personalidad que más apoyo científico han obtenido. Las otras tres dimensiones de la teoría de los cinco grandes también han recibido apoyos, aunque en menor medida.

Para finalizar nos gustaría lanzar una reflexión de Pelechano (1996) sobre los cinco grandes. Actualmente, esta teoría parece haberse establecido como “la teoría” de la personalidad y es cierto, que el apoyo empírico que está recibiendo es importante. Sin embargo, también nos resulta relevante indicar que el modelo presenta insuficiencias como que no todas las dimensiones tienen el mismo grado de elaboración, independencia y entidad. Este autor también indica que el modelo no está exento de problemas metodológicos, como los criterios para seleccionar los léxicos de los que surge el modelo, el criterio en el análisis factorial para cortar en 5 factores cuando, a partir del quinto factor la varianza explicada no suele pasar del 7%, o los diseños utilizados en las investigaciones que son exclusivamente correlacionales y no experimentales. Otra insuficiencia es que el modelo está muy centrado en la estructura, pero no en la dinámica de la personalidad. Pelechano indica que aunque parece haber evidencia empírica y acuerdo sobre dicha estructura, existen muchos otros aspectos a tomar en consideración para establecer un modelo de funcionamiento personal, por lo que el modelo de los grandes quedaría restringido a una parte de ese funcionamiento.

En la última década la psicología de la personalidad, como otras disciplinas psicológicas ha realizado un esfuerzo integrador en cuanto a las dimensiones básicas de la personalidad, estableciendo que esas dimensiones básicas se encuentran entre tres (Extraversión/ emocionalidad positiva; Neuroticismo/ emocionalidad negativa; Responsabilidad/ constrictión) y cinco (Amabilidad y Apertura a la experiencia). Parece haber consenso respecto a este aspecto que, aunque no contempla toda la complejidad del constructo de personalidad, sienta bases importantes para guiar la investigación.

La Psicología de la personalidad en su recorrido histórico ha ido incorporando distintas visiones del funcionamiento personal del ser humano. Pese a que de todos los modelos, la teoría de los rasgos es la que actualmente predomina en el campo, nos gustaría enfatizar la contribución de otros aspectos a la comprensión de la personalidad. No nos detendremos a explicar cada teoría porque trasciende los objetivos de esta tesis doctoral, pero sí nos gustaría nombrar las aportaciones más relevantes. Hersen y Thomas (2006) en el primer volumen de su *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology* incluyen además de los modelos de rasgos, las teorías psicodinámicas, los modelos evolutivos, las teorías comportamentales, las teorías basadas en la teoría de la evolución, las aproximaciones cognitivas, las teorías humanistas y los modelos constructivistas. Cada una de estas perspectivas contribuye de forma notable a entender la estructura y el funcionamiento de la personalidad.

Brody y Ehrlichman en su manual de Psicología de la Personalidad concluyen con un capítulo sobre su perspectiva de esta disciplina en el siglo XXI (Brody y Ehrlichman, 2000). Afirman: *Creemos que el futuro de las investigaciones sobre la personalidad depende de nuestra habilidad para coordinar distintas técnicas y métodos, con el fin de desarrollar un punto de vista más coherente e integrado de la personalidad* (pág.363). Estos autores señalan algunas de las direcciones que a su entender está tomando el estudio de la personalidad. Entre ellas destacan la búsqueda de las bases biológicas de las diferencias individuales y la integración de distintos enfoques de medida de la personalidad, combinando motivos y rasgos, lo encubierto y lo explícito, incluyendo otros índices como las narrativas de los propios individuos sobre sí mismos.

Para terminar con el panorama histórico, decir que la Personalidad es un campo de estudio muy amplio que suscita gran interés entre los investigadores, que se halla en continua evolución, está sustentado por distintas tendencias o teorías, en definitiva, es un concepto abstracto que es difícil definir. Es ésta una tarea complicada, debido principalmente a la ambigüedad del concepto en sí, a la subjetividad que implica el término y debido a que cada autor u orientación posee su propia perspectiva, con lo cual, disponer de una definición completa, acorde y consensuada es un objetivo costoso. Como ya hemos indicado, no es nuestra intención en este trabajo realizar una revisión exhaustiva del concepto de personalidad, sino delinear los aspectos del estudio de la personalidad “normal” que nos parecen relevantes para el estudio de la personalidad patológica. Nos centraremos sobre todo en la revisión que hace Bermúdez (1997).

Los términos *personalidad* en castellano, *personality* en inglés, *personnalité* en francés y *Persönlichkeit* en alemán tienen un parecido cercano con el término *personitas* del latín medieval. Antes de abordar algunas de las distintas definiciones acerca de la personalidad, merece la pena fijarnos en el significado etimológico de la palabra personalidad, que hace referencia a una impresión, marca o máscara que los actores griegos utilizaban antiguamente en sus representaciones teatrales y que fue adoptada alrededor de un siglo antes de Cristo por los actores romanos.

Realizando tan sólo una breve revisión de la literatura científica nos damos cuenta de la diversidad existente respecto a las definiciones en cuanto al concepto de personalidad, lo que parece indicar una notable resistencia entre los estudiosos de la personalidad, a ponerse de acuerdo en el objetivo de sus estudios (Schrest, 1976; Jackson y Paunonen, 1980).

Por otro lado, se han llevado a cabo intentos por unificar el concepto. Partiendo de una consideración de multiplicidad y diversidad respecto al término “personalidad”. Bermúdez (1997) aísla una serie de notas comunes que comparten la mayoría de las definiciones:

1) La personalidad abarca toda la conducta.

Esta nota se refiere a la conducta tanto manifiesta como inferida o privada. Así en el estudio de la personalidad se pone atención al conjunto de todas las funciones y manifestaciones conductuales, aunque como señala Pelechano (1978),

la gran mayoría de los tratadistas se ocupan principalmente del estudio de los procesos emocionales, afectivos y motivacionales del ser humano.

2) La personalidad hace referencia a características que son relativamente consistentes y duraderas.

Si partimos de la base de que la personalidad posee unas características que son consistentes y duraderas, es decir, que presentan una cierta consistencia temporal y transituacional, podemos afirmar que la conducta puede ser predecida en este sentido, Cattell (1965) afirmaba que *“La personalidad puede definirse como aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada”*. Si por el contrario partimos de la idea de que la conducta está determinada por características de la situación, la conducta no podría predecirse a medida que cambie la situación concreta en que se desarrolle la conducta.

Es conveniente considerar estas dos posturas opuestas en términos relativos, pues probablemente sería más adecuado adoptar una postura intermedia que se refiere a la personalidad como un conjunto de características relativamente estables que el individuo lleva a la situación. Así, el comportamiento sería el resultado de la modulación e interacción de características del individuo y parámetros de la situación (postura interaccionista).

3) El concepto de personalidad resalta el carácter único de cada individuo.

Hace referencia a la manifestación en un momento dado de la organización de una serie de elementos, es decir, los elementos, procesos y funciones que participan en esa organización y los procesos funcionales que producen su manifestación en un momento concreto. Así pues la personalidad única estaría sujeta a unas leyes generales de la conducta y es producto de ellas. En parte, la singularidad es una consecuencia de los efectos de la particular combinación contenida en un organismo. Otro origen de la singularidad es el modelo de las relaciones entre las partes (Stagner, 1961).

Desde un punto de vista descriptivo, *“Para el científico, el individuo único es simplemente el punto de intersección de un conjunto de variables cuantitativas”* (Eysenck, 1952). En este sentido, Guilford (1936) señalaba que una gran cantidad

de psicólogos “*parecen incapaces de ver que un individuo puede distinguirse cuantitativamente de otro en muchas variables, variables comunes, y aun tener una personalidad única*”.

4) Carácter inferido de la personalidad.

La personalidad es una inferencia de una determinada estructura de la personalidad a partir de la observación directa de una conducta. Según Mischel (1968): “*La personalidad es una abstracción o constructo hipotético sobre el comportamiento... los enunciados que tratan sobre la personalidad describen los estados internos mediadores, inferidos y supuestos, la estructura y organización de los individuos*”

Hall y Lindzey (1970) afirmaban que “*La personalidad consiste concretamente en un conjunto de valores o términos descriptivos que, de acuerdo con las variables o las dimensiones fundamentales de una teoría particular, se utilizan para definir a un individuo determinado*”.

5) No implica juicio de valor.

Hace referencia a la ausencia de implicación de juicio acerca de las capacidades de la persona caracterizada, y se utiliza tan sólo para describir, explicar y predecir el comportamiento de una persona.

Como conclusión a este análisis Bermúdez (1997) da una definición que nos parece bastante completa de la personalidad. Considera a la personalidad como la organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones.

Un aspecto que nos parece relevante para entender la personalidad, tanto normal como patológica es su evolución a lo largo del ciclo vital. En 2005 Caspi, Roberts y Shiner publicaron una revisión sobre este tema en el *Annual Review of Psychology* que nos parece importante comentar. En primer lugar, estos autores comparan los estudios sobre la estructura de la personalidad realizados en niños (estudio del temperamento) y en adultos (estudio del carácter) y concluyen que los rasgos de temperamento y los rasgos de carácter parecen ser más similares de lo

que se suponía. Por Ejemplo, tanto unos como otros muestran una influencia genética moderada (Bouchard y Loehlin, 2001), e incluso se han encontrado diferencias individuales en rasgos de carácter en animales (Gosling, 2001). Investigadores del desarrollo han explorado la posibilidad de que la estructura de la personalidad en la infancia tenga similitudes con la estructura de la personalidad en la edad adulta y, actualmente existe evidencia de que esto es así. En varios estudios con análisis factoriales se han obtenido estructuras de tres y cinco factores en niños similares a la estructura encontrada en los adultos (Shiner y Caspi, 2003). Parece que la estructura es similar, aunque los autores apuntan a diferencias en la manifestación de esa estructura en niños y adultos, por Ejemplo, encontrándose una menor coherencia de los rasgos en la infancia (Lamb, Chuang, Wessel, Broberg y Hwang, 2002).

Con respecto a la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del ciclo vital, las conclusiones de Caspi et al. (2005) son reveladoras. Estos autores parten de las posturas clásicas, por un lado, la perspectiva clásica esencialista de los rasgos que afirma que los rasgos de personalidad en la edad adulta son temperamentos con base biológica que no son susceptibles de la influencia del ambiente y, por tanto, no cambian con el tiempo (McCrae et al., 2000); y, por otro lado, la perspectiva situacionista clásica que enfatiza la importancia de los cambios vitales y los cambios de roles a lo largo de la vida, sugiriendo que la personalidad está sujeta a cambios, sobre todo en periodos evolutivos caracterizados por cambios biológicos, sociales o cognitivos (Lewis, 2001). Caspi y colaboradores afirman que los estudios longitudinales no apoyan ninguna de las dos perspectivas. Un meta-análisis sobre la estabilidad de la personalidad llevado a cabo sobre la teoría de los cinco grandes (Fraley y Roberts, 2004) arrojó seis conclusiones: a) las correlaciones test-retest fueron moderadas; b) la estabilidad temporal se incrementaba con la edad pasando de 0,41 en la infancia, a 0,55 a los 30 años, y alcanzando 0,70 entre los 50 y 70 años; c) la estabilidad temporal disminuía a medida que se aumentaba el intervalo entre observaciones; d) la estabilidad temporal no variaba en función de los distintos cinco factores; e) ni en función del método de medida; f) ni en función del sexo. Caspi y colaboradores concluyen que la magnitud de la estabilidad temporal, aunque no es tan elevada como la postura esencialista promulgaba, es bastante

alta. Sólo hay otros constructos tan estables, las aptitudes. Otro aspecto destacable es que el grado de continuidad en la infancia y la adolescencia es mayor del esperado, sobre todo después de los 3 años, y esa estabilidad aumenta de forma lineal a través de la adolescencia y la primera edad adulta, época de grandes cambios biológicos y psicosociales. Por último, parece que la personalidad se establece más tarde de lo esperado, después de los 50 años, es decir, durante la edad adulta todavía se producen cambios en la personalidad a diferencia de la perspectiva de prominentes investigadores que proponían que esto se producía a los 30 años (McCrae y Costa, 1994).

A la luz de estos datos y otros relacionados Caspi et al. (2005) enuncian tres principios en el desarrollo de la personalidad:

a) **El principio de madurez.** Las personas se van haciendo más dominantes, amables, responsables y estables emocionalmente a lo largo de la vida. Esto no va en consonancia con la idea humanista de la madurez asociada a autorrealización y crecimiento personal que propondría que las personas nos vamos haciendo menos rígidas y más abiertas a la experiencia con la edad. Al contrario, los datos apoyan una idea de la madurez más asociada a una perspectiva funcionalista en la que la madurez tiene que ver con ser productivo y contribuir a la sociedad (más responsables, amables y emocionalmente estables). Los datos también muestran que las personas que muestran estos rasgos de forma más temprana tienen un mayor éxito en el área de pareja, laboral y de salud.

b) **El principio de continuidad acumulada.** Los datos indican que la consistencia en la estructura de la personalidad se produce más allá de los 50 años. Cuatro factores contribuyen a esta estabilización: 1) factores genéticos; 2) el hecho de que las personas eligen ambientes que correlacionan con sus rasgos y esos ambientes refuerzan y ayudan a estabilizar dichos rasgos, 3) el proceso de desarrollar y mantener un sentido de la identidad que proporciona puntos de referencia estables para tomar decisiones vitales, y 4) los cambios en el desarrollo de la personalidad que sean normativos, es decir, que estén apoyados y reforzados socialmente, pueden favorecer la continuidad y estabilidad de esos rasgos. Por eso rasgos como la amabilidad, la responsabilidad y la estabilidad emocional no sólo aumentan con la edad, sino que correlacionan positivamente con la consistencia en

la personalidad (las personas que manifiestan estos rasgos es menos probable que cambien).

c) **El principio de correspondencia.** El desarrollo de los rasgos de personalidad no es una proposición de continuidad versus cambio, sino que la continuidad y el cambio coexisten gracias a este principio que une dos dinámicas del desarrollo: la “selección social” por la que las personas eligen ambientes que correlacionan con sus rasgos y la “influencia social” por la que las experiencias ambientales afectan al funcionamiento de la personalidad. Así, el rasgo de dominancia “seleccionará” trabajos de liderazgo para la persona y las experiencias de liderazgo reforzarán el rasgo de dominancia y lo harán consistente.

Pensamos que asumir una perspectiva evolutiva en el acercamiento al concepto de la personalidad amplía las posibilidades de comprender este complejo constructo. Estos estudios nos proporcionan información sobre una mayor flexibilidad y dinámica de los rasgos de personalidad que si atendemos a las perspectivas clásicas dimensionales, pero sin caer en el situacionismo. Nos ofrece una perspectiva de la personalidad como algo que es moderadamente estable, pero que está sujeto a cambios hasta bien avanzada la edad adulta, lo que puede ser muy interesante cuando nos acerquemos a la personalidad patológica, ya que nos ofrece, a priori (y esperando que la personalidad patológica se comporte igual) más oportunidades para producir cambios con intervenciones adecuadas. Además, nos proporciona pistas de los rasgos de personalidad que parecen ser más adaptativos en el desarrollo de las personas (p.ej. amabilidad o estabilidad emocional), lo que nos puede ofrecer alguna luz respecto a por qué las personas que manifiestan de forma extrema otros rasgos (p.ej. neuroticismo, impulsividad) pueden tener más problemas en su desarrollo como personas. Nos parece esta perspectiva muy importante para obtener datos del desarrollo de la personalidad normal, pero también de la personalidad patológica.

Tras este breve recorrido por el concepto de personalidad desde la psicología de la personalidad, a continuación nos centraremos en la personalidad patológica.

2.3. Concepto y evolución histórica de la personalidad patológica

Como hemos visto, la evolución del concepto de personalidad se ha centrado sobre todo en las diferencias y semejanzas de distintas características en la población general. Como sucede en otros campos en Psicología el estudio de la personalidad normal y patológica han tomado caminos diferentes. La personalidad patológica ha ido evolucionando hacia los TPe, evolución que ha sido consecuencia de las distintas transiciones del concepto, hasta la inclusión de un Eje diagnóstico propio en el DSM-III (APA, 1980). En este apartado analizaremos en primer lugar la evolución conceptual de la personalidad patológica. En segundo lugar, revisaremos las definiciones y criterios que se utilizan actualmente para definir la personalidad patológica.

G. E. Berrios en su artículo *“European views on Personality Disorders: A conceptual history”* (1993) nos ofrece una interesante visión histórica del concepto de personalidad desde una perspectiva europea hasta llegar al origen del Eje II en el DSM-III.

Los primeros escritos que podríamos relacionar con lo que hoy denominamos TPe lo encontramos ya en el siglo V a. de C. procedente de la tipología médica. Hipócrates, en su *Teoría de los humores*, afirmaba que existían cuatro tipos de humores que clasificaba en bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema, que a su vez correspondían a una serie de caracteres según predominaran unos u otros humores. Es curioso como esta teoría aparece como la primera teoría de la personalidad tanto en la historia de la psicología de la personalidad, como en la historia de los TPe.

Otros autores como Platón y Aristóteles también se dedicaron a explicar el comportamiento humano y fue Teofrasto (siglo III a. de C.) quien con una visión más clínica escribe sobre las alteraciones de las personas según su forma de ser.

Es preciso dar un largo salto histórico para encontrarnos en el siglo XVIII con Gall y su Frenología, el cual afirma según su teoría, que dependiendo de las variaciones del cráneo los individuos poseen un determinado comportamiento.

En el siglo XIX se empieza a delinear la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales. Este esfuerzo clasificatorio da lugar a la necesidad de estudiar y etiquetar manifestaciones clínicas que no se habían clasificado hasta entonces. Es el caso de categorías como la *“mania sin delirios”* que propone Pinel en 1801. La

Manía para Pinel hace referencia a estados de persistente furor y psicosis florida. El Delirio se refiere a trastornos del intelecto o la volición. Pinel describió algunos casos en los que los pacientes presentaban desórdenes en las facultades afectivas pero no en otras facultades como la intelectual. El debate sobre esta nueva categoría fue una constante en el siglo XIX. Berrios afirma que no parece que Pinel estuviera pensando en los TPe al formular esta nueva categoría, sino más bien en un tipo de enfermedad mental en la que, sin que hubiera presencia de delirios (tal como se conceptualizaba el delirio en esa época) todavía se considerara una enfermedad mental en términos forenses. Otros autores como Esquirol propusieron otros terminos como "*monomania*". Pritchard (1837) con el concepto de "*Insania moral*" es el primero en dar una visión moral a estos cuadros. La base para la visión que tenía Pritchard comenzó con la creencia de que las funciones mentales podrían ser enfermedades independientes. La Insania era considerado como "un trastorno del sistema encargado de la buena Ejecución de las facultades mentales". Esta definición requiere estados orgánicos tales como el delirium, el estupor y la apoplejía. Prichard incluye la melancolía, manía, demencia parcial e incoherencia. Agrega además una categoría más que sería la demencia moral (*moral insanity*) referido a una mezcla de trastornos de conducta en los cuales un rasgo común era la ausencia de delirios o alucinaciones. En esta categoría se incluyeron los estados maníaco-depresivos sin psicosis. Fomentó el desarrollo de una psicopatología descriptiva de los trastornos afectivos. Un psiquiatra francés, Trelar, acuñó un termino cercano a la insania moral, "*Folie Lucide*", el cual hace referencia a un conjunto de trastornos conductuales que describe así: "Los pacientes que yo he descrito no han sido estudiados antes. Loco brillante, un hombre lúcido al que se le trastornó la razón, responde a todas las preguntas y superficialmente parece normal".

Estos conceptos se asociaron a otros como el concepto de impulsión. Las impulsiones eran actos agresivos cometidos por una serie de personas que se consideraban dementes y se caracterizaban por "irreflexibilidad o involuntariedad". Algunos autores explican que son actos o explosiones motoras inmotivadas y otros lo explican como trastornos de la voluntad o del afecto, por Ejemplo, como dificultades en el control de sentimientos que son irresistibles. La categoría de

demencia impulsiva fue creada para incluir estados de conducta como homicidios y monomanía suicida. El concepto de trastorno o demencia impulsiva quedó asociada a otros términos comentados antes como el de “manía sin delirio”. Valentin Magnan, asoció la demencia impulsiva con la Teoría de la degeneración. De esta forma, la impulsión y la demencia impulsiva se organizan como uno de los núcleos de la noción de un tipo de personalidad patológica, la personalidad psicopática. En esta época se habla de la Teoría de la degeneración, un término generalizado para la visión desarrollada por B. A. Morel, un psiquiatra francés. Según esta teoría, se considera que la enfermedad mental o la predisposición a padecerla se hereda, de manera que los miembros de una misma familia presentan un desarrollo anormal del sistema nervioso. Esta corriente surge en parte como consecuencia del fracaso de encontrar daños cerebrales estructurales que explicasen las enfermedades y como un intento de no abandonar la postura médica. La teoría de la degeneración fue relevante para que sobrevivieran categorías como la *folie raisonnante* y el desarrollo de tipologías más tardías como las de Kretschmer, Schneider, Kahan y Henderson.

A partir de aquí evoluciona una de las personalidades patológicas incluidas en los manuales diagnósticos actuales, la personalidad psicopática o antisocial. Durante la época más tardía del siglo diecinueve, aparece el trabajo de Koch (1891) influenciado por las teorías constitucionalistas de la época, que propone la “*Inferioridad psicopática*” como un grupo de estados de conducta anormales resultado de una “debilidad del cerebro” que pueden ser crónicos o agudos, congénitos o adquiridos. Años más tarde, Kurt Schneider observa que el criterio de clasificación de Koch es más moral que científico y publica la primera edición de “*Personalidades psicopáticas*” en 1923. Este autor define la personalidad como una estable “*composición de sentimientos, valores, tendencias y voluntades*”, excluyendo funciones cognitivas y sensaciones corporales. Las personalidades psicopáticas son una subclase de las personalidades anormales y se refieren a aquellas que hacen sufrir al propio sujeto o a la sociedad. Propone diez grupos psicopáticos: hipertímico, depresivo, inseguro, fanático, vacío de estima, lábil en afecto, explosivo, abúlico, asténico y malvado. Concibe estas categorías como formas de ser y no como entidades diagnósticas. Schneider no ve ninguna relación entre sus tipos y la

neurosis o psicosis, pero sugiere que la personalidad, sea normal o anormal, puede modular la forma de la psicosis.

Eugen Kahn publica en 1928 su libro *Personalidades psicopáticas* y usa el término psicopático para designar un gran número de características o condiciones en las cuales existe un espacio amplio entre la salud mental y la enfermedad mental (psicosis), y apoya la definición original de Schneider sobre personalidad psicopática como estados que producen sufrimiento al que los posee o a la sociedad. Concibe la personalidad como un concepto a partir del cual proporciona un perfil final determinado por la contribución cuantitativa del impulso, el temperamento y el carácter. Kahn clasifica la personalidad psicopática en tres clases: el primer grupo incluye: impulsividad, debilidad energética, psicópatas sexuales; el segundo grupo incluye hiper-, hipo-, y poikilotímicos y el tercer grupo incluye auto-sobreestimadores, auto-infraestimadores y ambivalentes. Este autor denomina a los grupos de Schneider “estados psicopáticos complejos” y sugiere que deberían analizarse en términos tales como constitución (a nivel físico), impulso vital, temperamento y carácter.

Otro trabajo es el de Otto Gross, un psiquiatra austríaco conocido por su hipótesis de la “*función cerebral secundaria*”. Postula que las diferencias en el tiempo de retorno a la línea base de las células nerviosas tras un impulso eléctrico causarían diferencias en el carácter. En su libro “*Psychopathic Inferiorities*” las ideas de Gross influyeron en el trabajo de Jung en cuanto a sus tipos extrovertidos y los introvertidos. Ya hemos comentado en el apartado anterior que estos autores tuvieron una influencia importante en la teoría de la personalidad de Eysenck.

Otro importante autor, Bleuler, en su tratado de psiquiatría de 1924 es el primero en utilizar el concepto de *psicopatía* atribuyendo un *defecto moral* congénito o adquirido a una serie de trastornos mentales que abarcan desde el retraso mental a sujetos antisociales. D.K. Henderson en su libro “*Estados psicopáticos*”, incluye la noción de constitución de Adolf Meyer. Henderson define “constitución” como “todo el ser, físico y mental, compuesto de una parte congénita y otra parte ambiental y que es como un estado de flujo que varía día a día y hora a hora” y define “*estado psicopático*” como “*el nombre que aplicamos a individuos que cumplen cierto estándar intelectual, a veces alto y otras veces aproximándose a lo defectual, que*

durante toda su vida exhiben trastornos de conducta de naturaleza antisocial, que pueden ser recurrentes o episódicos y que presentan resistencia al cambio desde métodos sociales, penales o cuidados y tratamientos médicos, y para los que no poseemos una adecuada respuesta de naturaleza preventiva o curativa... constituye una verdadera enfermedad que no tiene explicación". Henderson propone tres clusters: predominantemente agresivo, pasivo y creativo.

La perspectiva psicodinámica también realizó sus aportaciones en el siglo XIX respecto a la personalidad patológica. *Pierre Janet* fue uno de los autores que propusieron la noción de "*automatismo psicológico*" un modelo mental basado en una jerarquía de niveles. Janet utilizó este modelo para explicar los síntomas mentales, trastornos y "alteraciones de personalidad". Define el automatismo psicológico o mental como una situación en la que una parte del aparato mental (o todo) escapa del control del pensamiento o de la consciencia y continua funcionando de manera independiente y espontánea. De este modo, Janet explica la histeria y los estados disociativos, en los cuales existe una desconexión entre los aspectos conscientes e inconscientes de la personalidad. Janet propone un segundo mecanismo que es la "reducción en la tensión psicológica". Por Ejemplo, la "psicastenia" supondría un síndrome caracterizado por un automatismo psicológico y una marcada reducción en los niveles de energía del aparato psíquico. Ciertos autores han sugerido que el trabajo de Janet es la culminación de una larga tradición del pensamiento europeo sobre la conducta automática que comenzó con Descartes.

Freud está mucho más interesado en los síntomas significativos que en la personalidad de los pacientes, aunque a veces atribuye las resistencias hacia la terapia a los trastornos del carácter. Sin embargo, otros autores psicodinámicos (como Kernberg) tendrán una influencia importante en la conceptualización de otro TPe, el trastorno límite.

Por último, en esta revisión, Berrios comenta las corrientes tipológicas que siguieron apareciendo en los inicios del siglo XX y que perseguían poner en relación distintos tipos de personalidad con formas anatómicas específicas y trastornos mentales. En esta línea destaca C. G. Jung, autor al que Berrios reconoce haber rescatado el concepto de tipo para el siglo XX. Jung afirma que la personalidad es

una combinación de características o dimensiones y propone una dimensión de introversión/extraversión a partir de la cual se organizan las funciones mentales como el pensamiento, la afectividad, la sensación o la intuición.

Otra tipología destacada, basada en explicaciones biológicas, es la de Kretschmer, que en 1921, va a proponer un continuo que va desde la esquizofrenia hasta la psicosis maniaco-depresiva con intervalos intermedios de “personalidades” más o menos patológicas en función de la cercanía a cada uno de estos polos. Influenciado por la división de Kraepelin de la psicosis sugiere que existen cuatro tipos de psique: asténica o leptosomática, atlética, pícnica o psicósomática, y displásica. El tipo pícnico correlaciona con los trastornos maniaco-depresivos, el tipo leptosomático, el pícnico y, en menor medida, el displástico, con la esquizofrenia.

Nos gustaría hacer un inciso sobre la obra clasificatoria de Kraepelin en la que hace referencia a la “personalidad autista” como un antecedente de la demencia precoz. En su obra, describe cuatro tipos de personalidades anómalas o morbosas. Este autor consideró los TPe como formas intermedias de las psicosis, defendiendo la idea de la continuidad entre los trastornos del estado mental y los de la personalidad. Aquí vemos un antecedente importante de otros TPe, los trastornos que actualmente se incluyen en el cluster A del DSM-IV (el esquizoide, el esquizotípico y el paranoide). Volviendo a las tipologías, Sheldon en Estados Unidos crea una escala para medir el temperamento basándose en tres componentes: viscerotonía, somatotonía y cerebrotonía.

Berrios (1993) tras su revisión histórica, llega a una serie de conclusiones que nos parece relevante reflejar aquí: 1) El concepto de TPe aparece en la literatura psiquiátrica del siglo XIX sólo después de que esté disponible una definición psicológica de la personalidad y de que se considere el self como una función mental; 2) El concepto psiquiátrico de personalidad patológica incluía referencias a un sustrato orgánico; 3) Durante el siglo XIX el TPe significaba una alteración de la conciencia e incluía las histerias disociativas. Berrios afirma que esto explicaría por qué hasta la primera guerra mundial (e incluso hasta nuestros días) el estudio psiquiátrico y psicológico de la personalidad (y sus trastornos) no ha convergido; 4) Durante el siglo XIX existieron tres modelos para explicar los desordenes de la

personalidad. Desde la perspectiva funcionalista se entendían como fracasos de la volición. El asociacionismo los conceptualizaba como una pérdida de coherencia entre la información volitiva, cognitiva y emocional. Por último, la hipótesis del automatismo sugería que los TPe eran el resultado de un mecanismo por el que patrones de funcionamiento de un nivel inferior escapaban del control de patrones de un nivel superior; 5) Estas tres concepciones de los TPe basaban su explicación en mecanismos degenerativos (genéticos) y adquiridos; 6) el concepto de tipos surge de la tradición frenológica y el concepto de rasgos de la tradición psicométrica; y 7) Por último, Berrios concluye que el contexto intelectual e histórico ha sido el que ha determinado la predominancia de un modelo u otro más que los resultados de la investigación empírica.

Berrios (1993) afirma que las definiciones actuales de los TPe incluidas en el DSM o la CIE resultan de la convergencia de tres fuentes de información: informes de experiencias subjetivas directas, relatos autobiográficos y narrativas realizadas por otros. Por lo tanto, su fiabilidad depende del grado de convergencia en la información. Cuanto mayor sea esa convergencia, mayor será la estabilidad de un determinado perfil, y, en algunos casos esta estabilidad garantiza el postulado de un sustrato biológico. El autor señala que sólo encuentra una diferencia entre las aproximaciones del siglo XIX y las actuales a los TPe. Esta diferencia estriba en que las observaciones anecdóticas no se consideran actualmente suficiente evidencia de convergencia y se apela a convergencias estadísticas que garanticen la convergencia de las distintas fuentes de información.

En la actualidad hay destacados autores, algunos que ya hemos nombrado, y que nos limitamos a enumerar como Eysenck, Millon, Costa y McGrae, Widiger, Kernberg, Siever, Cloninger, Beck, Freeman, Linehan, entre otros que, desde distintas perspectivas se han dedicado y se dedican al estudio de la personalidad normal y patológica. A lo largo del trabajo, comentaremos algunas de estas aproximaciones teóricas actuales.

Una vez delineada la evolución histórica del concepto de personalidad patológica vamos a acercarnos a cómo actualmente describimos la personalidad patológica y los TPe. Los primeros referentes son los manuales de clasificación diagnóstica, la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV (APA, 2000). La CIE-10 define los

TPe como “condiciones y patrones de conducta que aparecen de forma temprana en el desarrollo del individuo como resultado de factores constitucionales y experiencias sociales” (pág. 150).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) hace una diferenciación entre los rasgos de personalidad normales y patológicos. Considera que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percepción, relación y pensamiento acerca del entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales y que sólo cuando dichos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativos, pueden considerarse como TPe. La característica esencial de un TPe es un *“patrón permanente de conducta y de experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas generadas por la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos”* (pág. 686).

Sobre esta base podemos preguntarnos acerca de cuál sería la línea divisoria que separaría la personalidad normal de la patológica. Desde un punto de vista dimensional, tanto la personalidad normal como la patológica, representarían puntos en un continuo dentro del cual se distribuirían cada uno de los individuos; en cambio, desde una perspectiva categorial, la línea divisoria no sería cuestión de grado, existiría una diferencia cualitativa entre lo que se considera normal y lo considerado patológico.

La personalidad es muy compleja, y ciertas áreas de funcionamiento psíquico pueden operar o funcionar de manera normal y otras áreas de forma patológica. También hay que considerar que el ambiente y sus circunstancias varían, lo que conduce a que las conductas o respuestas ante ese ambiente sean o no sean adaptativas. Las influencias mútuas entre la personalidad y el ambiente en cada uno de nosotros pueden predisponer a algunos individuos a adquirir un funcionamiento patológico y a otros un funcionamiento normal o adaptativo.

Un funcionamiento normal o personalidad sana se reflejaría como una capacidad o estrategia exitosa para afrontar el ambiente y sus consecuencias de manera flexible, adaptativa y que fomentaría cierto bienestar o satisfacción personal. De manera contraria cuando estos individuos responden ante el ambiente de forma

inflexible, no adaptativa, no aprendiendo ni creciendo, fomentando malestar o insatisfacción personal se habla de un patrón patológico o desadaptativo.

Desde esta perspectiva uno de los autores más influyentes en el ámbito de la personalidad patológica, Millon, propone como criterios definitorios o características básicas de personalidad patológica: una inflexibilidad adaptativa, una tendencia a fomentar círculos viciosos autodestructivos y una tenue estabilidad emocional bajo condiciones de estrés (Millon, 1969, Millon y Grossman, 2006):

a) **Inflexibilidad adaptativa.** Hace referencia a cuando las estrategias del individuo para responder al ambiente son escasas y rígidas, es incapaz de adaptarse a las circunstancias e intenta “arreglar” el ambiente para evitar acontecimientos que son neutros pero que la persona percibe como estresantes. Como consecuencia, las oportunidades para poner a prueba y adquirir estrategias nuevas y más adaptativas, es decir, las oportunidades “para aprender” y tener experiencias vitales se reducen.

b) **Círculos viciosos.** De todos es sabido que intentamos manipular nuestro ambiente para satisfacer nuestras necesidades. No obstante, lo que distinguiría una personalidad normal de una patológica sería la tendencia a formar círculos viciosos de conductas y pensamientos. Estos individuos merman sus capacidades de aprender a través de “maniobras” de limitación protectora, distorsiones cognitivas y sobregeneralizaciones. Esta serie de “maniobras” lleva al individuo a percibir situaciones de la vida diaria como ansiógenas o peligrosas, provocando reacciones en los demás que reactivarían problemas anteriores. Este patrón de conducta patológico genera y mantiene las dificultades existentes provocando nuevos problemas y estableciéndose secuencias automáticas destructivas en su relación con los demás. Todo esto produce una continuidad y agravamiento progresivo favoreciendo los círculos viciosos.

c) **Estabilidad tenue.** La escasa resistencia bajo condiciones de estrés favorece que el individuo perciba las situaciones inocuas como estresantes y debido a sus infructuosos mecanismos de afrontamiento se producen problemas y dificultades recurrentes, reactivando situaciones del pasado conflictivas no resueltas, permitiendo la aparición de los círculos viciosos donde el individuo, al no aprender,

sigue afrontando las dificultades de forma errónea, no controlando sus emociones y aumentando las percepciones distorsionadas de la realidad.

Millon y Grossman (2006) encuentran desafortunado el término *trastorno* para referirse a la patología de la personalidad. Los patrones de personalidad patológicos no se pueden entender como enfermedades médicas para las que podamos encontrar una causa unitaria. La personalidad, sana o patológica se entiende mejor como un patrón persistente e intrínseco que comprende a la persona que funciona mal o bien en su ambiente. Por ello, Millon y Grossman abogan por el término *patrón* o *estilo* en vez de *trastorno*. Además, estos autores indican que el mismo DSM, desde 1980 realiza un esfuerzo por distinguir los trastornos de la patología de la personalidad al incorporar el diagnóstico multiaxial en la que los síndromes clínicos (Eje I) significan estados trastornados mientras que las patologías de la personalidad (Eje II) son patrones desadaptativos persistentes e inflexibles. La filosofía de la aproximación multiaxial es considerar la información en cada Eje como paralela y complementaria por lo que los trastornos del Eje I representarían la visión clínica tradicional de trastorno y la patología de personalidad del Eje II patrones más duraderos que serían el contexto donde podrían aparecer los síndromes clínicos. Pensamos que es importante destacar el esfuerzo de las clasificaciones psiquiátricas (tan denostadas en el ámbito de la patología de la personalidad) por incluir los patrones de personalidad patológicos en las mismas y por darles un carácter distinto al de los síndromes clínicos.

En definitiva, la personalidad patológica es un constructo muy complejo cuya evolución conceptual no ha ido en paralelo a la evolución de otros problemas mentales. Como deja ver Berrios en su revisión histórica, la concepción de la personalidad patológica, a diferencia de la concepción de otras psicopatologías, todavía depende más de la convergencia de información por consenso y del contexto intelectual que de la investigación empírica. Sin embargo, creemos que parece haber consenso en conceptualizar la personalidad patológica como un problema de la estructura psicológica global que afecta a áreas estructurales como la afectividad, la cognición o la conducta. También creemos que existe una relación esencial entre la personalidad normal y patológica. Nos parece que Dupre (citado por Berrios, 1993) resume muy acertadamente estas dos ideas cuando afirma que

“La personalidad, ya sea normal o patológica representa la suma o síntesis de todas las actividades orgánicas y funcionales”. Por otro lado, creemos como Millon que la inflexibilidad generalizada y la falta de competencias en estrategias eficaces de afrontamiento del estrés, e incluso de afrontamiento de la vida cotidiana son características esenciales de la personalidad patológica.

2.4.- Nuevas propuestas para el DSM-V

Es indudable que estamos siendo testigos de un gran movimiento en el estudio de la clasificación psiquiátrica. La próxima publicación del DSM-V en 2012 está dando lugar a grandes debates sobre aspectos claves sobre cómo vamos a clasificar los trastornos mentales en un futuro próximo. Las carencias de las clasificaciones psiquiátricas han provocado una necesidad de revisar aspectos tan fundamentales como la estructura organizativa de los trastornos mentales, el diagnóstico multiaxial y la superación del modelo categorial para dejar paso a modelos dimensionales. La necesidad de una mejor clasificación de la patología de la personalidad ha contribuido de forma notable a esta revisión en profundidad del DSM. A continuación describiremos algunos de los aspectos que nos parecen más relevantes.

2.4.1.- DSM-V: Hacia una nueva estructura organizativa

El Modelo Afectivo de dos factores “The Big Two” indica que existe suficiente evidencia empírica para determinar que existen dos dimensiones generales de la experiencia emocional: Afecto Negativo y Afecto Positivo (Watson y Tellegen, 1985; Watson, Wiese, Vaidya y Tellegen, 1999). Podemos extrapolar de estos datos que la dimensión general del Afecto Negativo es la responsable de los solapamientos/comorbilidad entre depresión y ansiedad (Watson, Clark y Carey, 1988).

Si juntamos los hallazgos en personalidad junto con los obtenidos sobre la estructura de los trastornos mentales, el Neuroticismo/ Emocionabilidad negativa parece proporcionar la base personológica de la “*psicopatología internalizante*” y, la

Emocionabilidad negativa unida a la Desinhibición parece proporcionar la base personalológica de la “*psicopatología externalizante*”. De esta manera, la conexión entre personalidad y psicopatología tiene todo el sentido desde un punto de vista psicológico. Los resultados de los estudios sugieren que los trastornos unipolares del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la emocionabilidad negativa forman un grupo coherente de constructos (Brown y Barlow, 2009). Los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta antisocial y rasgos de personalidad desinhibitorios forman un grupo relacionado y al mismo tiempo diferenciado de otros constructos. Esta conceptualización se apoya en la investigación en los fundamentos genéticos de las conexiones entre síndromes psicopatológicos y rasgos de personalidad. Kendler, Prescott, Myers y Neale (2003) estudiaron los fundamentos genéticos y ambientales de la comorbilidad de siete síndromes (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, fobias, dependencia del alcohol, otros trastornos relacionados con sustancias, conducta antisocial en la edad adulta y trastornos de la conducta) y delimitaron el espectro internalizante y externalizante. Dos factores genéticos generales fueron encontrados, el primero relacionado con los trastornos internalizantes (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y fobias) y el segundo relacionado con los trastornos externalizantes (dependencia del alcohol, otros trastornos relacionados con sustancias, conducta antisocial en la edad adulta y trastornos de la conducta). Una de las vías en la que la estructura organizacional de las futuras ediciones del DSM pueden incluir la estructura empírica de los trastornos mentales sería organizando los síndromes que se han estudiado hasta ahora en dos secciones: internalizantes y externalizantes. La organización en síndromes internalizantes ha sido particularmente problemática en el DSM (un Ejemplo lo tenemos en el debate sobre el TPe Depresivo). Slade y Watson (2006) han planteado una propuesta para resolver alguno de estos problemas describiendo subfactores dentro del espectro internalizante distinguiendo entre trastornos que están más relacionados con el malestar emocional (depresión mayor y ansiedad generalizada), aquellos que están más relacionados con el miedo (trastorno de pánico, fobia social y fobias simples, ansiedad por separación) y aquellos que incluyen los trastornos bipolares del estado de ánimo (bipolar I y II, ciclotimia). Esta reorganización refleja de manera más exacta el conocimiento actual sobre la

estructura de los síndromes internalizantes y deja de lado la supuesta distinción entre trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Kendler et al., 2003; Krueger, 1999b). El espectro externalizante abarca problemas que actualmente se extienden por todo el DSM, a través de secciones que abarcan trastornos relacionados con sustancias, trastornos diagnosticados en la infancia y adolescencia (trastornos de la conducta), y la sección de los TPe (TPe Antisocial). Se requieren más estudios en este sentido aunque la evidencia empírica sigue apoyando la coherencia del espectro externalizante y su naturaleza dimensional. Existen otros trastornos descritos en el DSM que no se han estudiado todavía desde el enfoque del espectro internalizante-externalizante.

Más trabajo será necesario antes de la reorganización del DSM, a continuación exponremos los primeros pasos a seguir que recomienda Krueger (2005):

1. Tener en cuenta la posibilidad de reconvertir la sección de TPe en un sistema de niveles de facetas y constructos organizados según el Modelo de los Cinco Factores y continuar la investigación y el debate sobre las facetas y los puntos de corte más adecuados en esas facetas para poder distinguir entre personalidad normal y su manifestación psicopatológica (Livesley, 2001).
2. Tener en cuenta la reorganización de las secciones y los trastornos descritos en el DSM-IV-TR teniendo en cuenta el espectro internalizante y externalizante y continuar la investigación y el debate sobre la mejor organización diagnóstica dentro de este espectro.
3. Por último, fomentar la investigación vinculada al desarrollo de metodologías vanguardistas con nuevas ideas sobre cómo describir y organizar los constructos de personalidad y la psicopatología.

2.4.2.- Distinción entre Eje I y Eje II: trastornos clínicos y personalidad patológica.

En el actual sistema de diagnóstico psiquiátrico, el DSM-IV-TR (APA, 2000), los trastornos mentales se dividen en dos grupos: los trastornos clínicos y los TPe cuyos diagnósticos se registran en dos Ejes separados (Eje I y II respectivamente). Al parecer, la investigación científica pone en tela de juicio los argumentos en los

cuales se basa esta diferenciación entre Eje I y Eje II. A continuación, enumeraremos de manera resumida estos supuestos (Krueger, 2005):

1. Estabilidad

La variable más importante en la base para distinguir los trastornos clínicos (Eje I) de los TPe (Eje II) se deriva de las diferencias en la estabilidad de los síntomas. El estudio de Shea y Yen (2003) compara la estabilidad en tres grupos clínicos: TPe, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Consideraron la existencia de remisión cuando durante 8 semanas no se presentaban más de dos criterios diagnósticos. El seguimiento a los dos años mostró que en el grupo de trastornos del estado de ánimo la remisión fue bastante común, en el grupo de trastornos de ansiedad fue relativamente rara y en el grupo con TPe la remisión se situó a medio camino entre la obtenida en los dos grupos anteriores. Una gran variedad de estudios, utilizando diferentes muestras, concluyen que existe una estabilidad general en una amplia gama de síntomas de personalidad durante largos periodos de tiempo y a través de transiciones de la vida (Ferro, Klein, Schwartz, Kasch y Leader, 1998; Johnson et al., 1997; Grilo, Becker, Edell y McGlashan, 2001; Johnson et al., 2000). Warner y sus colaboradores (2004) examinaron la estabilidad en los TPe Esquizotípico, Límite, Evitativo y Obsesivo-compulsivo en tres momentos distintos, la evaluación inicial y en los seguimientos al año y dos años. Los cuatro TPe obtuvieron una alta estabilidad a lo largo de los períodos de seguimiento con coeficientes que oscilaban entre 0.60 y 0.90. Vollebergh et al. (2001), en su estudio epidemiológico, informa de coeficientes de estabilidad de 0.85 y 0.96 en muestras con trastornos clínicos (Eje I) en el período de un año de seguimiento. Al parecer, la variable de estabilidad, no tiene un peso específico diferenciador entre trastornos clínicos y de personalidad. Watson (2004) sugiere que los formatos de respuesta, los estilos de redacción y las instrucciones pueden afectar a las conclusiones sobre la estabilidad, por ello propone que se desarrollen metodologías nuevas para el estudio comparativo de la estabilidad en ambos constructos, trastornos clínicos y de personalidad.

2. Edad de inicio

El DSM-IV-TR especifica que los TPe suelen aparecer antes de la edad adulta y, presumiblemente, los trastornos clínicos comienzan a edades más tardías. Los

datos sobre prevalencia de trastornos clínicos en la población sugieren que estos trastornos son actualmente más prevalentes en personas jóvenes, situando las medias de edad entre los 15 y los 24 años (Kessler et al., 1994). Por otra parte, los datos epidemiológicos sobre TPe indican que los TPe tienden a aparecer en personas jóvenes y que un porcentaje de TPe remiten con la edad (Mattia y Zimmerman, 1999; Ekselius, Tillfors, Furmark y Fredrikson, 2001; Jackson y Burgess, 2000). Parece que la edad de inicio es inadecuada para diferenciar entre trastornos clínicos y de personalidad dado que ambos trastornos tienen una prevalencia similar en personas jóvenes. Las investigaciones sugieren una estrecha relación entre trastornos clínicos y de personalidad en todo momento a lo largo del desarrollo juvenil (pre-adulto) lo cual es incompatible con la idea de que los trastornos clínicos y de personalidad se desarrollan de manera distinta con una marcada diferencia en la edad de inicio. El foco más importante para la futura investigación es el estudio del desarrollo de los trastornos clínicos y de personalidad a lo largo del ciclo vital poniendo especial atención en el inicio, curso y pronóstico y en sus interrelaciones (Paris, 2003).

3. *Respuesta al tratamiento*

Los trastornos clínicos y de personalidad también se diferencian, presumiblemente, en la adherencia y eficacia de los tratamientos. Existe una presunción histórica con respecto a que los TPe son menos sensibles al tratamiento comparados con los trastornos clínicos. A pesar de esta presunción, existe evidencia empírica sobre la efectividad de la psicoterapia en los TPe (Perry y Bond, 2000; Piper y Joyce, 1999) así como de la farmacoterapia (Markovitz, 1999, 2004). Se ha asumido de manera general que la presencia de un TPe disminuye la eficacia de la intervención cuando existe comorbilidad en Eje I, sin embargo las investigaciones en muestras de pacientes con TPe y comorbilidad con depresión y ansiedad no han arrojado estas conclusiones (Mulder, 2002; Dreessen and Arntz, 1998). Por otra parte, el estudio de Fava et al., (2002) pone de manifiesto la remisión de sintomatología de personalidad tras un periodo de intervención psicológica para un trastorno clínico como por Ejemplo el trastorno depresivo mayor. La investigación futura deberá focalizarse en cómo las intervenciones impactan en el núcleo del proceso psicopatológico que trasciende a los trastornos clínicos, los TPe y a los rasgos de personalidad.

4. *Conciencia de enfermedad*

Los TPe se conceptualizan con frecuencia como trastornos mentales con poca conciencia de enfermedad (egosintónico) a diferencia de los trastornos clínicos que se acompañan presumiblemente por una mayor conciencia de enfermedad (egodistónico). Los estudios empíricos sobre el rol de la conciencia en los TPe son demasiado escasos como para obtener conclusiones firmes sobre el papel de la conciencia en la distinción entre trastornos clínicos y de personalidad. Existe literatura sobre el papel de la conciencia de enfermedad en la esquizofrenia (Mintz, Dobson y Rommey, 2003) y también en el Trastorno Obsesivo-compulsivo, estudiando especialmente cómo se producen variaciones en este aspecto dependiendo de los distintos TPe con los que se asocie (Tuerksoy, Tuekel, Oezdemir y Karalin, 2002). Parece ser que la presencia de rasgos extremos hace más frecuente la interferencia social y laboral cuando se acompañan por una baja conciencia de enfermedad. Es necesario estudiar el papel que juega la conciencia de enfermedad en los TPe en lugar de asumir simplemente que los TPe, por definición, van acompañados de una baja conciencia de enfermedad.

5. *Comorbilidad y especificidad de los síntomas*

Los trastornos clínicos y de personalidad se distinguen por su relativa independencia y el carácter distintivo de sus síntomas. Esta independencia necesita ser reevaluada cuando observamos la difícil distinción entre algunos trastornos clínicos y TPe, por Ejemplo entre la fobia social generalizada y el TPe por Evitación. El solapamiento con la fobia social generalizada es probablemente el principal objetivo en el estudio del TPe por Evitación, de acuerdo con la extensa revisión sobre la literatura del TPe por Evitación (Alden, Lapos, Taylor y Ryder, 2002). Las conclusiones básicas son que los trastornos representan el mismo constructo básico (ansiedad social) en diferentes niveles de gravedad. Esta hipótesis sería un Ejemplo de una conceptualización dimensional sobre la conexión entre los dominios de los trastornos clínicos y los de la personalidad. Otros Ejemplos de estas interdependencias lo constituyen el TPe Depresivo y la distimia (Widiger, 2003) o el TPe Esquizotípico y la Esquizofrenia (Siever, Bernstein y Silverman, 1996). Parece que los trastornos clínicos y de la personalidad co-ocurren y abarcan sintomatología relacionada. A estos

resultados se añaden los que indican que los rasgos desadaptativos de personalidad, incluidos los que se utilizan para realizar los diagnósticos de TPe en el DSM-IV, se presentan en la población general (sin diagnóstico DSM-IV de TPe). Mucha (si no toda) de la sintomatología fundamental de los TPe del DSM-IV puede entenderse como variantes desadaptativas de rasgos de personalidad observables en la población normal (Widiger y Costa, 1994). Los investigadores concluyen que la estructura estable de los rasgos en muestras clínicas y no clínicas es consistente con la representación dimensional de los TPe (Livesley et al., 1998).

6. Etiología

En teoría los trastornos clínicos y los de personalidad pueden distinguirse en base a sus distintas etiologías. Históricamente ha existido una tendencia en los clínicos a asociar los trastornos clínicos con una etiología más genética y, presumiblemente más susceptibles a intervenciones farmacológicas. A los TPe sin embargo, se les asociaba una etiología más ambiental y mayor susceptibilidad a la psicoterapia (Gunderson y Pollack, 1985; Widiger, 2003). A este respecto los estudios con gemelos han mostrado que la patología de personalidad, al igual que otras formas de psicopatología, es significativamente heredada (Plomin y McGuffin, 2003; Kendler, 2001; Torgersen et al., 2000). No obstante, la influencia genética no ofrece toda la información necesaria sobre la etiología de las psicopatologías. Se están comenzando a articular modelos más integradores donde factores genéticos y ambientales correlacionan e interactúan. Por Ejemplo, Johnson y Krueger (2005) demostraron que la influencia genética no influye de manera constante en la salud física, sino que más bien depende del sentido de autocontrol que el individuo desarrolle a lo largo de su vida, por lo que niveles elevados de autocontrol se asocian con la supresión de la variación genética en la salud física. La tarea en próximas investigaciones se centrará en realizar estudios sobre la genética de la conducta en los TPe y en articular modelos integrativos (genéticos y ambientales) que expliquen la etiología de los TPe.

Como hemos visto los trastornos clínicos y de la personalidad no están bien diferenciados en ninguna de las variables antes mencionadas (estabilidad, edad de

inicio, respuesta al tratamiento, conciencia, comorbilidad y especificidad de los síntomas y etiología). La investigación se focaliza ahora en entender cómo y por qué los TPe y los trastornos clínicos están relacionados.

Se han planteado distintos modelos o hipótesis explicativas de la posible relación temporal y/o causal entre los TPe y los trastornos del Eje I (Klein et al., 1993):

a) Modelos de causa común

Asumen que existe una causa común en los trastornos de ambos Ejes (I y II). Los consideran fenomenológicamente distintos pero determinados por un mismo proceso subyacente. Este factor causal puede implicar tanto un mecanismo biológico como ambiental.

b) Modelos de espectros estrechamente relacionados

Asumen que los trastornos de ambos Ejes son diferentes manifestaciones o fases del mismo proceso de enfermedad subyacente, es decir, un trastorno es la manifestación o variante del otro.

c) Modelos de predisposición o vulnerabilidad

Asumen que cuando se da una condición (trastorno Eje II), se convierte en un factor de riesgo para que se de la otra (aparezca un trastorno de Eje I).

d) Modelos de exacerbación

Asumen que los trastornos del Eje I y II tienen causas distintas. La presencia de uno influye en la presencia o gravedad del otro a través de un efecto aditivo o interactivo.

e) Modelos de complicación o marca

Asumen que un trastorno se desarrolla como resultado o en el contexto de otro trastorno precedente y se mantiene después a pesar de que el anterior remita.

Parece que el Modelo del espectro podría ser el más relevante para solucionar algunos de los problemas actuales con los límites entre los trastornos de los Ejes I y II. Dentro de este grupo de modelos, el que más apoyo ha recibido es el de Siever y Davis (1991). Estos autores postulan cuatro dimensiones psicobiológicas básicas del temperamento y la conducta que pueden ser la base y/o afectan a los trastornos de ambos Ejes: 1) cognitiva/ distorsiones perceptivas; 2) regulación afectiva, 3) control de impulsos y 4) modulación de la ansiedad. Estas cuatro dimensiones se conceptualizan como los factores nucleares causales que influyen,

solos o combinados, en el desarrollo de los rasgos de personalidad, distorsiones o TPe o en los trastornos más graves del Eje I. Se propone que existen vulnerabilidades temperamentales nucleares a lo largo de estas dimensiones que interactúan con experiencias ambientales tempranas cuyo resultado es el desarrollo de psicopatología en los Ejes I y II.

En la búsqueda de factores de conexión entre ambos Ejes se ha formulado una pregunta que puede ofrecer respuestas claras a esta incógnita: **¿Cuál es la estructura común de la personalidad normal y anormal?** Markon, Krueger y Watson (2005) utilizaron en su primer estudio el DAPP (Livesley y Jackson, in press), el Cuestionario de Personalidad de Eysenk (EPQ y EPQ-R; Eysenk y Eysenk, 1975; Eysenk, Eysenk y Barrett, 1985), el Cuestionario Multidimensional de Personalidad (MPQ; Tellegen, 1985), variaciones de las escalas del NEO-PI (NEO-PI, NEO-PI-R y NEO-FFI; Costa y McCrae, 1985, 1992) y el Inventario de Temperamento y Carácter y sus predecesores (TCI y TPQ; Cloninger, 1987; Cloninger, Surakic y Przybeck, 1993). Markon et al. (2005) elaboraron una matriz de correlaciones con las 44 escalas extraídas de todos los instrumentos anteriores y combinaron los resultados con 52 diferentes estudios. El modelo estructural del meta-análisis extrajo las siguientes conclusiones: 1) los datos indican que no existen más de cinco factores superiores subyacentes a las 44 escalas; 2) estos cinco factores eran los mismos del Modelo de los Cinco Grandes (FFM) (neuroticismo, amabilidad, responsabilidad, extraversión y apertura) que se ha sugerido como un modelo de trabajo útil para entender los TPe (Costa y Widiger, 2002). No obstante, análisis adicionales apoyan la existencia de otros niveles de factores significativos: nivel de los 4 factores (Livesley, Jang y Vernon, 1998): Neuroticismo, Amabilidad, Responsabilidad y Emocionabilidad positiva (formada por Extraversión y Apertura); nivel de los 3 factores (Clark y Watson, 1999; Eysenk, 1994; Tellegen, 1985): Emocionabilidad negativa (Neuroticismo), Desinhibición (combinación de baja Amabilidad y baja Responsabilidad) y Emocionabilidad positiva y, nivel de 2 factores (Digman, 1997): Alpha (Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad) y Beta (Extraversión y Apertura).

Los resultados indican que los constructos de la personalidad normal y anormal pueden integrarse en el mismo modelo estructural (O'Connor y Dyce, 2001). Los resultados de Markon et al. (2005) sugieren que el Modelo de los Cinco

Factores podría constituir un marco de organización básico y de elección puesto que no se han encontrado evidencias de la existencia de estructuras de orden mayor más allá de los cinco y, las estructuras antes mencionadas (nivel 4, 3 y 2), pueden entenderse como la combinación de los cinco factores. Serán necesarios más debates e investigaciones para delimitar las facetas óptimas que se incluirán en las nosologías oficiales como el DSM, la capacidad de las diferentes facetas para cubrir todo el rango de la personalidad normal y anormal y, por último, la posibilidad de que ciertas configuraciones de personalidad ocurran más frecuentemente que otras, y puedan ser de mayor relevancia clínica.

2.4.3.- Modelos categoriales y dimensionales

Ya hemos comentado con anterioridad este gran debate que concierne directamente a la patología de la personalidad. A continuación comentaremos brevemente las ventajas de los enfoques categoriales y dimensionales y los resultados que en el momento actual ha producido este debate. Widiger y Frances (2002) resumen las ventajas e inconvenientes de estos enfoques. Respecto al *enfoque categorial* señalan como ventajas las siguientes: facilidad en la conceptualización, ya que las categorías implican decisiones más simples (tener o no tener un trastorno) que la utilización de dimensiones (no está claro lo que significa puntuar x en determinadas dimensiones, que, a su vez, no están totalmente especificadas); la facilidad que proporciona en la comunicación entre clínicos e investigadores; y el hecho de que una aproximación categorial es mucho más cercana a los clínicos, acostumbrados a sistemas de clasificación categoriales y a tomar decisiones de tipo categorial (p.ej., hospitalizar o no hospitalizar a un paciente, aplicar o no aplicar un tratamiento, etc.). Entre las desventajas indican que el enfoque categorial, basado en la presencia o ausencia de un trastorno en base a unos criterios determinados, puede dejar fuera de la clasificación muchos casos que sean atípicos.

Con respecto a la *clasificación dimensional*, Widiger y Frances (2002) señalan como ventajas: la posibilidad de resolver dilemas en la clasificación, sobre todo en lo que se refiere a los casos atípicos; incluir más información, ya que las dimensiones te dan información no sólo de la presencia de una característica sino también de la

combinación de distintas características y del grado en que se están manifestando; y flexibilidad, ya que los modelos dimensionales pueden proporcionar puntos de corte distintos en función de las decisiones clínicas que se deban tomar (medicación, hospitalización, etc.). Los sistemas dimensionales permiten obtener un modelo de gravedad del trastorno, no sólo si está presente o ausente. Esta es una ventaja importante porque la gravedad ha demostrado ser un predictor significativo en un amplio rango de fenómenos clínicos, incluidos la comorbilidad y el curso y cronicidad del trastorno (Clark et al., 1995).

Los modelos dimensionales de la personalidad que están más relacionados con el funcionamiento general de la personalidad fueron considerados para su incorporación en el DSM-IV tal y como lo indica el texto del DSM-IV-TR (APA, 2000 P. 689). Los modelos dimensionales citados en este texto son: el FFM (*Five Factor Model*; Costa y McCrae, 1992); TCI (*Tridimensional Character Inventory*; Cloninger et al., 1994); DAPP-BQ (*Dimensional Assessment of Personality Psychopathology-Basic Questionnaire*; Livesley y Jackson, in press); SNAP (*Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*; Clark, 1993); IPC (*Interpersonal Circumplex*; Benjamin, 1993; Wiggins y Pincus, 1992) y polaridades sugeridas por Millon et al. (1996). Un modelo dimensional publicado posteriormente al DSM-IV es el SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure*; Westen y Shedler 1999a, 1999b). Una importante cuestión tanto científica como clínica es averiguar qué modelo ofrece mayor información de aspectos conductuales, neurobiológicos, genéticos y epidemiológicos. Otra importante cuestión para la futura investigación es cómo obtener una decisión basada en la evidencia empírica para saber qué constituye una adecuada o necesaria cobertura del funcionamiento desadaptativo de la personalidad.

Actualmente se están delineando las propuestas más destacadas a raíz de este apasionante debate. Parece que la posición actual es intentar recabar datos empíricos para explorar la mayor utilidad de un enfoque categorial o dimensional en la personalidad patológica. Eso pasa por comparar ambas aproximaciones. Otra línea de investigación es asumir una postura integradora, intentando sumar las ventajas de ambos modelos.

La polémica entre la posición categorial o dimensional y la integración de ambas en la caracterización de la patología de personalidad ha cobrado gran importancia. Esta importancia se ha agudizado con la próxima publicación de la versión V del DSM en el año 2012. Las críticas acérrimas a la falta de fiabilidad y validez de las categorías de los TPe que actualmente aparecen en el DSM-IV-TR han movido a los investigadores y clínicos a intentar mejorar esas categorías existentes (intentos que ya comenzaron en los años 80). Widiger y Trull (2007) resumen el fracaso del DSM-IV señalando los problemas que presenta: **a)** en primer lugar se destaca la excesiva *co-ocurrencia* de distintos TPe, que parece ser la norma en la clínica diaria. Esa co-ocurrencia de distintos TPe en una misma persona puede ser entendida como variantes desadaptativas de una estructura general de personalidad; **b)** Otro problema es la falta de adecuada cobertura de la patología de la personalidad. En muchas ocasiones las categorías diagnósticas son insuficientes para caracterizar la patología de personalidad de los pacientes. De hecho la categoría de TPe no especificado es uno de los diagnósticos más frecuentes en la clínica (Verheul y Widiger, 2004); **c)** Una dificultad importante son los límites arbitrarios e inestables de los TPe respecto al funcionamiento normal de la personalidad. Aunque el DSM-IV-TR proporciona reglas específicas y explícitas para distinguir entre la presencia y ausencia de cada una de las categorías diagnósticas (p.ej. cinco de nueve criterios son necesarios para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad), solo dos de los TPe (el límite y el esquizotípico) están apoyados por bases lógicas publicadas. Para los otros TPe no existen bases lógicas ni explicaciones apoyadas en datos científicos del umbral para determinar cuándo los síntomas constituyen un trastorno; **d)** La aproximación prototípica presenta el problema de la heterogeneidad entre las personas que son categorizadas con el mismo TPe. Aunque este acercamiento parece más cercano a la realidad clínica, no resuelve el problema de encontrarnos con personas que, cumpliendo criterios para el mismo TPe, pueden no tener ninguna característica diagnóstica en común; **e)** Por último, muchos de los TPe no tienen una base científica que los sustente. Blashfield e Intoccia (2000) llevaron a cabo un estudio sobre la literatura científica en TPe y concluyeron que el único TPe en el que existía una literatura científica creciente era el trastorno límite de la personalidad. Otros TPe también tienen una base científica sólida, como el TPe esquizotípico, el narcisista o el antisocial. Sin embargo, es difícil

encontrar estudios sobre la etiología, patología o tratamiento de los TPe histriónico, esquizoide, paranoide o obsesivo-compulsivo. Esto es preocupante, ya que denota la falta de apoyo científico de la mayoría de las categorías diagnósticas de TPe incluidas en el DSM-IV-TR.

Una alternativa, proveniente del modelo categorial es el enfoque prototípico desarrollado por autores como Blashfield (1984), Mezzich (1989) o Millon (1987). La característica principal de esta aproximación es que se especifica un tipo ideal en función de sus características más prototípicas. Sin embargo, se asume que las características, aunque similares, pueden no ser idénticas en la mayoría de los casos. Según esta perspectiva las categorías no son definitorias sino correlacionales, es decir, los atributos no tienen por qué ser necesarios ni suficientes. Este enfoque flexibiliza la perspectiva categorial y reduce el problema de los casos en el límite del enfoque categorial, abarcando mejor la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas. La dificultad de este enfoque es que los criterios que utiliza son más prácticos que científicos y presenta problemas en determinar aspectos como la fiabilidad y validez. El DSM-IV-TR (APA, 2000) asume un enfoque prototípico en la clasificación de la mayoría de trastornos mentales, incluyendo los TPe.

Estos y otros problemas, no sólo específicos de los TPe, sino también de otros trastornos, estimularon la convocatoria de una convención en 1999 (*DSM-V Research Planning Conference*), auspiciada por la *American Psychiatric Association* y el *National Institute of Mental Health* en Estados Unidos con el objetivo de establecer prioridades en la investigación para guiar el diseño de clasificaciones futuras. La desilusión respecto al modelo categorial se aprecia en las siguientes palabras:

En los más de 30 años desde la introducción de los criterios de Feighner por Robins y Guze, que llevaron al DSM-III, el objetivo de validar estos síndromes y descubrir etiologías comunes no se ha conseguido. A pesar de las propuestas de distintos candidatos, no existe un marcador de laboratorio que sea específico de ninguno de los síndromes definidos en el DSM. Los estudios clínicos y epidemiológicos han mostrado tasas extremadamente altas de comorbilidad entre los trastornos, socabando la hipótesis de que los síndromes representan distintas

etiologías. Además, los estudios epidemiológicos han mostrado un nivel elevado de inestabilidad en el diagnóstico a corto plazo para muchos trastornos. En lo que respecta al tratamiento, la falta de especificidad en el tratamiento es la norma, más que la excepción (Kupfer et al., 2002, pág. xviii, citado en Widiger y Mullins-Sweatt, 2009).

Se crearon distintos grupos de trabajo con la misión de elaborar hojas de ruta que pudieran guiar la investigación y maximizar el impacto de futuras clasificaciones del DSM. Una de las conclusiones de esos grupos de trabajo fue la recomendación de tomar en consideración las ventajas e inconvenientes de basar parte del DSM-V en dimensiones y no en categorías.

En 2004, se celebró un taller del grupo de trabajo en planificación de la investigación en TPe con el auspicio de distintas agencias estadounidenses y de la Organización Mundial de la Salud. Su tarea principal fue estudiar distintos modelos dimensionales para su inclusión en el DSM-V desde distintas perspectivas: genética, neurobiología, antecedentes en la infancia, factores culturales, utilidad clínica, etc.

De todas estas iniciativas han surgido distintas publicaciones, algunas en el *Annual Review of Psychology* y en el *Annual Review of Clinical Psychology*, que afirman que existe consenso en el cambio hacia un modelo dimensional (Clark, 2007; Widiger y Mullins-Sweatt, 2009; Widiger y Samuel, 2005; Widiger y Simonsen, 2005, Trull y Durrett, 2005).

Se han realizado hasta 18 propuestas para una **clasificación dimensional** de los TPe (Widiger y Simonsen, 2005). Widiger (2007) realiza una revisión de las alternativas más destacadas y que describiremos a continuación.

a) **Una clasificación dimensional de las categorías existentes.** Esta propuesta proviene principalmente del grupo de Skodol (Oldham y Skodol, 2000) y se trataría de aplicar un perfil dimensional a las categorías ya existentes. Así, un TPe se podría clasificar como “prototípico” si cumpliera todos los criterios diagnósticos; “moderadamente presente” si sólo cumpliera uno o dos criterios por encima del umbral del diagnóstico; “liminar” si apenas alcanzara dicho umbral; “subliminar” si estuviera ligeramente por debajo del umbral diagnóstico; “rasgo” si sólo cumpliera de uno a tres criterios; y “ausente” si no cumpliera ningún criterio

diagnóstico. Esta propuesta, que, aunque comparada con las demás, es bastante conservadora, tiene posibilidades de convertirse en la propuesta para el DSM-V. Además, Skodol ha sido nombrado presidente del grupo de trabajo del DSM-V para los TPe, por lo que su influencia puede ser determinante.

Westen y Shedler (2000) proponen una modificación de esta propuesta. Estos autores recomiendan que los clínicos hagan una valoración a partir de una narración de un caso prototípico de cada TPe. Dicha valoración se realiza en función de una escala que va de 1 (ajuste mínimo o nulo) a 5 (ajuste total). Este acercamiento está respaldado por un formulario de valoración clínica, el *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) que ha demostrado una validez discriminante y convergente de buena a excelente. Además, los autores han presentado datos que demuestran que obtienen un solapamiento diagnóstico considerablemente inferior a lo habitual. Sin embargo, existen limitaciones metodológicas como que los clínicos que participaron en las validaciones conocían ya muy bien a los pacientes, lo que hace dudar de su utilidad para su uso en entrevistas clínicas iniciales.

b) **Una reorganización de los criterios diagnósticos.** Existen dos instrumentos, el *Dimensional Assessment of Personality Pathology* (DAPP, Livesley, 2003) y el *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAPP, Clark, 1993) que fueron construidos realizando un análisis factorial de los criterios diagnósticos de los TPe. Estas escalas proporcionan perfiles que posiblemente permitan discriminar mejor los cuadros clínicos disminuyendo el solapamiento. Además, parece que, al relacionar las escalas de estos instrumentos con modelos de personalidad general, se encuentran cuatro factores básicos (afectividad negativa, afectividad positiva, antagonismo y restricción).

c) **El modelo de Millon.** La propuesta de este autor (Millon y Davis, 1998) está basada en la hipótesis de que cada TPe refleja la acentuación de uno o más de seis rasgos fundamentales de la estructura general de la personalidad organizados en tres polaridades: placer-dolor, actividad-pasividad y yo-otros. Millon es uno de los autores más destacados en el campo de los TPe y su cuestionario, el *Millon Multiaxial Inventory-III* (MCMI, Millon, Millon y Davis, 1997) uno de los más utilizados en el ámbito clínico. Sin embargo, Widiger (2007) señala que el modelo teórico no ha sido ampliamente estudiado y las escasas investigaciones no parecen apoyarlo.

d) **El modelo de los siete factores de Cloninger** (p.ej., Cloninger, 2000).

Este autor propone un modelo de siete factores para el funcionamiento normal y patológico de la personalidad que incluye cuatro rasgos temperamentales (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) y tres rasgos de carácter (autodirección, cooperación y trascendencia). Es un modelo que tiene entre sus atractivos el intento de integrar la teoría humanista con la neurobiología. Aunque ha estimulado la investigación, como ya vimos anteriormente parece que los resultados de las investigaciones en evolutiva no parecen apoyar la distinción entre temperamento y carácter y los conocimientos actuales de la neurobiología no parecen ser congruentes con el modelo.

e) **Modelo de los cinco grandes** (p.ej., McCrae y Costa, 1999). Ya hemos

comentado este modelo como la teoría de la personalidad con mayor respaldo empírico de los últimos veinte años. Partiendo del análisis léxico y el análisis factorial se aislan cinco factores: extraversión, neuroticismo, amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia que se componen a su vez de seis facetas cada uno. Como indica Widiger el modelo ha recibido apoyo respecto a la estructura genética subyacente, los antecedentes infantiles, la estabilidad a lo largo de la vida, la universalidad y la relación con áreas importantes de la vida como el trabajo o la salud física. Con respecto a la patología de la personalidad, los autores se han esforzado por demostrar que los TPe se pueden contemplar como variantes patológicas de los dominios y facetas del modelo de los cinco grandes y han realizado guías para el diagnóstico de los TPe desde su modelo (Costa y Widiger, 2002). Así, los TPe que se caracterizan por malestar emocional intenso como el paranoide, esquizotípico, límite, evitativo y dependiente presentan correlaciones positivas con el neuroticismo; los TPe que se caracterizan por la sociabilidad como el histriónico y el narcisista se relacionan positivamente con la extraversión; los que se caracterizan por la timidez y el aislamiento social como el esquizoide, el esquizotípico y el evitativo muestran una relación negativa con la extraversión; aquellos TPe que se caracterizan por dificultades interpersonales muestran correlaciones negativas con la amabilidad (paranoide, esquizotípico, antisocial, límite y narcisista). Por último, el TP obsesivo-compulsivo, caracterizado por el orden y el perfeccionismo se relaciona positivamente con el factor de responsabilidad y los TPe

caracterizados por la irresponsabilidad como el límite y el antisocial se relacionan negativamente con este factor (Aluja, Cuevas, García y García, 2007).

Desde el modelo de los cinco factores se propone una estrategia para el diagnóstico de los TPe que integraría la perspectiva dimensional con la recopilación de datos clínicos que fueran más allá de los rasgos y facetas. Los pasos a seguir serían los siguientes (Widiger y Mullins-Sweatt, 2009):

1) *Evaluación de los rasgos y facetas.* En este sentido se incluye la posibilidad de centrarse en cuatro de los rasgos, excluyendo la apertura a la experiencia ya que los datos empíricos ofrece un apoyo limitado a esta dimensión en la caracterización de los TPe. Asimismo, los autores relacionan esta dimensión con el TPe esquizotípico para el que voces autorizadas auguran un traslado al Eje I junto con los trastornos psicóticos.

2) *Identificación de problemas vitales asociados a puntuaciones elevadas en rasgos y facetas.* En este punto la teoría de los cinco grandes es limitada, ya que evalúa rasgos y facetas de funcionamiento general, por lo que sería necesaria una evaluación de las consecuencias que las puntuaciones elevadas tienen en distintos rasgos y facetas en áreas como el trabajo, la familia, las actitudes, etc. Los autores proporcionan un listado de características y comportamientos adaptativos y desadaptativos asociados a cada faceta.

3) *Valoración de la significación clínica, utilizando la evaluación de la interferencia y el grado de funcionamiento global.* Se recomienda hacer una valoración global del deterioro utilizando la escala que proporciona el DSM-V que determinaría la significación clínica como trastorno, poniendo el punto de corte en una puntuación en esta escala de 60 o inferior. Otros autores manifiestan sus dudas y afirman que un TPe constituye algo más que una desviación extrema de la personalidad (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout y Huang, 2008), sugiriendo que un TPe se caracteriza por un fracaso en tres tareas fundamentales para el ser humano: a) establecimiento de un modelo coherente y adaptativo de funcionamiento del sí mismo y respecto a los otros; b) establecimiento de relaciones íntimas y actividades con significado; y c) establecimiento de actividades y relaciones ocupacionales

4) *Una última fase, que los autores califican como opcional, para equiparar el resultado de la evaluación dimensional con el diagnóstico prototípico.*

El grupo de los cinco grandes realiza un esfuerzo importante y encomiable en su propuesta de aunar la psicología de la personalidad con la clínica de los TPe. Sin embargo, el camino por recorrer hasta que una propuesta tan compleja y costosa tenga calado entre los clínicos nos parece todavía largo y tortuoso. Los autores reconocen la dificultad y proponen una versión abreviada más fácil y ágil, aunque todavía costosa. Una de las desventajas principales es que de los tres estudios que se han realizado sobre la utilidad clínica de propuestas diagnósticas dimensionales (Samuel y Widiger, 2006; Spitzer et al., 2008; Sprock, 2003), los resultados son inconsistentes y es necesaria mucha más investigación a este respecto, ya que, aunque las categorías existentes tampoco pueden presumir de utilidad clínica, las propuestas alternativas deben mostrar una mejoría sustancial respecto al procedimiento ya establecido. Estamos de acuerdo con First (2005) cuando decía a propósito de convertir las categorías diagnósticas en dimensiones que *“el mayor obstáculo de su implementación en el DSM-V es la cuestión de la utilidad clínica”* (pág. 561).

Estas son las propuestas que están siendo tenidas en cuenta para las futuras clasificaciones psiquiátricas. Es importante conocer todas estas aproximaciones para tener una visión crítica y saber qué podemos esperar de la propuesta sobre TPe que aparecerá en breve en el DSM-V. El grupo de trabajo del DSM-V en una publicación reciente (Krueger et al., 2008) abogan por el momento por no centrarse en una única propuesta, sino por sintetizar y estudiar distintos acercamientos dimensionales y categoriales para determinar sus bondades y limitaciones. Los clínicos e investigadores en el campo de la personalidad estamos ansiosos por ver cómo se concreta la propuesta final y comprobar si resuelven algunas de las graves limitaciones que se observan en la versión actual, el DSM-IV-TR.

Skodol y Bender (2009) recogen en su trabajo *“The future of personality disorders in DSM-V?”* las áreas de estudio fundamentales para la clasificación de los TPe en el próximo DSM-V:

1. Clasificación general del funcionamiento de la personalidad (individual e interpersonal) desde la normalidad a la interferencia grave.

2. Descripciones prototípicas del mayor número de perfiles de personalidad (TPe).
3. Evaluación de rasgos de personalidad, en los cuales se basen los perfiles prototípicos pero que puedan describir las características generales de personalidad de los pacientes que nunca han sido diagnosticados de un TPe o que teniendo un TPe no se ajusta a alguno de los prototipos.
4. Criterios genéricos para los TPe que consistan en déficits graves en la diferenciación e integración personal y en la capacidad para las relaciones interpersonales.
5. Medidas del funcionamiento adaptativo.

2.4.4.- Modelos integradores

Las propuestas descritas anteriormente, tanto las provenientes de modelos dimensionales como categoriales, son las más destacadas pero no las únicas. Nos gustaría señalar otras que no se encuentran en este grupo por distintas razones, pero que suponen otras aproximaciones a la estructura y clasificación de los TPe. Un intento de integración interesante es el realizado por un grupo de investigación europeo, en concreto, alemán, liderado por el Dr. Pukrop. Han realizado varios estudios con el objetivo de poner en relación el modelo dimensional de los cinco factores con el modelo categorial del DSM y con modelos circumplejos. (Pukrop, Herpertz, Sap y Steinmeyer, 1998; Pukrop, Sass y Steinmeyer, 2000; Pukrop, Gentil, Steinbring y Steinmeyer, 2001). Partiendo de una posición dimensional asumen que no es suficiente considerar los TPe como variantes extremas de una serie de dimensiones y plantean considerar otro aspecto, la disfuncionalidad. Estos autores proponen investigar las relaciones entre distintas aproximaciones al estudio de la personalidad (categoriales, dimensionales, circumplejas), ya que cada una por sí sola no resuelve el problema del diagnóstico y caracterización de los TPe. Utilizando el análisis por facetas proponen un modelo en el que se situarían los TPe que aparecen en el DSM-III-R, las cinco dimensiones del Modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae (1994) más una dimensión de religiosidad (Von Zerssen, 1994) y cuatro trastornos afectivos descritos por Scheneider (1923),

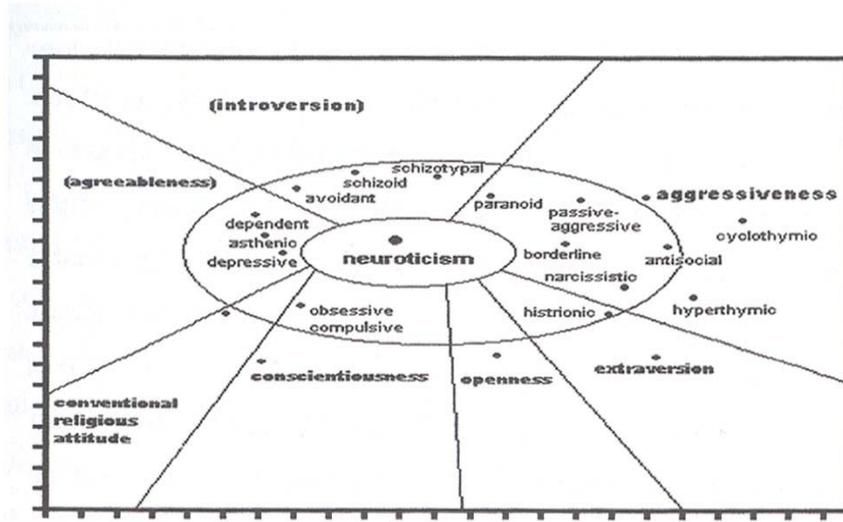
Kretschmer (1921), y Kraepelin (1886): depresivo, asténico, hipertímico y ciclotímico cuya sintomatología tiene similitudes con los TPe. Estos autores parten de la hipótesis de que existe un primer orden o primer nivel de rasgos de personalidad que organizan o componen la personalidad en un continuo que va de la salud a la enfermedad mental (Livesley, Schroeder, Jackson y Jang, 1994; Watson, Clark y Harkness, 1994; Widiger y Costa, 1994) y que los TPe representan una serie de variantes desadaptativas de rasgos que tienen todos los individuos. También contemplarían lo que ellos llaman personalidades atenuadas que corresponderían a las personas que se situarían en medio del continuo entre personalidad sana y patológica.

Parten del modelo teórico que permita separar las características de personalidad en dos facetas: Faceta A (dimensiones) que contiene las dimensiones de primer orden para las personalidades normales y patológicas; y Faceta B (discriminación) es una faceta por la que se distribuyen las variables-rasgo en diferentes regiones en una estructura dimensional discriminativa de cada personalidad patológica y con un origen común en el centro de la estructura (faceta A). Los resultados muestran que existen dos clases de variables (factores o variables-rasgo y TPe) que tienen relaciones de similitud y que pueden ser representadas gráficamente en muestras clínicas y controles en una estructura denominada *radex*. Esta estructura representa la correspondencia entre las facetas propuestas y los datos empíricos (respuestas a cuestionarios de personalidad dimensionales y categoriales). Las variables que se encuentran en el centro presentan una correlación alta entre ellas, independientemente de la sección a la que pertenezcan. Las variables que están lejos del centro estarán relacionadas en la medida en que se encuentren en las mismas secciones.

Respecto al grupo clínico (Figura 4), cada dimensión está representada por una sección y podemos observar las relaciones entre las distintas dimensiones y los TPe. Los TPe, debido a su cercanía se sitúan muy cerca del centro. Asimismo, una de las dimensiones ocupa este centro, el Neuroticismo, lo que significaría que los TPe presentan en general unos niveles altos de neuroticismo. Como podemos observar, en el polo de la introversión se situarían los trastornos dependiente, esquizoide y esquizotípico, mientras que en el polo de la Extraversión, se situaría el

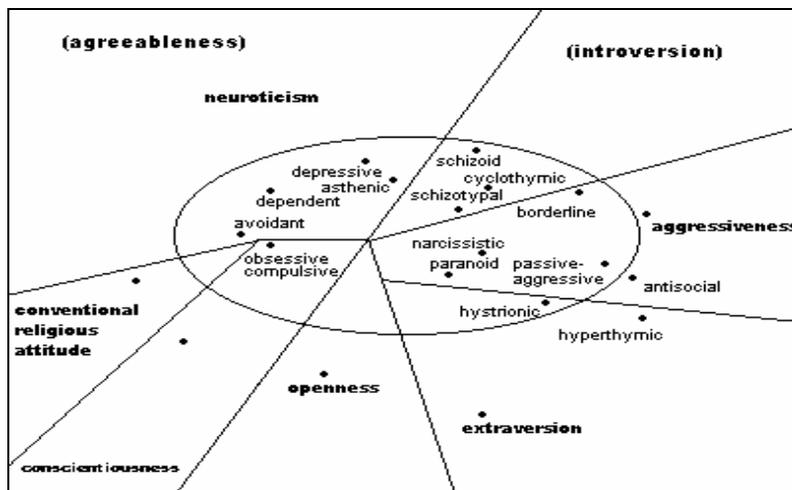
trastorno histriónico. En el polo de la agresividad se situarían el paranoide, pasivo-agresivo, límite, antisocial y narcisista, mientras que en el polo opuesto, amabilidad, se situarían el dependiente, depresivo y asténico. En el polo de la Responsabilidad se situaría el trastorno obsesivo-compulsivo, y por último en Apertura y Actitud religiosa convencional no se situaría ningún trastorno. Si esta propuesta se confirmase podríamos encontrarnos ante aspectos importantes, por Ejemplo, se podría concluir que la Apertura podría ser un elemento protector ante la personalidad patológica, y se podría fomentar esta característica de personalidad como meta terapéutica. Por otro lado, aunque la amabilidad nos pudiera parecer un aspecto protector también habría que tener en cuenta que está relacionada con la personalidad dependiente, lo que nos podría ayudar a estar atentos ante personalidades con excesiva amabilidad y cordialidad. En las personalidades fóbica, esquizoide y esquizotípica se situaría como componente discriminativo la introversión, lo cual nos hace pensar que el punto común de estas tres personalidades sería la introversión, con lo que una excesiva introversión podría ser un factor de vulnerabilidad hacia estas personalidades patológicas. En este sentido en las personalidades paranoide, pasivo-agresiva, límite, antisocial y narcisista como componente discriminativo estaría la dimensión de agresividad, mientras que en la personalidad dependiente, depresiva y asténica predominaría la dimensión de amabilidad. Como ya hemos comentado es significativo que en el centro de toda esta estructura se situaría el Neuroticismo como elemento común a todas estas patologías por lo que no resultaría ser muy discriminativo. Esto explicaría por qué el neuroticismo puntúa alto en todos los TPe siendo un elemento común en todos ellos.

Figura 4. Modelo integrador de la personalidad patológica de Pukrop.



Sin embargo, en la estructura de un grupo no clínico (Figura 5) observamos que la colocación de las dimensiones es distinta. El Neuroticismo se desplazaría fuera del centro. Esto podría explicar su alta discriminación en población normal, es decir, una alta puntuación en Neuroticismo nos indicaría patología en una muestra normal. En el centro se seguirían situando los TPE (excepto el trastorno antisocial y la hipertimia), y en las secciones más alejadas del centro las dimensiones de personalidad.

Figura 5. Modelo integrador de la personalidad de Pukrop. Población normal.



En la muestra control, las distintas personalidades se relacionan de la misma forma que en el grupo clínico. Sin embargo, las dimensiones aparecen situadas de forma distinta. Las dimensiones de introversión-extraversión no se encuentran en polos opuestos de la estructura. En esta sección se hallarían las personalidades esquizoide, esquizotípica y ciclotímica y en la región de la extraversión (en la cual aparece también la personalidad hipertímica) se hallaría la personalidad histriónica. Las dimensiones agresividad-amabilidad tampoco se hallan en polos opuestos, aunque conservan cierto grado de oposición. En la región de amabilidad, también se situaría el neuroticismo y las personalidades evitativa, dependiente, depresiva y asténica. En la región de la agresividad (en la que aparece la personalidad antisocial) se situarían las personalidades límite, narcisista, paranoide y pasivo-agresiva. En las secciones de las dimensiones de apertura y actitud religiosa no se situaría ninguna personalidad patológica y en la región de la responsabilidad aparecería la personalidad obsesivo-compulsiva.

Los autores concluyen que podemos observar relaciones similares entre las dimensiones y categorías de personalidad en población clínica y población normal, lo que confirmaría una diferenciación más dimensional que categorial. Además estos datos apoyarían la validez clínica de la clasificación del DSM que integra tres clusters. Según este estudio en la región excéntrica (cluster A) se situarían paranoide, esquizotípico y esquizoide; en la región dramática emocional la personalidad límite, antisocial, histriónica y narcisista. También aquí estaría la personalidad pasivo-agresiva que el DSM-IV relegó al apéndice de trastornos propuestos para futuras clasificaciones pero que el DSM-III-R incluía en el cluster C. En este cluster se situarían las personalidades obsesivas, dependiente y fóbica. Otros intentos de estos autores han puesto en relación las dimensiones de personalidad propuestas por Livesley, Jackson y Schroeder (1989): Dificultades en regulación emocional, conducta antisocial, inhibición y compulsividad y las categorías de TPe propuestas por el DSM-IV. Asimismo, han puesto en relación algunos modelos circunplejos (Becker, 1998) con las dimensiones propuestas por la teoría de los cinco grandes y las categorías del DSM-IV. A partir de los resultados estos autores proponen que las dimensiones y TPe se pueden representar en un

modelo circunplejo de dos dimensiones (neurotóide vs. afectiva y cambiable vs. constante). De esta forma los trastornos del cluster A del DSM-IV constituirían variantes muy extremas de neuroticismo. Los trastornos límite, pasivo-agresivo, antisocial y narcisista aparecerían relacionados con el Neuroticismo, la Extraversión y la Agresividad. Los trastornos histriónico, hipertímico y ciclotímico estarían relacionados con la Agresividad y la Extraversión, los trastornos evitativo, dependiente, asténico y depresivo estarían asociados al Neuroticismo y la Responsabilidad/Actitud religiosa y, por último, el trastorno obsesivo-compulsivo estaría altamente relacionado con la dimensión Responsabilidad/Actitud religiosa. El acercamiento de Pukrop es ambicioso y representa un buen intento de integración. Sin embargo, habrá que esperar a disponer de más datos de investigación para validar este modelo. También será importante determinar su utilidad clínica.

Otra aproximación que nos gustaría destacar y que es relevante para esta polémica dimensional vs. categorial es el trabajo de distintos autores que intentan dilucidar la cuestión de si los TPe tienen una estructura dimensional o categorial utilizando métodos estadísticos que analicen tal estructura. Se trata de los **estudios taxométricos**. Haslam (2003) revisa 21 de estos estudios realizados en el campo de los TPe. Los procedimientos taxométricos desarrollados por Meehl (1995) ponen a prueba cuál es el mejor modelo (taxónico o categorial vs. no taxónico o dimensional) para caracterizar un determinado grupo de variables. Los estudios revisados en su trabajo analizan el trastorno esquizotípico, antisocial y límite de la personalidad. Los resultados indican una estructura categorial para los tres trastornos, siendo los resultados más consistentes los referidos al trastorno esquizotípico, seguido del antisocial y del límite, donde los resultados no son tan claros. Haslam concluye que *“La investigación taxométrica sugiere que una perspectiva categorial para, al menos algunos trastornos de la personalidad es plausible. Esta revisión no apoya un enfoque categorial de forma global para todos los trastornos de la personalidad, simplemente sugiere que el modelo estructural que subyace a los trastornos de personalidad debe ser una pregunta empírica, no una asunción establecida”* (pág. 83). Su trabajo nos plantea reflexiones como la posibilidad de que algunos TPe se caractericen mejor desde un enfoque categorial y otros desde un enfoque dimensional. Otro aspecto importante es la llamada a la realización de estudios

empíricos para dilucidar la cuestión. Su trabajo nos indica que es necesario no quedarnos sólo con las reflexiones teóricas sobre la estructura de los TPe sino pasar a la acción con estudios empíricos.

Para terminar, señalaremos que la aportación más importante de todos estos estudios es el intento por poner en relación enfoques dimensionales y categoriales de la personalidad normal y patológica. Creemos que una aproximación exclusivamente categorial o dimensional sólo nos proporcionará una visión limitada de la complejidad de la personalidad patológica. Consideramos necesarios más estudios empíricos que pongan en relación estos aspectos para empezar a comprender esa complejidad con el fin de poder describir, clasificar, explicar y dar una mejor respuesta terapéutica a la personalidad patológica. Nuestro estudio se enmarca en esta línea. Desde una aproximación preliminar y exploratoria nos proponemos relacionar una aproximación de personalidad normal dimensional y un acercamiento clínico para analizar la personalidad en una muestra que sufre un síndrome incluido en los trastornos de ansiedad, el TP con y sin AG.

2.5. Evolución de los trastornos de personalidad en los sistemas de clasificación

La estructura y clasificación de la patología de personalidad sigue siendo un campo abierto de estudio. Hasta que los clínicos e investigadores podamos contar con resultados más satisfactorios, seguiremos clasificando la personalidad patológica utilizando los criterios categoriales y prototípicos de las dos grandes clasificaciones diagnósticas: la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS,1992) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2000). En la tabla número 9 podemos observar cómo se clasifican los distintos TPe según las dos grandes clasificaciones diagnósticas antes mencionadas.

Tabla 9: Clasificación de los distintos trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR y la CIE-10.

Trastornos de la personalidad, según el DSM-IV-TR	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, según la CIE-10 (F60-F69)
<p>Grupo A: “extraños o excéntricos”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno paranoide de la personalidad • Trastorno esquizoide de la personalidad • Trastorno esquizotípico de la personalidad <p>Grupo B: “teatrales, volubles o impulsivos”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno antisocial de la personalidad • Trastorno límite de la personalidad • Trastorno histriónico de la personalidad • Trastorno narcisista de la personalidad <p>Grupo C: “ansiosos” o “temerosos”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de personalidad por evitación • Trastorno de personalidad por dependencia • Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad <p>Trastornos incluidos en el apéndice “criterios y Ejes propuestos para estudios posteriores”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo de la personalidad • Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (trastorno negativista de la personalidad) <p>Trastornos incluidos en el apéndice del DSM-III-R pero eliminados en el DSM-IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno autodestructivo de la personalidad (personalidad autodestructiva) • Trastorno sádico de la personalidad (personalidad sádica) 	<p>Trastornos específicos de la personalidad (F60)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno paranoide de la personalidad • Trastorno esquizoide de la personalidad • Trastorno disocial de la personalidad • Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. <ul style="list-style-type: none"> - Tipo límite - Tipo impulsivo • Trastorno histriónico de la personalidad • Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad • Trastorno de la personalidad por dependencia • Trastorno anancástico de la personalidad <p>Otros trastornos específicos de la personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad - Trastorno narcisista de la personalidad <p>Trastornos de la personalidad no especificados</p> <p>Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61)</p> <p>Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad mental (F62)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica • Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica • Otras transformaciones persistentes de la personalidad • Transformación persistente de la personalidad no especificada <p>Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F68)</p> <p>Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto no especificado (F69)</p>

A continuación, realizaremos una descripción de la evolución de los TPe a lo largo de las distintas versiones del DSM. Utilizaremos el DSM dado su uso generalizado tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. Para realizar esta revisión nos hemos basado en su mayoría en el artículo de Coolidge y Segal (1998): *Evolution of personality disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

Una primera aproximación en cuanto a la evolución de los distintos TPe en el DSM en sus seis versiones revela que se han propuesto veintiún TPe diferentes.

DSM-I

Esta primera versión apareció en 1952 (*American Psychiatric Association, 1952*). Presenta siete categorías de diagnóstico, incluyendo una categoría titulada "Trastornos de personalidad". En este último capítulo, se definen los TPe como un desarrollo defectual o patológico en la estructura de la personalidad, con un escaso dominio del estrés y ansiedad subjetiva. En distintos contextos, el trastorno es manifestado por un patrón de acción o conducta generalizado y perdurable en el tiempo acompañado de síntomas mentales o emocionales. Separa tres secciones en la clasificación de los TPe.

La primera sección, habla de cuatro "tipos cardinales de personalidad", los cuales son raramente alterados por la terapia. Se caracterizan por un desarrollo defectual y son los siguientes:

1. *Personalidad inadecuada*: caracterizada por respuestas inadecuadas a las necesidades tanto intelectuales, sociales, emocionales y físicas, relacionadas con inflexibilidad, ineptitud, pobre juicio, falta de energía o motivación, e incompatibilidad social.

2. *Personalidad esquizoide*: Evitación de relaciones estrechas o profundas, inhabilidad para expresar angustia, pensamiento autístico, frialdad, aislamiento e ilusiones de omnipotencia.

3. *Personalidad ciclotímica*: caracterizado por una gran alternancia en el estado de ánimo, oscilando entre tristeza y euforia.

4. *Personalidad paranoica*: caracterizado por rasgos de personalidad esquizoide, desconfianza y suspicacia en las relaciones, envidia, celos y cabezonería.

La segunda sección habla de cuatro TPe. Este grupo de trastornos se caracteriza por una “inestabilidad emocional e independencia bajo situaciones más o menos estresantes debido a trastornos en el desarrollo emocional...”. Esta clasificación es aplicada sólo a los casos de TPe en los cuales los rasgos neuróticos (tales como ansiedad, conversión, fobia, etc.) son relativamente insignificantes o mínimos y existe un bajo desarrollo de la personalidad base. Describe los siguientes:

1. *Personalidad emocionalmente inestable*: destaca la excitabilidad e ineficacia en situaciones poco estresantes o inocuas, dificultad de juicio bajo presión o estrés y fluctuaciones en las relaciones, con un pobre control de la angustia, ansiedad y presencia de sentimientos de culpa.

2. *Personalidad pasivo-agresiva*. Clasificada en tres subtipos: Tipo *pasivo-dependiente*, caracterizado por amabilidad, sobredependencia e indecisión; tipo *pasivo-agresivo* caracterizado por expresar su agresividad mediante conductas pasivas tales como malos gestos, procrastinación e ineficacia intencional; tipo *agresivo*, el cual reacciona a la frustración con irritabilidad, ataques de ira o rabietas y conductas destructivas.

3. *Personalidad compulsiva*. Caracterizada por preocupaciones crónicas y excesivas acerca de los estándares sociales. Estos individuos se muestran excesivamente inhibidos, rígidos, incapaces de relajarse y absorbidos en el trabajo.

4. *Personalidad de rasgos trastornados, otros*: este diagnóstico es reservado para algún rasgo exagerado de personalidad no clasificable en los otros grupos.

La tercera sección clasifica cuatro tipos de “*Trastornos de personalidad sociopáticos*”. Esta sección incluye a los individuos que “están enfermos en lo referente a los distintos contextos sociales y conforme a la prevalencia cultural del momento”. Se divide en:

1. *Reacción antisocial*: individuos que buscan continuamente problemas y no desean cambiar tras la experiencia de castigo, ni sienten ningún tipo de respeto hacia los demás.

2. *Reacción disocial*: individuos que no respetan las normas sociales, pero por el contrario, presentan una profunda lealtad hacia otros o grupos.

3. *Desviación sexual*: incluye el diagnóstico de homosexualidad, travestismo, pedofilia, fetichismo y sadismo sexual.

4. *Adicciones*: engloba dos subtipos- alcoholismo y adicción a las drogas.

Con el DSM-I aparece el punto de partida para el diagnóstico de TPe. Con éste comienza la tradición del diagnóstico categorial de los TPe, a través de un sistema de diagnóstico ateórico. Además presenta un vacío criterial, y carecen de un sustancial apoyo empírico para la fiabilidad y la validez. El DSM-I y sus posteriores versiones no presentan una particular orientación teórica. No obstante, esta primera versión poseía una influencia muy marcada de Adolf Meyer que introdujo el término “reacción”, con la idea de que las experiencias estresantes se distribuían a lo largo de un continuo que iba de la normalidad a la anormalidad. Tras su muerte se desvanecieron sus teorías y se prosiguió con una tradición diagnóstica categorial y ateórica.

DSM-II

El DSM-II (*American Psychiatric Association*, 1968) contiene diez categorías de trastornos mentales. La sección V se denomina “*Trastornos de personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos*”. Se describen los TPe como “un grupo de trastornos con un patrón de conducta desadaptativo y son perceptiblemente diferentes a los síntomas psicóticos y neuróticos. Generalmente, estos patrones que perduran en el tiempo se inician en la etapa de la adolescencia o principios de la edad adulta”. Los diez TPe son los siguientes:

1. *Personalidad paranoide*: caracterizado por hipersensibilidad, suspicacia, celos y envidia como una tendencia a percibir las intenciones de los demás de manera errónea o maliciosa.

2. *Personalidad ciclotímica*: muestran una alternancia en el estado de ánimo con periodos de depresión o euforia, no atribuible a factores externos.

3. *Personalidad esquizoide*: muestran timidez, recogimiento, evitación de relaciones estrechas y excentricidad. También incluye la presencia de pensamiento autístico, e incapacidad para expresar sentimientos de agresividad.

4. *Personalidad explosiva*: tipificado como explosiones fuera del rango típico de la personalidad normal.

5. *Personalidad obsesivo-compulsiva*: caracterizado por una excesiva conformidad. Estos individuos aparecen rígidos, muy inhibidos, dudosos e incapaces de relajarse.

6. *Personalidad histérica*: caracterizado por excitabilidad, inestabilidad emocional, dramatización y conductas de búsqueda de atención, con una tendencia a la seducción, la vanidad y el egoísmo.

7. *Personalidad asténica*: manifestado por una facilidad para fatigarse, escasa energía, poca habilidad para disfrutar de la vida y una gran sensibilidad al estrés.

8. *Personalidad antisocial*: individuos antisociables, involucrados en repetidos conflictos interpersonales, irresponsables, poco leales e incapaces de aprender de las experiencias de la vida.

9. *Personalidad pasivo-agresiva*: caracterizado por una conducta obstinada de pasividad y agresión, procrastinación, cabezonería e ineficacia intencional.

10. *Personalidad inadecuada*: falta de eficacia para responder a las demandas tanto emocionales, como intelectuales, sociales y físicas, además de una incapacidad para cambiar en estas áreas.

El DSM-II sólo incluye dos categorías adicionales de TPe, un tipo sería “*otros*” y otro tipo sería “*inespecífico*”. Sin embargo, estas categorías no se hayan definidas en esta publicación. Es interesante resaltar que el DSM-II a diferencia del DSM-I señala que los TPe son apreciables en la adolescencia o principios de la edad adulta. Tanto el DSM-I como el DSM-II, señalan la cronicidad de los TPe, pero ninguno habla de la posibilidad de cambio a lo largo del ciclo de vida.

En el DSM-II aún persiste un vacío criterial para el diagnóstico, se presentan cortas descripciones que generalmente consisten en una o dos frases y continúan los problemas de baja fiabilidad y validez del diagnóstico de los TPe.

DSM-III

Esta edición se publica en 1980, cuando el paradigma diagnóstico se traslada a una perspectiva más conductual. Sin embargo, la mayor evolución en el DSM-III es una innovadora aproximación multiaxial, en la cual el diagnóstico es dividido o separado en “Ejes” (penta-axial), donde se incluye información acerca de las distintas

áreas de funcionamiento del individuo. Los síndromes clínicos (ej. depresión, trastorno de pánico, esquizofrenia, etc.) son codificados en el Eje I, el Eje II es reservado para los TPe y algunos tipos de problemas de inicio en la infancia. El Eje III es usado para codificar las enfermedades o problemas físicos. En el Eje IV se codifican los estresores psicosociales en la vida del paciente, y el Eje V es usado para codificar el nivel de funcionamiento o nivel de adaptación del último año.

La aparición del Eje II, donde se ubican los TPe produce un gran efecto en los clínicos, los cuales se esfuerzan por evaluar la posible presencia de TPe en cada uno de sus pacientes. Se estima que un 40% o un 50% de los pacientes con un diagnóstico del Eje I posee asimismo un diagnóstico en el Eje II, es decir, casi la mitad de los pacientes con síndromes clínicos presentan algún tipo de TPe.

Un revolucionario avance en esta tercera publicación es la inclusión de una específica lista de criterios presentados para cada uno de los TPe. Cada individuo diagnosticado de un TPe, debe cumplir un número mínimo de criterios. El conjunto de criterios es considerado “politético”, en el sentido de que el clínico no tiene que considerar la existencia de síntomas necesarios o esenciales para diagnosticar un trastorno, sino que pueda establecer el diagnóstico utilizando diferentes combinaciones del conjunto de síntomas que se incluyen como característicos de cada uno de los trastornos.

El DSM-III formula una definición formal para los TPe:

“Rasgos de personalidad como patrones generalizados de percepción, relación y pensamiento acerca del ambiente y de uno mismo que son exhibidos en un amplio rango de contextos tanto sociales como personales. Cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un perjuicio significativo en el funcionamiento social o laboral o producen un malestar subjetivo, entonces, constituyen un trastorno de personalidad. Estas manifestaciones son generalmente reconocibles desde la adolescencia o principio de la edad adulta y continúan a lo largo de la vida”.

Es necesario señalar que los TPe como el resto de los síndromes clínicos son vistos desde una perspectiva discreta o categorial, es decir, los trastornos se presentan bajo la categoría de presencia/ausencia y no desde una perspectiva dimensional, un continuo donde se sitúan la normalidad y la patología.

Un aspecto importante en el diagnóstico de los TPe en el DSM-III es que los trastornos son agrupados en tres clusters o conglomerados. El *cluster excéntrico* que incluye los TPe paranoide, esquizoide y esquizotípico; el *cluster dramático, emocional o errático* que incluye los TPe histriónico, narcisista, antisocial y límite y el *cluster ansioso* que incluye los TPe de evitación, dependencia, compulsivo y pasivo-agresivo.

El DSM-III revisa la definición y señala la hipótesis de que los TPe puedan mejorar en la etapa adulta o en la vejez. Se apoya en la idea de que conforme pasan los años un individuo por Ejemplo podría disminuir su conducta violenta y antisocial e incluso modificar ciertos rasgos de tal manera que se acerque más a rasgos esquizoides (Segal, Hersen, Van Hasselt, Silberman y Roth, 1996).

Se incluyen dos aspectos más en el DSM-III, un aspecto es que los TPe podrían coexistir con el diagnóstico de síndromes clínicos, y un segundo aspecto es que en un mismo individuo podían coexistir más de un diagnóstico de TPe.

En el DSM-III se incluyen once trastornos específicos de personalidad (comparado con los doce en el DSM-I y los diez en el DSM-II). Tan sólo cuatro trastornos permanecen sin cambios: paranoide, esquizoide, antisocial y pasivo-agresivo; por el contrario, se modifican los nombres de dos trastornos, el trastorno histérico por el trastorno histriónico y el trastorno compulsivo por el trastorno obsesivo-compulsivo. Asimismo, son eliminados los trastornos ciclotímico e inadecuado que aparecían en el DSM-I y el explosivo y asténico que estaban en la edición del DSM-II. Se incluyen cinco trastornos nuevos: el trastorno esquizotípico, narcisista, límite, de evitación y dependiente. Se incluye una categoría atípica, mixta donde se incluyen los individuos que no cumplen los mínimos criterios o no existe la suficiente información para su diagnóstico.

DSM-III-R

En 1987 se publica la revisión del DSM-III. Se incluyen los once trastornos en: Cluster A (paranoide, esquizoide y esquizotípico), Cluster B (histriónico, narcisista,

antisocial y límite) y Cluster C (evitación, dependiente, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo).

Se proponen dos nuevas categorías en el apéndice de criterios y Ejes propuestos para estudios posteriores que corresponden a la personalidad sádica y la personalidad autodestructiva. La propuesta no parece que haya tenido una gran aceptación, puesto que en la versión cuarta se elimina la personalidad sádica del apéndice para considerarla como un trastorno sexual sadomasoquista.

La personalidad sádica se caracteriza por una conducta cruel, de humillación y agresividad dirigida hacia los demás, acompañada de una incapacidad para empatizar con los demás. En contraste, la personalidad auto-destructiva se tipifica por una conducta de autodesprecio hacia sí mismo, acompañado de un establecimiento de relaciones insatisfactorias y dañinas, pérdida de oportunidades de disfrute, rechazo de relaciones, a pesar de repetidos esfuerzos de los demás por ayudarle.

Por último, señalar que, en esta edición se clarifican y se muestran con más objetividad los distintos criterios de los diagnósticos, debido a una sustancial revisión sistemática de la literatura e investigación empírica. Aumenta tanto la fiabilidad como la validez para el diagnóstico de los TPe, esfuerzo que continua en la edición IV.

DSM-IV

El DSM es revisado y publicado en un intervalo de tan sólo siete años. Aparecen diez TPe en el Eje II. En el Cluster A (raro, excéntrico): paranoide, esquizoide y esquizotípico. Cluster B (dramático, emocional o errático): antisocial, límite, histriónico y narcisista. Cluster C (ansioso, temeroso): evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Debido a la cuestionable fiabilidad y validez del trastorno pasivo-agresivo es trasladado del cluster C al Apéndice B (criterios y Ejes propuestos para estudios posteriores). Desaparece el TPe sádico y el autodestructivo que se describían en el mismo apéndice del DSM-III-R.

Un nuevo TPe se incluye en el Apéndice B, es el TPe depresivo, el cual es caracterizado por un patrón generalizado de conductas y cogniciones depresivas, baja autoestima y pesimismo.

DSM IV-TR

Cinco años más tarde de la publicación del DSM-IV, aparece el texto revisado de éste (DSM-IV-TR) que supone una revisión de los errores identificados, actualización de información, actualización de códigos de la CIE-9-MC modificados en la actualidad; en definitiva, para preparar la publicación del próximo DSM-V. Los cambios realizados se concentran especialmente en los apartados “síntomas y trastornos asociados”, “síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo”, “prevalencia”, “curso”, “patrón familiar” y “diagnóstico diferencial”. Respecto a los TPe, sigue la misma estructura y división de los distintos tipos de trastornos. No obstante se ha actualizado en el sentido de la ampliación en lo referente a los modelos dimensionales, presentándose en éste las dimensiones de algunos de los modelos más importantes como el modelo de “Los cinco factores” de Costa y McCrae. Se considera a los TPe como dimensiones que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un *continuum* con los síndromes clínicos del Eje I y se habla de un aumento en la investigación en la actualidad.

Respecto a los TPe, pese a que no se produce ningún cambio respecto a los criterios diagnósticos, se realizan las siguientes modificaciones:

Trastorno antisocial de la personalidad: Se actualiza el apartado de “síntomas y trastornos asociados”, donde se incluyen síntomas más cercanos a la concepción tradicional de la psicopatía.

Trastorno límite de la personalidad: Se añade información en cuanto al curso del trastorno, incluyendo buen pronóstico para algunas personas que padecen este trastorno.

Trastorno de la personalidad por dependencia: Se modifica la sección respecto a “síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo”, eliminando sugerencias propuestas anteriormente respecto a las diferencias sexuales.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: Se actualiza el apartado de “síntomas y trastornos asociados” para esclarecer la diferencia entre el Trastorno obsesivo-compulsivo y el TPe obsesivo-compulsivo.

A continuación se presenta, a modo de resumen una tabla con la evolución de los diferentes tipos de TPe a lo largo de las distintas publicaciones del DSM (Tabla 10).

Tabla 10: Evolución de los TPe en las diferentes versiones del DSM.

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)	DSM-IV-TR (2000)
Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide	Paranoide
Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide	Esquizoide
Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial	Antisocial
Inestabilidad emocional	-----	Límite	Límite	Límite	Límite
Compulsivo	Obsesivo-Compulsivo	Compulsivo	Obsesivo-Compulsivo	Obsesivo-Compulsivo	Obsesivo-Compulsivo
Pasivo-Agresivo	Pasivo-Agresivo	Pasivo-Agresivo	Pasivo-Agresivo	-----	-----
Ciclotímico	Ciclotímico	-----	-----	-----	-----
Inadecuado	Inadecuado	-----	-----	-----	-----
Disocial	-----	-----	-----	-----	-----
Desviación sexual	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	Explosivo	-----	-----	-----	-----
-----	Histérico	Histriónico	Histriónico	Histriónico	Histriónico
-----	Asténico	-----	-----	-----	-----
-----	-----	Esquizotípico	Esquizotípico	Esquizotípico	Esquizotípico
-----	-----	Narcisista	Narcisista	Narcisista	Narcisista
-----	-----	Evitativo	Evitativo	Evitativo	Evitativo
-----	-----	Dependiente	Dependiente	Dependiente	Dependiente
			Apéndice A	Apéndice B	Apéndice B
			Auto-Destructivo	-----	-----
			Sádico	-----	-----
			-----	Pasivo-Agresivo	Pasivo-Agresivo
			-----	Depresivo	Depresivo

2.6. Clasificación de los trastornos de personalidad

A continuación describiremos los TPe como actualmente los recoge la última versión del DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000). Para no extendernos en exceso en este punto, no añadiremos los criterios diagnósticos ni los datos epidemiológicos que se describen en el DSM-IV (APA, 2000) de cada uno de los TPe sólo describiremos los criterios diagnósticos generales para un trastorno de personalidad.

El sistema de clasificación actual adopta un enfoque categorial prototípico. En primer lugar, este manual diagnóstico recoge los criterios para el diagnóstico de un TPe en general y después describe cada uno de los trastornos específicos agrupándolos en tres grandes grupos o clusters donde se incluyen los distintos TPe:

- **Cluster A** (extraños-excéntricos): TPe paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- **Cluster B** (teatrales-emocivos): TPe antisocial, límite, histriónico y narcisista.
- **Cluster C** (ansiosos-temerosos): TPe evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Se exponen a continuación los criterios diagnósticos generales para un TPe, que son la base de la presencia de cualquiera de los TPe.

Tabla 11. Criterios diagnósticos generales para un TPe

■	Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad
A.	<p>Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos) 2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional) 3) actividad interpersonal

4) control de los impulsos

- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
 - C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
 - E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
 - F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).
-

A continuación, describimos las características clínicas de los TPe incluidos en este manual diagnóstico. Para la realización de este apartado nos hemos basado en su gran mayoría en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y en el Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos (Caballo, Buena-Casal y Carroble, 1996).

El Grupo A de los TPe: los extraños o excéntricos

Este grupo se caracteriza por un patrón general de cogniciones, autoexpresiones y relaciones con los demás anormales. Es el grupo más controvertido con respecto a si deberían o no estar clasificados en el Eje II o por el contrario deberían clasificarse dentro de alguna categoría diagnóstica del Eje I, como ocurre con los trastornos psicóticos, dada su cercanía. En este grupo se incluyen los TPe paranoide, esquizoide y esquizotípico.

Trastorno paranoide de la personalidad

La característica esencial del trastorno paranoide es una gran, profunda e infundada desconfianza hacia su entorno, no confía en las intenciones de los demás, interpreta esas intenciones como maliciosas hacia su persona, por lo que trata de investigar y descubrir la "verdad real" a través de gestos, expresiones e incluso comentarios que son favorables pero que el individuo los interpreta como pruebas de su creencia. Teniendo esta visión de las personas y de su entorno, no es de extrañar que el

individuo se vuelva reservado, miedoso, desconfiado incluso en su entorno más íntimo. Suele responder ante las acciones de los demás con gran ira, ya que cualquier cosa pueden interpretarla como un engaño, una desaprobación y una traición. Millon (1969,1981) ha descrito este grado de reserva como una excesiva necesidad de autonomía. Debido a estas creencias infundadas el individuo se siente menospreciado, humillado y siente que no es respetado por los demás, ante lo cual se defiende mediante un comportamiento furioso y de contraataque. Según la literatura se concibe este trastorno como uno de los más graves debido a la existencia de una gran cantidad de déficits estructurales, con una gran falta de elasticidad y limitación de sus habilidades de afrontamiento. Beck y Freeman (1990) hablan sobre el importante papel de los elementos cognitivos en este trastorno de la personalidad.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Las personas con una personalidad esquizoide presentan una pauta generalizada de indiferencia hacia las relaciones sociales y una afectividad muy limitada, son emocionalmente frías, indiferentes o poco reactivos. Son sujetos que no desean ni disfrutan con las relaciones íntimas, manteniéndose a distancia de los demás pues para ellos pueden presentar una amenaza. Esta incapacidad para la relación social puede considerarse como la característica fundamental de este trastorno (Millon,1981). Por eso se les tiene por personas solitarias, suelen desempeñar trabajos solitarios o nocturnos para tratar con un menor número de personas, todas sus actividades se caracterizan porque no requieren implicación personal. Son proclives a invertir una gran cantidad de energía afectiva en intereses no sociales, como la física o las matemáticas, y pueden estar muy unidos a animales (Kaplan, Saddock y Grebb, 1994). Respecto a la esfera afectiva, Bernstein (1996) afirma que “Experimentan el mundo en tonalidades de gris en vez de con colores”. Se puede decir que nunca experimentan emociones intensas, como ira o alegría, son personas ensimismadas, a menudo absortas en sus propios pensamientos y sentimientos. Hablan poco, son proclives a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es una manera de enfrentarse a la realidad. Presentan una gran incapacidad para sentir placer, son fríos

emocionalmente y presentan una respuesta pobre a los elogios así como poco interés por las relaciones sexuales.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Los individuos con este trastorno se caracterizan por una pauta generalizada de déficits sociales e interpersonales que produce un malestar agudo ante, y una capacidad reducida para, las relaciones interpersonales, siendo proclives a las distorsiones cognitivas o perceptivas y a excentricidades de la conducta (APA, 2000). Las personas con una personalidad esquizotípica se encuentran social y emocionalmente aisladas. Además, estas personas desarrollan pensamientos, percepciones y expresiones insólitas. Aunque estas rarezas son similares a las de las personas con esquizofrenia, y aunque la personalidad esquizotípica se encuentra a veces en las personas con esquizofrenia antes de que se desarrolle la enfermedad, no es tan frecuente que los adultos con una personalidad esquizotípica desarrollen esquizofrenia. Algunas personas muestran signos de pensamiento mágico y también ideas paranoides.

Este trastorno solo figura en la clasificación DSM ya que en la CIE 10 aparece dentro de los trastornos esquizofrénicos. Estos sujetos son personas marcadamente raras y extravagantes y su vida diaria se caracteriza por tener pensamiento mágico, ideas peculiares, y desrealización. El pensamiento y la comunicación están alterados, pueden presentar descompensaciones psicóticas, pueden ser supersticiosos o manifestar poderes de clarividencia. Su mundo interno se alimenta de relaciones imaginarias, experiencias perceptivas no habituales, comportamiento y apariencia rara, falta de amigos íntimos, afectividad inapropiada y ansiedad social excesiva.

El grupo B de los TPe: los “teatrales” o impulsivos”

Los trastornos de este grupo se caracterizan por un patrón general de violación de las normas sociales, por conducta y emotividad excesivas y por grandiosidad (Andreasen y Black, 1995). Estos trastornos se suelen caracterizar por una implicación

de la expresión manifiesta de sus rasgos típicos, así, se producen explosiones de ira, conducta dañinas hacia sí mismo, conductas seductoras, habla impresionista, etc.

Trastorno antisocial de la personalidad

Las personas con personalidad antisocial muestran una pauta generalizada de desprecio e insensibilidad por los derechos y los sentimientos de los demás, que puede presentarse desde la edad de 15 años, aunque no se diagnostica hasta los 18 años (APA, 2000). Estas personas se caracterizan por fracasar en la adaptación a las normas sociales, suelen explotar a otros para obtener beneficio material o gratificación personal. Estas personas responden ante el ambiente de manera impulsiva e irresponsable, son incapaces de poder planificar el futuro. Poseen baja tolerancia a la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas.

En el terreno interpersonal, las relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños, carecen de empatía hacia los demás. A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan su comportamiento o culpan a otros, y parecen encontrar siempre una justificación. La frustración y el castigo raramente producen una modificación de sus conductas. Con frecuencia estas personas impresionan a las de sexo contrario por los aspectos seductores de su personalidad

Las personas con personalidad antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, a la toxicomanía, a la promiscuidad y otros problemas relacionados con el control de los impulsos. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un lado a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. Pueden tener problemas con la justicia.

Las personas con trastorno antisocial se consideran autónomas, seguras y con fuerza en sí mismas. Creen tener derecho para violar las normas y reglas impuestas. Su creencia es que “el mundo es injusto y yo merezco tener aquello que tienen otros”. No hay normas, y tiene dificultades en la distinción entre el bien y el mal. Pueden delinquir abiertamente o bien ser más sutiles y engañar mediante manipulaciones.

El trastorno no es sinónimo de criminalidad y aquí entramos en la tradicional controversia en la distinción entre *maldad* y *trastorno*, siendo esta distinción un claro reto con importantes repercusiones en la psiquiatría forense.

Trastorno límite de la personalidad

Las personas con una personalidad límite, se caracterizan por una pauta general de comportamiento que consiste en una gran inestabilidad en distintas áreas tales como en la vivencia de la propia imagen, en las relaciones interpersonales y en la afectividad. Posee una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un estado de ánimo inestable la mayor parte del tiempo.

Respecto a la inestabilidad de la propia imagen, son personas que poseen una percepción errónea de su propia imagen, una alteración de la identidad que se manifiesta a través de una incertidumbre ante temas vitales, como la orientación sexual, los objetivos a largo plazo, etc., lo que les conduce a una sensación crónica de vacío y aburrimiento.

Sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación. Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones alimentarias y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente. Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de los demás (cambiando del amor al odio o viceversa pero con muchas dificultades en permanecer en posiciones intermedias). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen (pueden sentirse no reales). Pueden mostrarse desesperadamente impulsivas, implicándose en conductas promiscuas o en abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones.

Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al sentirse frustrados en sus actos impulsivos. Además de la inestabilidad emocional y

la ausencia de control de impulsos con autolesiones y explosiones de violencia, presentan afectación de la imagen de sí mismos, alteraciones de la conducta alimentaria, intentos y amenazas suicidas e implicación en relaciones intensas e inestables,

En la clasificación CIE 10 se le denomina *trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*. Para algunos autores como Kernberg esta patología sería el paradigma de todos los TPe, siendo la *estructura límite de la personalidad* la base de los otros trastornos, considerando pues que la patoplastia de cada uno de los diferentes trastornos sería una diferenciación biosocial del trastorno límite.

Trastorno histriónico de la personalidad

Consiste en una pauta generalizada de comportamiento de excesiva emocionalidad y búsqueda exagerada de atención. Estos sujetos son extravertidos y demandan continuamente apoyo, atención, y alabanza por parte de los demás, sintiéndose incómodos cuando no son el centro de atención.

Es típica su incapacidad de modular el afecto, dándose en gran medida cambios de humor debido a su labilidad emocional y escasa tolerancia a la frustración, muestran un comportamiento superficial, con aparente falta de sinceridad. Sus relaciones interpersonales son tormentosas y poco gratificantes, tienen tendencia a representar un papel, con teatralidad y expresión exagerada e infantilizada de las emociones para provocar la simpatía o la atención. Respecto a este aspecto a veces estos comportamientos provocativos implican una sexualización de las relaciones no sexuales, aspecto marcado por un deseo inapropiado de seducir encubriendo en gran medida un deseo de dependencia y protección. Estas personas consideran sus relaciones más íntimas de lo que en realidad son. Son muy sugestionables y tienen facilidad para dejarse influir por los demás, tienen tendencia a confabular y a manipular a los demás para que satisfagan sus necesidades y deseos.

Por último, poseen una preocupación excesiva por el aspecto físico, esto es comprensible ya que utiliza de forma continua su apariencia física para llamar la atención.

Turner (1996) identifica tres grupos de sujetos con este trastorno: A) *Grupo seductor*: que se caracteriza por conductas seductoras y preocupación excesiva por el atractivo; b) *Grupo emocionalmente inestable*: caracterizado por emociones exageradas y cambiantes; y c) *Grupo de atención y adaptación*: caracterizado por una excesiva necesidad de atención y aceptación y por emociones exageradas.

Trastorno narcisista de la personalidad

Se presenta como un patrón de conducta duradera a lo largo de la vida y que se caracteriza por un grandioso sentido de auto importancia personal y singularidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Son sujetos que se consideran especiales, perfectos, superiores a los demás, lo cual les posibilita un trato diferenciado, especial con respecto al resto de la humanidad. Se creen con derechos especiales y, si no obtienen lo que quieren, pueden castigar o bien sentirse terriblemente frustrados, ya que toleran escasamente la crítica, pueden sentir ira o sentirse gravemente deprimidos e incluso una "fría indiferencia" (APA, 1980). Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocéntricos, arrogantes, soberbios o mezquinos.

Son personas extrovertidas y muy políticas, ambiciosas y están preocupadas por fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor imaginarios (APA, 1987); suelen tener carisma para atraer a otras personas y exigen una admiración excesiva, son pretenciosas, explotadoras y reacias a reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de los demás, fingen simpatía para conseguir sus fines. Dada su frágil autoestima y gran sensibilidad al fracaso, a la derrota o a la crítica, son propensos a la depresión, sufren el rechazo de los demás y tienen dificultades en las relaciones interpersonales. En ocasiones muestran una negación de los errores personales o inseguridades (Kernberg, 1984). Como creen que son superiores en las relaciones con los otros, esperan ser admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Beck y Freeman (1990) contribuyen al análisis de la personalidad narcisista desde un

punto de vista cognitivo, sugieren la presencia de un sistema de creencias distorsionado de estos sujetos, ante el cual utilizan estrategias cuyo fin es reforzar su imagen de persona "superior". Costa y Widiger (1993) exponen una combinación de características en la personalidad narcisista como grandiosidad, pretensión, arrogancia y explotación. Estas características evidencian una *baja afiliación*. Algunos de los problemas que provocan a su alrededor y que no saben manejar son dificultades interpersonales tales como rechazo por parte de los demás, pérdidas de otras personas y problemas laborales (APA, 2000; Beck y Freeman, 1990; Kaplan et al., 1994; Oldham y Morris, 1995).

Turner (1996) habla de dos subgrupos dentro de este trastorno: A) *Grupo de atribución de derechos/fantasía ideal*: caracterizado en gran medida por sentimientos de envidia, de ser especial y de singularidad; B) *Grupo explotador/no empático*: caracterizado por comportamiento de explotación, carencia de empatía, necesidad de ser el centro de la atención y baja tolerancia a las críticas.

El grupo C de los TPe: los ansiosos o temerosos

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón general de temores anormales relacionados con las relaciones sociales, la separación y la necesidad de control.

Trastorno de la personalidad por evitación

Presentan un patrón generalizado de gran inhibición social, sentimientos de inferioridad y miedo o temor a una evaluación negativa por parte de los demás. Todo ello les lleva a evitar las relaciones sociales y profesionales, pues son hipersensibles al rechazo y temen comenzar relaciones o alguna otra cosa nueva por la posibilidad de rechazo o de decepción. Estas personas desean la cercanía con el entorno, tienen un fuerte deseo de recibir afecto y de ser aceptadas ya que les gusta el contacto con la gente pero a la vez temen ser heridas, se angustian por su falta de habilidad para relacionarse de manera cómoda con los demás. El temor al rechazo, al dolor, les hace

evitar toda relación para no sufrir. Evitan la evaluación, el riesgo, porque el mayor temor que pueden sentir es la humillación. La persona evitativa limita sus expectativas, se abstiene de compromisos porque en ellos existe el riesgo al fracaso.

El sujeto presenta sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás, preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad, resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.

También llamado en la CIE 10 trastorno ansioso de la personalidad, presentan una pauta de conducta caracterizada por una extrema sensibilidad al rechazo.

Trastorno de la personalidad por dependencia

Consiste en una pauta de conducta dependiente y sumisa con una gran necesidad de que se ocupen de ellas. Presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás, con los que están de acuerdo por miedo a sentirse rechazados. Transfieren las decisiones importantes y las responsabilidades a otros fomentando que otras asuman responsabilidades importantes de su propia vida, subordinan las necesidades propias a las de aquellos de los que dependen. A menudo se quejan de que no pueden tomar decisiones y de que no saben qué hacer o cómo hacerlo; esto es debido a la escasa confianza y seguridad que tienen en ellos mismos.

Son tremendamente débiles y con una autoestima muy baja, por esta razón, son reacias a expresar opiniones, aunque las tengan, porque temen ofender a la gente que necesitan. Se resisten a hacer peticiones incluso las más razonables a las personas de las que dependen. Temen la soledad, presentando sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solos, debido a miedos exagerados a no ser capaces de cuidar de sí mismos.

Este tipo de personas puede funcionar perfectamente mientras cuenten con el apoyo y cuidado de la persona "fuerte". Si ésta les falla, se hunden. Evitan los puestos de responsabilidad y responden con ansiedad a la petición de que asuman un papel de liderazgo. Este trastorno suele ser muy incapacitante en el ámbito laboral.

Tienen temor a ser abandonados por una persona con la que tiene una relación estrecha, temor a ser dejados a su propio cuidado, buscan siempre su reafirmación por parte de los demás. Estas personas pueden soportar y tolerar el maltrato de un cónyuge con tal de no romper su vinculación.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Las personas con personalidad obsesivo-compulsiva presentan un patrón generalizado de preocupación por el orden, perfeccionismo e inflexibilidad. Son personas formales, fiables, ordenadas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los cambios. Son cautos y analizan todos los aspectos de un problema, lo que dificulta la toma de decisiones. Aunque estos signos están en consonancia con los estándares culturales de occidente, los individuos con una personalidad obsesivo-compulsiva toman sus responsabilidades con tanta seriedad que no toleran los errores y prestan tanta atención a los detalles que no pueden llegar a completar sus tareas. Consecuentemente, estas personas pueden entretenerse en los medios para realizar una tarea y olvidar su objetivo. Sus responsabilidades les crean ansiedad y raramente encuentran satisfacción con sus logros, ya que sus objetivos suelen ser inalcanzables, estando preocupados por las normas que ellos mismos se imponen. Estas personas llegan al extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones interpersonales con tal de cumplir sus objetivos. Así pues, las habilidades sociales de estos individuos están muy limitadas, carecen de sentido del humor, son indecisos y cualquier cosa que amenace su rutina les genera una gran ansiedad.

Estas personas pueden llegar a destacar en las ciencias y otros campos intelectuales en donde el orden y la atención a los detalles son fundamentales. Sin embargo, pueden sentirse desligadas de sus sentimientos e incómodas con sus relaciones u otras situaciones que no controlan, con eventos impredecibles o cuando deben confiar en otros. Se consideran controladores y responsables tanto de ellos mismos como de los demás. Es como si creyeran que todo depende de ellos y por tanto deben alcanzar y mantener el nivel óptimo de perfeccionismo. El resto de las personas aparecen ante sus ojos como “ineptos” y “despreocupados”. Para sobrevivir necesitan

orden y perfección. Para ellos es catastrófico perder el control o no llevar a cabo los “deberes” que a menudo se autoimponen. Cualquier fracaso puede llevarlos a la depresión. Son individuos demasiado exigentes con un alto nivel de ansiedad que se frustran habitualmente.

Trastorno de la personalidad no especificado

Esta última categoría del apartado de los TPe se reserva para los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno específico de personalidad, pero que provocan un malestar o deterioro clínicamente significativo para el individuo. También se reserva para cuando el clínico considere que es adecuado incluir un trastorno que no se halla dentro de la clasificación del DSM, por Ejemplo, los trastornos depresivo y pasivo-agresivo de la personalidad. Estos trastornos (depresivo y pasivo-agresivo) se incluyen en el apéndice de “Criterios y Ejes propuestos para estudios posteriores”. Veamos a continuación su descripción:

Trastorno depresivo de la personalidad

Este trastorno se caracteriza por una patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivas depresivos que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos, que se caracteriza por un estado de ánimo en el que predominan sentimientos habituales de tristeza, abatimiento, desánimo, desilusión e infelicidad. Se muestra generalmente preocupado por todo, centrado en sí mismo acerca de sus sentimientos de impotencia e inutilidad, favoreciendo una baja autoestima y aumento de autocríticas o críticas hacia los demás, ya que pueden juzgarse tan duramente a sí mismos como a su entorno (APA, 2000).

No parece existir aceptación acerca de este trastorno como un TPe propiamente dicho, esto es debido a su solapamiento con trastornos depresivos del Eje I. En este sentido antes de su diagnóstico, debe excluirse la presencia de un episodio depresivo mayor o un trastorno distímico (APA, 2000; Belloch, 2002).

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

(Trastorno negativista de la personalidad)

Este trastorno se caracteriza por un patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos. Se caracteriza por una resistencia pasiva hacia el ámbito laboral o social, se muestran continuamente enfadados, despreciados e incomprensidos reaccionando de forma ambivalente, oscilando entre la dependencia, sumisión o arrepentimiento y la autoafimación o “bravuconería”. En ocasiones, cuando se muestran contrarios, exteriorizan sus críticas públicamente reflejando hostilidad hacia las figuras de autoridad (APA, 2000).

Al igual que el trastorno depresivo de la personalidad, su diagnóstico se realiza tras la exclusión de episodios depresivos o trastorno distímico (APA, 2000). No obstante, su distinción de otros TPe están aún por confirmarse (Belloch, 2002).

2.7. Evaluación de la personalidad patológica

La psicología de la personalidad ha utilizado clásicamente dos sistemas de evaluación, en función de los rasgos y en función de los tipos. Para evaluar los rasgos de personalidad ha seguido el procedimiento de utilizar dimensiones cuantitativas a lo largo de las cuales se ubicaba al sujeto. Ello daba lugar a perfiles de personalidad que describían dimensionalmente al individuo (Eysenk, 1957; Cattell, 1957; Costa y McCrae, 1985). Por el contrario, la evaluación de los tipos, igualmente clásica (Jung, 1921; Kretschmer, 1925; Sheldon, 1940; Myers y Mc Caulley, 1985), seguía un criterio categorial de forma que asignaba la persona a un tipo específico. Como ya hemos visto, la discusión entre los planteamientos dimensionales y categoriales ha sido clásica en el estudio de la salud mental y, especialmente, de la personalidad anormal (Kendall, 1975; Tyrer y Alexander, 1979). Lo habitual ha consistido en clasificar las personalidades

normales según un criterio dimensional y las personalidades anormales según un criterio categorial o tipológico (Livesley, 1985; Widiger y Kelso, 1983). Ya hemos comentado que ambos enfoques tienen sus ventajas e inconvenientes (ver tabla 12):

Tabla 12. Ventajas e inconvenientes de los enfoques dimensional y categorial de la personalidad (Moreno y Garrosa, 2004).

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

Ante las dificultades expuestas anteriormente los clínicos e investigadores, en su gran mayoría, optan por utilizar distintos instrumentos de evaluación que les permitan con mayor exactitud conocer la personalidad del individuo. Para ello, se han venido utilizando un gran número de entrevistas diagnósticas, autoinformes y cuestionarios de personalidad que, bien desde enfoques dimensionales o categoriales, han intentado identificar las características de personalidad normal y/o patológica de las muestras evaluadas.

El objetivo de este apartado es mostrar una breve revisión de los instrumentos más utilizados para el diagnóstico de los TPe, aunque nos detendremos más profundamente en la descripción de los instrumentos que utilizaremos para este trabajo, el MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 2007) y el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992). Para realizar este apartado nos hemos basado sobretudo en los trabajos de Butcher y Rouse (1996), Livesley (2001), y en Millon (1999). Para una mayor comprensión se incluye una

tabla resumen (tabla número 13) con los instrumentos a los que nos referiremos a lo largo de este apartado:

Tabla 13. Instrumentos de evaluación multiescala de personalidad y personalidad patológica.

Medidas basadas en el diagnóstico

Entrevistas	Autoinformes
Entrevista diagnóstica de Trastornos de personalidad del DSM-IV (DIPD-IV; Zanarini et al., 1996).	Inventario de Coolidge de Eje II (CATI; Coolidge y Merwin, 1992)
Examen Internacional de trastornos de la Personalidad (IPDE; Loranger, 1995, 1999)	Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007)
Entrevista de Trastornos de Personalidad-IV (PDI-IV; Widiger et al., 1995).	Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI-PD; Hataway y McKinley, 1951)
Entrevista clínica Estructurada del DSM-IV de Trastornos de Personalidad del Eje II (SCID-II; First et al., 1997)	Cuestionario de Trastornos de Personalidad-IV (PDQ-IV; Hyler et al., 1987)
Entrevista estructurada de Personalidad del DSM-IV (SCIDP-IV; Pfohl et al., 1997)	Inventario de Personalidad adaptativa y no adaptativa (SNAP; Clark, 1993)
	Inventario de Personalidad de Wisconsin (WISPI; Klein et al., 1993)
	Inventario Diagnóstico de Personalidad (PAI; Morey, 1991)
	Inventario de los dieciséis factores de personalidad (16 PF; Catell, 1949)

Medidas basadas en rasgos

Entrevistas	Autoinformes
Inventario Diagnóstico para Pacientes Límite (DIB; Gunderson et al., 1981)	Evaluación Dimensional de Personalidad Patológica- Cuestionario Básico (DAPP-BQ; Livesley, 2003)
Inventario Diagnóstico para Pacientes Límite-Revisado (DIN; Gunderson et al., 1990)	Inventario de Personalidad adaptativa y no adaptativa (SNAP; Clark, 1993)
Listado de Psicopatía de Hare Revisado (PCL-R; Hare, 1991)	Inventario de Problemas Interpersonales-Escalas de Trastorno de Personalidad (II-PD; Pilkonis et al., 1996)
Inventario Diagnóstico de Personalidad (PAS; Tyrer, 1988)	Inventario de Personalidad- NEO-Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992)

Entrevista Estructurada del Modelo de los cinco Factores (SIFFM; Trull y Widiger, 1994)

Escalas de Adjetivos Interpersonales Revisada (IASR-B5; Trapnell y Wiggins, 1990)

Lista de Adjetivos de Personalidad (PACL; Strack, 1987)

Cuestionario de Personalidad Tridimensional (TPQ; Cloninger et al., 1991,1993); Inventario de Carácter-Temperamento (TCI; Cloninger et al., 1994)

Cuestionario SASB-IQ (Benjamin, 1996)

Procedimiento de evaluación de Shedler-Westen (SWAP-200; Westen y Shedler, 1999a)

2.7.1. Entrevistas diagnósticas de la personalidad

Dentro de las entrevistas **basadas en el diagnóstico** hay dos tipos de formato, uno que agrupa las preguntas según diagnósticos, y otro que sigue un orden de agrupación temático. Esto es, el primer tipo de formato agrupa todas aquellas preguntas que tienen que ver con un trastorno dado, y el segundo agrupa las preguntas que tienen que ver con un área (estado de ánimo, relaciones de pareja, trabajo...).

Otro tipo de entrevistas son aquellas que tratan de evaluar los **rasgos** de personalidad del entrevistado.

a) Entrevistas basadas en diagnósticos

En la tabla 23 se muestran cinco entrevistas semiestructuradas para evaluar los TPe según criterios DSM. Tienen características comunes pero difieren en algunos aspectos. Todas tratan de valorar los diagnósticos del DSM, incluyendo la mayoría además los trastornos que ofrece el apéndice, esto es, el negativista (pasivo-agresivo) y la personalidad depresiva. Por otra parte, dos de ellas también sirven para evaluar los TPe incluidos en la CIE. A continuación se ofrece una breve explicación de las características de los diferentes tipos de entrevista incluidos en este apartado.

Formato de entrevista.

A la hora de seleccionar una entrevista es muy importante tener en cuenta el formato en que se agrupan las preguntas. Como hemos comentado anteriormente, las preguntas pueden estar **agrupadas según el diagnóstico** como en DIPD-IV (Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Personalidad del DSM-IV (DIPD; Zanarini, Frakenburg, Sickel y Young, 1996) y SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV de Trastornos de Personalidad del Eje II (SCID-II; First et al., 1997); **o por el tema**, como ocurre en el IPDE (Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad, IPDE; Loranger, Susman, Oldham y Russakoff, 1985). Las otras dos entrevistas, SCIDP-IV (Entrevista Estructurada de Personalidad del DSM-IV, SIDP; Pfohl, Stangl y Zimmerman, 1983) y PDI-IV (Entrevista de Trastornos de Personalidad- IV, PDI-IV; Widiger et al., 1995), ofrecen una versión de cada formato.

La ventaja principal de las entrevistas agrupadas **según diagnóstico** es que de hecho, los criterios para un TPe son en sí mismos manifestaciones de dicho trastorno. Sin embargo, este tipo de entrevistas conllevan dos riesgos a tener en cuenta. Por una parte, este tipo de agrupación puede acarrear un sesgo en la evaluación derivado de que el entrevistador puede encontrar desde el principio indicadores de un trastorno que le lleven, (ya sea consciente o inconscientemente) a sesgar el resto de la entrevista de cara a confirmar la impresión inicial. Por otro lado, también puede ser un problema la reactividad del entrevistado a la forma en que están agrupadas las preguntas; el entrevistado puede responder en base a un estereotipo de personalidad, tratando de dar consistencia a su conducta según su autoesquema, en lugar de dar una respuesta verídica. De todos modos, no está comprobado que esto disminuya la precisión. Una segunda ventaja, es que el evaluador puede utilizar un subconjunto de la entrevista según el trastorno que le interese evaluar. Sin embargo, esto conlleva otro riesgo derivado de la comorbilidad que existe entre los TPe. Utilizando sólo ese subconjunto se puede obtener una evaluación errónea o limitada.

En cuanto a las entrevistas cuyas preguntas están **agrupadas por temas** resultan más fluidas y naturales puesto que el pensamiento de las personas se organiza en áreas (trabajo, estado de ánimo...). Un problema es que como las conductas específicas están

multideterminadas, una misma conducta desadaptativa puede ser reflejo de diferentes trastornos. Por Ejemplo, la indecisión puede reflejar la baja autoestima de una personalidad dependiente, o la ansiedad provocada por el perfeccionismo del TPe obsesivo-compulsivo. A este respecto los defensores de este formato argumentan que es más eficiente preguntar sobre la conducta específica, y si aparece, clarificar a qué rasgo de personalidad responde, que preguntar dos veces sobre la misma conducta en dos contextos diferentes.

Skodol, Oldham, Rosnick, Kellman y Hyler (1991) comparan estos dos formatos llegando a la conclusión de que ninguna de las dos aproximaciones es más válida que la otra. Los entrevistadores prefieren tener en cuenta otros aspectos a la hora de elegir el formato del instrumento como la disponibilidad, el entrenamiento o la calidad del manual.

Puntuaciones

La opción más común es puntuar de 0-2. En esta escala el "0" representa ausencia de criterio, "1" manifestación subclínica, y "2" presencia clínica del síntoma. Por Ejemplo el PDI-IV (Widiger et al., 1995) utiliza estas puntuaciones, mientras que el SIDP-IV (Pfohl, Stangl y Zimmerman, 1983) combina este sistema con una escala de cuatro puntos. Independientemente del rango de puntuación que utilice cada escala, en todas ellas podemos llegar, tanto al juicio dicotómico de la presencia o ausencia de un trastorno dado, como a la puntuación de cada sujeto en cada uno de los trastornos.

Dos de estas entrevistas nos ofrecen formas de puntuación alternativas. En la DIPD-IV (Zanarini, Frakenburg, Sickel y Young, 1996) se puede puntuar en la misma escala de 0 a 2 en la que la puntuación de uno indica que la persona tiene un criterio menos que la que se necesita para un diagnóstico según el DSM. El PDI-IV (Widiger et al., 1995) nos provee de un método de puntuación único, cada diagnóstico se puntúa de 0 a 6, en el que la puntuación del 4 se corresponde con el umbral del DSM.

Screening

Tres de estas entrevistas tienen instrumentos de *screening* o rastreo. La IPDE (Loranger, Susman, Oldham y Rusakoff, 1987; Loranger, 1996) y la SCID-II (First et al.,

1997) tienen un breve cuestionario de verdadero y falso. Mientras el del SIDP-IV (Pfhol, Blum, Zimmerman y Stangl, 1997) es una breve entrevista clínica. En el caso de la SCID-II (First et al., 1997), las preguntas iniciales están diseñadas para tener una alta sensibilidad; de este modo, los entrevistadores asumen que las respuestas “no” son verdaderas y siguen administrando la entrevista completa con aquellos ítems cuya respuesta es “sí”.

Existen datos empíricos que apoyan el uso de *screening* a la hora de identificar qué personas son propensas a tener un TPe, pero es importante señalar dos cosas: primero, que este fenómeno no sólo ocurre en las medidas de *screening* sino en todas las medidas de autoinforme, y segundo que tanto el uso de *screening* como de otras medidas de autoinforme tienden a arrojar un elevado número de falsos positivos.

De este modo el uso del *screening* resultan más útil para eliminar aquellos casos en los que no existe TPe en aquellas ocasiones en la que no es posible una evaluación completa de toda la muestra.

b) Entrevistas basadas en rasgos

Entrevistas basadas en personalidad patológica

Se dispone de cuatro entrevistas para la evaluación de rasgos de personalidad. Todas evalúan rasgos diferentes, excepto el PAS (Inventario Diagnóstico de Personalidad, PAS; Tyrer y Alexander, 1979), que está diseñada para cubrir todo el dominio de TPe, mientras el resto son entrevistas de categorías específicas: La DIB (Inventario Diagnóstico para Pacientes Límite, DIB; Gunderson y Singer, 1975), la DIN (*Inventario Diagnóstico para Pacientes Límite Revisado*, DIN; Gunderson, Ronningstom y Bodkin, 1990), y la PCL-R (Listado de Psicopatía de Hare Revisado, PCL-R; Hare, 1980).

Al cubrir una categoría diagnóstica específica, estas entrevistas son diferentes en su fundamento de las basadas en el diagnóstico. Para empezar, las entrevistas descritas en este apartado solo se solapan parcialmente con la conceptualización del DSM, y por otro lado, evalúan el trastorno en cuestión en mucha más profundidad. De hecho, las

entrevistas basadas en diagnóstico se aplican en un tiempo estimado de 90 a 120 minutos para todos los TPe, mientras las entrevistas basadas en una sola categoría requieren unos 120 minutos para evaluar entre 20 y 33 elementos de un solo trastorno.

De todos modos es importante observar que dada la alta comorbilidad entre TPe, los resultados basados en un trastorno particular no son sólo específicos de ese trastorno, sino que a su vez son relevantes para otros.

Entrevistas basadas en personalidad normal

Existe una entrevista diseñada para evaluar las dimensiones de la personalidad normal, la SIFFM (Entrevista Estructurada del Modelo de los Cinco Factores, SIFFM; Trull et al., 1998). Se elaboró a partir del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) y está formada por 120 ítems, que arroja puntuaciones acerca de las seis facetas de cada uno de los cinco dominios de neuroticismo, extraversión, responsabilidad, amabilidad y apertura. De todos modos se ha dado más énfasis a los aspectos desadaptativos que en el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992). En suma, este instrumento aparece como un método alternativo a la hora de evaluar patología de la personalidad.

2.7.2. Autoinformes

Existen varias medidas de autoinforme diseñadas para evaluar los TPe diagnosticados según criterios DSM que a continuación comentaremos brevemente.

a) Autoinformes basados en diagnósticos

Todas estas medidas comparten características importantes. Específicamente todos los instrumentos evalúan los diagnósticos de TPe negativista y depresivo, con la excepción del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI; Hataway y McKinley, 1951) y el Inventario Diagnóstico de Personalidad (PAI; Morey, 1991). De hecho, es notable que el PAI se realizó con la intención de evaluar los constructos clínicos básicos importantes para un diagnóstico clínico, buscando la patología y/o el plan de tratamiento, en lugar de diagnósticos específicos del DSM. De hecho entre sus

22 escalas hay 11 clínicas, y sólo dos miden patología de personalidad, las características límite y las antisociales. A este respecto el PAI (Morey, 1991) es menos útil a la hora de evaluar todo el espectro de TPe que el resto, que si están diseñadas explícitamente para medir los diagnósticos del Eje II.

Longitud.

Una ventaja frecuentemente citada de las medidas de autoinforme es su eficacia relativa en comparación con las entrevistas. Para elegir una de ellas es importante tener en cuenta el tiempo requerido para responder, pero a pesar de que las más cortas son más fáciles de aplicar hay que hacer un balance entre la ganancia en eficacia y el hecho de que una medida más corta suele tener un alto coste en fiabilidad y validez.

Se ha sugerido que el Cuestionario de Trastornos de Personalidad IV (PDQ-IV; Hyler et al., 1987) es de gran utilidad como instrumento de *screening*, dada su baja-moderada especificidad, y alta sensibilidad, junto a su alto poder de predicción negativa. Estas características no son específicas del PDQ-IV. Como se explica anteriormente varias de las entrevistas basadas en el diagnóstico tienen *screeners* con esas características. De hecho, la mayoría de las medidas de autoinforme tienen mayor sensibilidad y menor especificidad que las entrevistas, y también producen un número mucho mayor de falsos positivos. Según Loranger (1992) la mayor potencialidad de las medidas de autoinforme radica en su utilidad como medidas de *screening*, mas que como medidas para establecer diagnósticos de TPe.

Por otra parte los dos instrumentos más extensos, el PAI (Morey, 1991) y el Inventario de Personalidad Adaptativa y No Adaptativa (SNAP; Clark, 1993) evalúan constructos además de los diagnósticos DSM. Además de las dos escalas de personalidad patológica, el PAI (Morey, 1991) incluye otras nueve escalas clínicas, cuatro escalas de validez, cinco escalas de tratamiento, y dos escalas interpersonales. El SNAP (Clark, 1993) incluye 15 escalas de rasgos y temperamento, y 6 escalas de validez, además de las 13 escalas diagnósticas. Ambos instrumentos permiten una imagen clínica más completa del sujeto y más escalas de respuesta que las medidas más breves.

Construcción del instrumento de evaluación

Otra consideración importante a la hora de seleccionar un instrumento para evaluar TPe es considerar en que medida su contenido se corresponde con los constructos de TPe del DSM.

El Inventario de Coolidge de Eje II (CATI; Coolidge y Mervin, 1992), PDQ (Morey, 1991), SNAP (Clark, 1993) y el Inventario de Personalidad de Wisconsin (WISPI; Smith, Klein y Benjamin, 2003), tienen ítems seleccionados expresamente para evaluar los criterios específicos del Eje II del DSM, mientras el MMPI (Hathaway y McKinley, 1951) se ha basado en otros criterios para su construcción. Todos los instrumentos de este apartado ofrecen puntuaciones del número de criterios que cumplen, y/o la suma de los ítems diagnósticamente relevantes.

El CATI (Coolidge y Mervin, 1992), PDQ (Hyer et al., 1987), SNAP (Clark, 1993) y WISPI (Smith, Klein y Benjamin, 2003), varían en el número de ítems que representan cada criterio. El que más tiene es el SNAP (Clark, 1990), con cinco ítems para cada criterio, y el que menos el PDQ (Hyer et al., 1987), con un solo ítem para cada criterio. Este instrumento en particular ha sido criticado porque puesto que sus ítems y escalas reflejan claramente lo que se pretende evaluar, es una medida más susceptible de arrojar respuestas no válidas con los sujetos que tienden a exagerar o negar la presencia de rasgos de personalidad desadaptativos. De nuevo esta crítica se puede aplicar a otros instrumentos, aunque es importante señalar que todas las medidas obtenidas directamente del DSM contienen escalas de validez para encontrar aquellos protocolos que reflejan respuestas extremas o sesgadas.

El MMPI (Hathaway y McKinley, 1951) es el más popular y utilizado de los cuestionarios de personalidad. Evalúa la personalidad en 10 escalas que en la actualidad no concuerdan con la terminología clínica de las clasificaciones diagnósticas. Desde 1985 se desarrollaron un nuevo grupo de escalas con el fin de representar los trastornos del DSM, estando actualmente la versión del DSM-IV. El instrumento MMPI-2 aparece como continuación de su predecesor MMPI de Hathaway y McKinley (1951), lo

actualizó Butcher et al. en 1989. Existen ya tres versiones de este instrumento y los resultados han sido interesantes, aunque no llegan a ser lo suficientemente esclarecedores como para ser utilizados como criterio de diagnóstico.

La aparición del MMPI-2 pretendía conservar el uso y la validez de las escalas existentes, renovar el lenguaje que pudiera estar anticuado, extender los ítems a áreas nuevas como cumplimiento de tratamiento, sensibilidad al cambio, problemas de relación, actitudes en el trabajo, renovar la estandarización de la prueba, pues lo “normal” ya no es lo mismo, y hacer dos formas separadas para adultos y adolescentes (Butcher et al., 1989).

La primera versión constaba de 566 ítems con contestación V/F, en el que se formulan oraciones declarativas de la primera persona en singular, la mayoría afirmativa; la segunda versión consta de 150 ítems nuevos para adultos y 154 nuevos para adolescentes. Para establecer el diagnóstico clínico es necesario tener en cuenta tanto la puntuación obtenida en cada una de las escalas como el conjunto de las puntuaciones en sus posibles combinaciones.

El Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007) y el MMPI (Hatawey y McKinley, 1951) proporcionan una evaluación global de los TPe sin una correspondencia ítem a ítem con los criterios diagnósticos. Así los autores del MMPI emplearon un método empírico/racional de selección de ítems, obteniendo dos tipos de escalas, una con los ítems que solapaban diferentes trastornos y otras que no lo hacían. En aquellas que se solapaban, un ítem podía estar representando más de un trastorno, mientras que los que no se solapaban cada ítem se emplazaba en la escala de la que era más prototípico.

Versiones colaterales.

Una última consideración a tener en cuenta a la hora de seleccionar un instrumento de autoinforme es la disponibilidad de una versión colateral (conocida como informante) de la medida. Un tema recurrente en la literatura de evaluación de TPe es la sugerencia de que los individuos con TPe pueden no ser informadores precisos de sus propios pensamientos, sentimientos y conductas problemáticas. De todos modos,

aunque para personalidades dentro del rango normal, hay mucha literatura sobre las relaciones entre los informes propios y de los pares (como informantes ajenos o colaterales, que suelen ser cónyuges o padres), la evidencia de esta falta de *insight* en pacientes con TPe es anecdótica. Podría ser que los pacientes con TPe no tengan conciencia de las consecuencias de su conducta o de los efectos que tienen en otras, pero en cambio sí sean capaces de informar de forma precisa sobre estas conductas *per se*.

Entre las medidas de autoinforme que incluyen estas versiones colaterales están el CATI (Coolidge y Mervin, 1992), PDQ (Hyler et al., 1987) y SNAP (Clark, 1993).

b) Autoinformes basados en rasgos

Entre las medidas de autoinforme basadas en rasgos se han desarrollado instrumentos que pretenden evaluar personalidades patológicas por una parte, y por otra, instrumentos para la medición de rasgos de personalidad normales.

Aunque los distintos instrumentos evalúan dominios que se solapan es razonable esperar una cobertura diferente de la disfunción de personalidad por cada uno de estos tipos de instrumentos.

Tal y como ocurría con las entrevistas basadas en rasgos, las medidas de autoinforme basadas en rasgos pueden evaluar tanto una dimensión simple como rasgos múltiples. La decisión del tipo de instrumento a seleccionar dependerá del propósito de la evaluación. Un inventario multiescalar será el elegido cuando lo importante sea obtener un perfil completo de patología de personalidad, mientras un instrumento de escalas simples sería de mayor utilidad en los casos en que interese evaluar el funcionamiento de un subdominio particular de personalidad.

Instrumentos para personalidad patológica.

El propósito de estos instrumentos es evaluar los componentes de los TPe, tal y como estaban descritos en el DSM sin evaluar explícitamente los diagnósticos *per se*.

Livesley (1989) recopiló una lista comprensiva de descriptores de rasgos y actos conductuales característicos del Eje II del DSM-III y DSM-III-R. Tras diversas rondas de

recolección de datos y análisis con muestras tanto normales como clínicas, el resultado fue La Evaluación Dimensional de Personalidad Patológica- Cuestionario Básico (DAPP-BQ), un instrumento de 290 ítems que evalúa 18 dimensiones de patología de personalidad.

Clark (1993) recopiló criterios tanto de las conceptualizaciones de TPe del DSM como de otros enfoques, así como criterios que seleccionó de trastornos del Eje I. Con esta base, y los análisis pertinentes tanto en muestra clínica como normal diseñó el SNAP, con 12 escalas dimensionales de rasgos y 3 escalas de temperamento de orden superior.

Pilkonis (1996) elaboró el Inventario de Problemas Interpersonales- Escalas de Trastorno de Personalidad (II-PD) una escala construida para evaluar malestar en las relaciones interpersonales. Identificó cinco subescalas, tres de las cuales estaban basadas en ítems que discriminaban la presencia/ausencia de cualquier TPe y servían como marcadores del grupo B. Las otras dos subescalas adicionales fueron creadas para distinguir pacientes con TPe del grupo C. La mayor utilidad de este instrumento, según el propio Pilkonis (Pilkonis, Kim, Proietti y Barkham, 1996) es su uso como rastreador.

El Procedimiento de evaluación de Shedler-Westen (SWAP-200; Westen y Shedler, 1999a). Estos autores recomiendan que los clínicos hagan una valoración a partir de una narración de un caso prototípico de cada TPe. Dicha valoración se realiza en función de una escala que va de 1 (ajuste mínimo o nulo) a 5 (ajuste total). Westen y Shedler (1999b) describen siete factores que correlacionan con seis TPe del DSM (paranoide, esquizoide, antisocial, histriónico, narcisista y obsesivo) más la disforia, el factor más extenso, el cual está formado por cinco subfactores. Estos autores utilizan el SWAP-200 para crear prototipos del DSM. El SWAP-200 ha demostrado una validez discriminante y convergente de buenas a excelentes. Además, los autores han presentado datos que demuestran que obtienen un solapamiento diagnóstico considerablemente inferior a lo habitual. Sin embargo, existen limitaciones metodológicas como que los clínicos que participaron en las validaciones conocían ya

muy bien a los pacientes, lo que hace dudar de su utilidad para su uso en entrevistas clínicas iniciales.

Instrumentos para personalidad normal.

Entre los instrumentos de autoinforme que miden personalidad normal están el Inventario de Personalidad NEO- Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992), la Lista de Adjetivos de Personalidad (PACL; Strack, 1987) y el Cuestionario de Personalidad Tridimensional (TPQ; Cloninger et al., 1994).

Un último instrumento de autoinforme es el *Cuestionario Intrex para el análisis estructural de la conducta social (SASB-IQ; Benjamin, 1996)*. La razón de incluirlo aparte es que está focalizado en intercambios conductuales en lugar de hacerlo en una descripción de la personalidad. Se trata de un instrumento muy poco utilizado en la investigación acerca de la evaluación de los TPe, probablemente a causa de su complejidad, sin embargo Benjamín (1987) argumentó a favor de su uso en este dominio.

Para finalizar este apartado de instrumentos de evaluación nos gustaría citar los instrumentos que surgen del modelo de parámetros de Pelechano (1973, 1979, 1980, 1989, 1993). Este modelo parte de la Teoría General de Sistemas, entendiendo la personalidad como un conjunto integrado de sistemas y subsistemas, en el que los rasgos se hallan a distinto nivel de generalidad y consolidación y donde en la cima de la pirámide o nivel superior encontraríamos el concepto general del sí mismo o del ser humano. Su modelo ofrece una visión dimensional de los TPe.

Pelechano (2000) ha desarrollado varios instrumentos de evaluación de la personalidad a través de dimensiones tales como:

- *Cuestionario de personalidad EN de Extraversión-Neuroticismo* que consta de 36 ítems y 2 factores que son Extraversión-introversión y Neuroticismo-estabilidad.
- *Cuestionario de personalidad HEA de Hostilidad y recelo* que consta de 37 ítems y 5 factores que son: Satisfacción social y bondad, Pacifismo en las relaciones

personales, Agresividad verbal y desafío a los demás, Poder y recelo hacia los demás y Sobreocupación social.

- *Cuestionario MOTEX de Extrema motivación de Ejecución* que consta de 45 ítems y 3 factores: Imagen extremada y pasiva de uno/a mismo/a, Inhibición ante el estrés y ansiedad perturbadora y Activación ante el estrés, sobrecarga y tendencia a la acción.

- *Cuestionario R-3 de rigidez de personalidad*, consta de 58 ítems y 3 factores que son: Autoexigencia rígida en el trabajo y detallismo, Sobreesfuerzo personal y actitud de élite y por último Principialismo y cumplimiento rígido del deber.

- *Cuestionario de personalidad ENR de Extraversión-Neuroticismo-Rigidez* que consta de 30 ítems y 3 factores que son Extraversión-introversión, Neuroticismo-estabilidad y Rigidez.

- *Cuestionario LUCAD de Locus de control* que consta de 24 ítems y 2 factores que son Control externo depresivo y Control interno en relaciones interpersonales.

- *Cuestionario de personalidad MA sobre Motivación* que consta de 36 ítems y 4 factores que son Voluntad fantasiosa en valor de uno mismo, Ansiedad ante exámenes (inhibición), Desinterés por el estudio y Autoexigencia en el trabajo.

- *HOSTYMAL de hostilidad y malevolencia*, que consta de 27 ítems y aísla tres factores: prioridad de las propias metas sobre lo socialmente aceptable, malevolencia, hostilidad y animosidad hacia las personas; y poder político.

- *Cuestionario MAE de ansiedad de Ejecución y motivación* (1975), considera 4 factores motivacionales (Tendencia a la sobrecarga de trabajo, Separación entre el mundo privado y el laboral, Autoexigencia laboral, Motivación positiva general a la acción) y dos factores de ansiedad (Ansiedad inhibitoria del rendimiento y Ansiedad facilitadora del rendimiento).

A continuación pasamos a describir más ampliamente las medidas utilizadas en este trabajo para la evaluación de la personalidad, el MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 2007) y el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992).

Inventario Clínico Multiaxial de Millon

(MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007, adaptado y baremado en población española por Cardenal y Sánchez, TEA Ediciones, 2007).

En primer lugar hablaremos de la formulación teórica de este autor para adentrarnos más tarde en la descripción del instrumento.

Los textos que sirven de base al MCMI-I y el MCM-II, *Psicología Moderna* (Millon, 1969), y que ha conocido diversas versiones hasta su configuración actual, como *Trastornos de Personalidad* (Millon, 1981) y *Direcciones Contemporáneas en Psicopatología* (Millon y Klerman, 1986) describen el sistema teórico de Millon.

Desde el punto de vista de la formulación teórica de Millon, la personalidad es entendida como un estilo específico que presenta un organismo de una especie concreta resultado de una adaptación funcional ante un abanico de ambientes que le es característico. La construcción de la personalidad se produce a partir de un proceso de desarrollo en el que influirían tanto variables biológicas como ambientales; en esta interacción se reflejaría una serie de patrones de afrontamiento o formas de respuesta creados a partir tanto del componente biológico como disposicional, así como las reacciones que provocan en los demás las acciones del sujeto que implicarían una acentuación de las tendencias iniciales del individuo. En estos patrones de afrontamiento se reflejarían tanto las conductas normales como las patológicas. En este sentido, los TPe representarían los estilos de funcionamiento o patrones de afrontamiento desadaptativos ante los distintos ambientes y que implicarían deficiencias, desequilibrios o conflictos respecto a la capacidad de relacionarse con su ambiente. Partiendo de este supuesto definido por el propio autor como “evolucionista y ecológico” (Millon, 1996, p.71), propone según su teoría cuatro esferas de organización teórica o niveles de análisis: Propósito de la existencia, modos de adaptación, estrategias de replicación y procesos de abstracción, a partir de estas esferas, el autor organiza los distintos TPe:

La primera esfera, **propósito de la existencia**, incluye la *polaridad placer-dolor*, es decir, la búsqueda por parte del individuo de experiencias reforzantes o refuerzo positivo (placer) por un lado, y la evitación o escape de estímulos aversivos que se refuerzan negativamente (dolor) y la amenaza, situando al individuo en un término medio fomentando su adaptación. Una incapacidad de adaptación en esta polaridad se dibuja en un TPe como por Ejemplo el trastorno esquizoide (bajo nivel respecto a la obtención del placer) y el TPe por evitación (alto nivel respecto a la sensibilidad hacia el dolor).

La segunda esfera, **modos de adaptación**, representaría la *polaridad actividad-pasividad*, es decir, en palabras del autor, acomodación-asimilación. Hace referencia a si el sujeto toma la iniciativa para configurar los acontecimientos que le rodean o es su comportamiento el que es reactivo a ellos. De este modo, los sujetos activos serían aquellas personas audaces, emprendedoras respecto a controlar las circunstancias de su entorno, en cambio, los sujetos pasivos son más inactivos, resignados, esperan que las cosas sigan su curso sin ambición ni constancia por las cosas que les rodean. Respecto a este nivel de análisis y los TPe, el polo de la actividad o la acomodación se presentaría en el trastorno histriónico de la personalidad, ya que son personas que no parecen aceptar las normas sociales impuestas y aceptadas por sus semejantes realizando grandes esfuerzos por cambiarlos, la actividad también podría reflejarse en impulsividad, lo que explicaría la conducta del trastorno antisocial de la personalidad; asimismo, en el polo de la pasividad o asimilación nos encontraríamos con el trastorno dependiente de la personalidad el cual se caracteriza por una gran pasividad, baja actividad reflejada en una baja confianza en sí mismo y fallos en la competencia; también podríamos encontrar al trastorno obsesivo-compulsivo en el polo de la pasividad ya que presentarían un intenso temor a actuar de una forma independiente; asimismo, el trastorno narcisista de la personalidad se encontraría también en el polo de la pasividad ya que estas personas no actúan porque suponen que las cosas saldrán como ellos creen, con lo cual no se esfuerzan por actuar, de ahí su explotación pasiva de los demás.

Una tercera esfera o nivel de análisis, **estrategias de replicación**, reflejaría la *polaridad sujeto-objeto*, es decir, existe en nuestro entorno una serie de objetos y de entre todos ellos destacan dos, que son: nosotros y los otros. El sujeto puede obtener el refuerzo de sí mismo o la construcción de o realización del sí mismo, con lo que nos encontraríamos al trastorno dependiente de la personalidad caracterizado por una baja individuación y una construcción exagerada hacia los otros, en cambio, el trastorno narcisista y antisocial de la personalidad se caracteriza por una deficiencia exagerada en el polo de los demás, ya que la construcción o realización se encuentra en sí mismo exclusivamente.

Existe gran paralelismo entre las polaridades: placer-dolor, actividad-pasividad y sujeto-objeto, y las dicotomías planteadas por otros autores, así la polaridad actividad-pasividad era ya utilizada por Adler y Aristóteles, o por Ejemplo el paralelismo existente entre la polaridad sujeto-objeto y la dimensión introversión-extraversión planteada por Jung.

Una cuarta esfera o nivel de análisis, **los procesos de abstracción**, hace referencia a una serie de deficiencias tales como incapacidad de prever las consecuencias de una acción o del futuro, estilos disfuncionales de pensamiento que oscilan entre una la hipersensibilidad en la detección del peligro del trastorno paranoide hasta la ruptura en el estilo "normal" en el trastorno esquizoide.

La interacción entre estos cuatro niveles de análisis da lugar a prototipos de personalidad que conforma el abanico de los TPe.

Volviendo a las tres polaridades de Millon descritas (1969,1981,1990,1996), se plantean patrones de personalidad de afrontamiento básicos que corresponden a los TPe que se incluyen en el DSM-IV y la CIE-10, pero considerándose provisional y con valor heurístico, y no como entidades diagnósticas definidas (Figura 6).

1. *Patrón activo-dependiente (Trastorno histriónico de la personalidad)*: Está constantemente buscando estimulación y afecto. Temor a la autonomía y necesidad de aprobación y atención sociales.

2. *Patrón pasivo-dependiente (Trastorno dependiente de la personalidad)*: Búsqueda de relaciones en las que se depende de los demás para conseguir afecto, seguridad y liderazgo. Carece de iniciativa y autonomía, posiblemente como consecuencia de exceso de sobreprotección paterna.

3. *Patrón activo-independiente (Trastorno antisocial de la personalidad)*: Respuesta de desconfianza hacia los demás, deseo de autonomía y retribución por injusticias pasadas, lucha indiscriminada y constante por el poder y rechazo o desprecio hacia los demás justificado por la creencia de que los demás son falsos e indignos de confianza.

4. *Patrón pasivo-independiente (Trastorno narcisista de la personalidad)*: Dirige el afecto hacia sí mismo, centración, egoísmo y sobrevaloración de sus propias capacidades. Posee una completa seguridad en sí mismo y tiende a explotar a los otros.

5. *Patrón activo-ambivalente (Trastorno negativista/pasivo-agresivo de la personalidad)*: Incapacidad para resolver conflictos, muy cercana a la conciencia presentándose en la vida diaria. Duda entre la deferencia y la conformidad, y el negativismo agresivo. Patrón irregular y caótico de explosiones de ira y testarudez que se mezcla con sentimientos de culpa y vergüenza.

6. *Patrón pasivo-ambivalente (Trastorno obsesivo de la personalidad)*: Conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelve la ambivalencia comportándose de forma respetuosa y cumplidora, aunque en el fondo existe una gran carga de angustia y ocasionales pérdidas de control.

7. *Patrón pasivo-discordante (Trastorno autodestructivo o masoquista de la personalidad)*: Relación con los demás autosacrificada y sumisa favoreciendo la explotación por parte de los demás. Modestia y magnificación de sus déficits colocándose en una posición inferior.

8. *Patrón activo-discordante (Trastorno sádico de la personalidad)*: Satisfacción y placer en la humillación hacia los demás, violación de los derechos y sentimientos. Hostilidad, indiferencia respecto a las consecuencias destructivas de su comportamiento.

9. *Patrón activo-desapegado (Trastorno evitativo de la personalidad)*: Temor y desconfianza hacia los demás. Busca mediante el aislamiento, que no se reproduzcan dolores y angustias pasados. Deseo de relacionarse, pero prefieren mantenerse a distancia para no sufrir otra vez.

10. *Patrón pasivo-desapegado (Trastorno esquizoide de la personalidad)*: Insensibilidad social. Escasa necesidad de afecto y sentimiento emocional, funciona como observador pasivo desapegado de recompensas y afectos, y de las demandas de las relaciones humanas.

También propuso 3 patrones o trastornos adicionales, que reflejan un mayor nivel de psicopatología o gravedad: El patrón límite, paranoide y esquizotípico. La gravedad viene dada por un mayor déficit de competencia social y presencia de episodios psicóticos periódicos y reversibles, así como una menor integración y menor eficacia en cuanto a las estrategias de afrontamiento. Presentan gran vulnerabilidad ante las tensiones de la vida cotidiana.

1. *Trastorno límite*: Se corresponde con los patrones dependiente, discordante y ambivalente. Se caracteriza por cambios endógenos en el estado anímico, alternancia de períodos de ira intensa, ansiedad o euforia con otros de abatimiento y apatía. Presentan episodios de conductas automutiladoras y suicidas recurrentes. Es muy característica la ambivalencia cognitiva-afectiva, con sentimientos simultáneos de amor, rabia y culpabilidad hacia los otros.

2. *Trastorno paranoide*: Se corresponde con los patrones independiente, ambivalente y discordante. Constante desconfianza y vigilancia hacia los demás, mostrando una anticipada defensa ante el engaño y la crítica. Fáciles de irritar y con tendencia a provocar enfado en los otros. Resistencia exagerada ante la influencia y el control externo.

3. *Trastorno esquizotípico*: Se corresponde con el patrón desapegado. Prefiere el aislamiento con mínimas vinculaciones y obligaciones personales. Tendencia al autismo o confusión cognitiva. Los demás lo ven como extraño o distinto debido a sus conductas excéntricas. Puede ser pasivo o activo, si el patrón es activo presentará una

hipersensibilidad y vigilancia ansiosa, en cambio si predomina el patrón pasivo se reflejará en un embotamiento emocional por parte del sujeto.

Figura 6. Patrones de personalidad de afrontamiento del Modelo de Millon(1969)

Patrón de conducta instrumental	Fuente de Reforzamiento				
	Independiente	Ambivalente	Discordante	Dependiente	Desapegado
Activo	Antisocial	pasivo/agresivo	Sádico	Histriónico	Evitación
Pasivo	Narcisista	Compulsivo	Autodestructivo	Dependiente	Esquizoide
			Trastorno Límite		
		Trastorno Paranoide			Trastorno Esquizotípico

Una vez realizada una revisión de la formulación de Millon, podemos pasar a describir el Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon. Existen tres versiones MCMI-I/II/III (1977,1987,1994). En nuestro estudio utilizaremos la tercera versión recientemente validada en población española.

El MCMI-III se ha construido para ajustarse a la nosología oficial del DSM-IV (APA, 2000). Una característica importante del MCMI es el uso de datos de prevalencia en lugar de transformaciones a puntuaciones típicas normalizadas, es decir, el MCMI intenta diagnosticar los porcentajes de los pacientes que realmente presentan trastornos en los ámbitos diagnósticos lo que facilita una base para seleccionar los puntos de corte óptimos de diagnóstico diferencial y garantiza que la frecuencia de los diagnósticos generados por el inventario será comparable con las tasas representativas de prevalencia clínica. Las puntuaciones de prevalencia iguales a 75 y 85 son consideradas puntos de corte. En las 14 escalas de trastornos de personalidad una prevalencia igual a 75 indica la presencia del rasgo mientras que una prevalencia igual a 85 indica la presencia de un trastorno. El MCMI-III está compuesto por 175 ítems. Para cada una de las afirmaciones la persona decide si son o no aplicables a su manera de funcionamiento habitual (verdadero o falso). El MCMI-III ofrece un perfil según 14 escalas (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo,

Compulsivo, Negativista, Autodestructivo, Esquizotípico, Límite y Paranoide). Además de valorar la personalidad, el MCMI-III incluye el conjunto de síndromes clínicos moderadamente graves (Trastorno de ansiedad, Somatomorfo, Bipolar, Distímico, Dependencia del alcohol, Dependencia de sustancias y Trastorno de estrés postraumático) y graves (Trastorno del pensamiento, Depresión mayor o Trastorno delirante). Finalmente, el MCMI-III incluye 4 índices modificadores: Sinceridad, Deseabilidad social, Devaluación y Validez. El MCMI-III ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas. Respecto a la fiabilidad el inventario presenta buena consistencia interna con coeficientes alpha que varían entre 0.65 y 0.88 en la muestra española. En cuanto a los índices de fiabilidad test-retest presentan valores entre 0.82 y 0.96, siendo la mediana del coeficiente de estabilidad 0.91. Con respecto a la validez se obtienen puntuaciones satisfactorias tanto en validez criterial, empleando jueces diagnósticos experimentados, como en validez concurrente (por Ejemplo, buenas correlaciones con el MMPI-II).

Inventario de Personalidad NEO Revisado

(NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992, validado en población española por Cordero, Pamos y Seisdedos, TEA Ediciones a partir de una versión modificada del inventario traducido por María Dolores Avia Aranda, 1999, 2002)

Como en el instrumento anterior, dado que lo utilizamos en nuestro estudio, primero expondremos la formulación teórica de Costa y McCrae (1985), que dio paso al inventario NEO-PI-R, y después describiremos el instrumento de evaluación diagnóstica.

Existe desde hace tiempo, un intento de reducir el número de los factores de personalidad, que sólo en los años ochenta ha podido ser promovido como corriente de investigación, el precursor de esta corriente fue McDougall (1932). Este autor sugiere que existen cinco factores distintos que explican el correlato de la personalidad, e incluso llega a nombrar estos cinco componentes: Intelecto, Carácter, Temperamento, Disposición y Templanza. A continuación Thurstone en 1934 desde una perspectiva distinta, realiza un intento de agrupar los elementos que podrían explicar la

personalidad, analizando 60 adjetivos calificativos que se reducían a cinco factores independientes. Otros investigadores posteriores como Cattell (1947,1965) siguiendo la línea de Thurstone concluía que se podían definir cinco soluciones factoriales de orden superior para representar los 16 factores básicos investigados, consiguiendo los mismos resultados otros autores como Fiske (1949) y Tupes y Cristal (1961). Aunque el trabajo más conocido fue el de Norman con la primera denominación de los “Cinco Grandes” (también conocido por los “Cinco de Norman”). Partió de una selección de términos referidos a características personales, se seleccionaron los no redundantes, y tras un análisis factorial presentó cinco factores bajo los que están agrupados de 30 a 40 adjetivos.

Por otro lado se conseguían los mismos resultados, pero con otras fuentes, por Ejemplo Borgatta (1964) también encontró los “cinco grandes” en el análisis factorial del EPI de Eysenck, en el PRF de Jackson y en el MBTY de Myers y McCauley (McCrae y Costa,1985,1987,1988,1989). Goldberg (1990,1992) sostiene que se han identificado las dimensiones de rasgos fundamentales que caracterizan la personalidad y sus trastornos.

El Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae, deriva de la investigación basada en la llamada hipótesis léxica. Esta hipótesis asume que las diferencias individuales se representan en la lengua natural a través de adjetivos calificativos. Estudios de diferentes lenguas naturales demostraron que los cinco factores, los llamados cinco grandes, son suficientes para dar cuenta de la varianza en las largas listas de adjetivos calificativos (Goldberg 1981). Estos factores son: Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad o meticulosidad, Estabilidad emocional (Neuroticismo) y Apertura a la experiencia o curiosidad (Cultura e Intelecto).

1. *Extraversión*: Hace referencia a la disposición para las interacciones interpersonales, personas habladoras, simpáticas, asertivas, alto grado de búsqueda de estimulación, con gran energía.

2. *Conformidad, agradabilidad o amabilidad*: Hace referencia a personas de buen carácter, cariñosos, confiados, amables, altruistas, dispuestos a ayudar.

3. *Responsabilidad o meticulosidad*: Hace referencia a personas con alto grado de organización, meticulosas, competentes, responsables, persistentes y ambiciosas.

4. *Neuroticismo*: Hace referencia a personas con altos niveles de ansiedad, gran inestabilidad emocional, susceptibles al malestar psicológico y autoconscientes.

5. *Apertura a la experiencia*: Hace referencia al gusto por las experiencias nuevas o variadas, personas imaginativas, curiosas y aventureras.

Aunque el modelo de los cinco factores ha recibido una gran aceptación, aunque no universal, existen investigadores que no están de acuerdo en el número de los factores que proponen (Golberg, 1993., Zuckerman, et al. 1993).

Se han recibido importantes críticas. Por Ejemplo Mischel (1976) sugiere que los factores identificados reflejan más bien estereotipos y los conceptos sociales de los jueces más que la propia estimación de rasgos de los sujetos. Investigaciones posteriores han demostrado que el modelo ni es artefactual ni presenta un sesgo del esquema cognitivo de los jueces (McCrae y Costa, 1989).

Eysenck (1991) o Zuckerman (1991) defienden que frente a este modelo, los resultados indican la existencia de los "Tres Aún Más Grandes". Para Eysenck (1991) en su modelo trifactorial explica que los factores amabilidad y responsabilidad serían a su vez factores de otro factor de orden superior, psicoticismo, mientras que el factor apertura sería un constructo que pertenece al ámbito de las aptitudes. Zuckerman (1991) presenta datos que corroboran que amabilidad y responsabilidad forman parte de un factor caracterizado por búsqueda de sensaciones-impulsividad-psicoticismo. Otros autores como Tellegen y su grupo de investigación (Almagor, Tellegen y Waller, 1995) proponen además dos factores más (Valencia positiva y negativa) y encuentran resultados empíricos que apoyan su propuesta en dos culturas diferentes. Otros autores como Pervin (1994), McAdams (1992) o Westen (1995) critican el concepto de rasgo.

A pesar de estas críticas, el modelo gana en difusión y es notable en áreas aplicadas como la psicología de la salud, la psicología clínica y la psicología del trabajo. Este modelo ha demostrado ser muy consistente a través de variedad de soluciones factoriales, es usado en varias culturas y lenguajes, es estable entre observadores y se correlaciona bien con diferentes medidas clínicas no factoriales.

El NEO-PI-R es una versión corta del Inventario de los Cinco Factores (NEO), desarrollado para evaluar las cinco facetas o dominios del llamado Modelo de Personalidad de los Cinco Factores (Costa y McCrae 1992). Respecto a su uso ha sido investigado en el contexto vocacional (Gottfredson, Gottfredson y Hybl, 1993), alcoholismo (Martin y Sher, 1994), suicidio (Duberstein, Conwell y Caine, 1994), trastorno por estrés postraumático (Talbert et al., 1993) y enfermedad de Alzheimer (Strauss, Pasupathi y Chatterjee, 1993), entre otras.

Como instrumento de evaluación clínica, las escalas NEO fueron criticadas por su pobreza. Ben-Porath y Waller (1992) sugieren que los cinco factores no proveen información específica para necesidades de tipo clínico. En respuesta a su crítica, se propuso el NEO-PI-R, en el que por cada uno de los cinco dominios o factores se proveyeron seis facetas, subfactores, que se desarrollaron en un esfuerzo de aportar un nivel específico de información necesaria para los clínicos (Costa y McCrae 1995). No obstante se obtuvieron resultados contradictorios, en cuanto a la validez de la organización jerárquica de las 30 facetas con los cinco dominios. El análisis confirmatorio de las 30 facetas no ha sido reproducido consistentemente en los cinco dominios del NEO-PI-R (Piedmont y Weinstein 1993). Ben-Porath y Waller (1992) critican la ausencia de validez de las escalas del instrumento como el mayor obstáculo en el uso del test en evaluación clínica.

Una vez realizada la revisión teórica que sustenta al NEO-PI-R podemos pasar a describir las características de este instrumento de evaluación de la personalidad.

El NEO-PI-R es un inventario que evalúa la personalidad desde un enfoque dimensional mediante 240 ítems. La persona responde al inventario mediante una escala de 5 puntos que va desde 1 (en total desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El NEO-PI-R ofrece un perfil de la personalidad basado en las 5 dimensiones o factores básicos y sus respectivas facetas. Los factores que describe el inventario NEO-PI-R son:

Neuroticismo, las personas que puntúan alto son proclives al malestar psicológico. Implica ideas poco realistas, necesidades excesivas o dificultad para tolerar la frustración causada por no satisfacer las propias necesidades, y respuestas de

afrontamiento desadaptativas. Las facetas del Neuroticismo son: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad.

Extraversión, las personas que puntúan alto tienden a ser sociales, activas, habladoras, optimistas, amantes de la diversión y afectuosas. Las facetas que incluye la Extraversión son: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.

Apertura, las personas que puntúan alto en este factor son curiosas, imaginativas y dispuestas a estudiar nuevas ideas y valores no convencionales, experimentan toda la gama de emociones más vívidamente que las personas cerradas. Las facetas que incluye la Apertura son: fantasía, estética, valores, sentimientos, acciones e ideas).

Amabilidad, los que puntúan alto tienden a ser bondadosos, compasivos, afables, confiados, serviciales, atentos, misericordiosos y altruistas. Ilusionados por ayudar a los demás, tienden a ser sensibles y empáticos y creen que a mayoría de la gente quieren comportarse y se comportarán de la misma manera. Las facetas que caracterizan este factor son: confianza, franqueza, altruismo, actitud, modestia y sensibilidad hacia los demás.

Responsabilidad, este factor refleja el grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas. Los que puntúan alto tienden a ser organizados, fiables, trabajadores, autocontrolados, puntuales, escrupulosos, ambiciosos y perseverantes. Las facetas que pertenecen a este factor son: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.

Además de los factores y sus respectivas facetas, este inventario incluye 3 escalas de validez: aquiescencia, disconformidad y respuestas al azar.

Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones típicas y el inventario proporciona una categorización en 5 rangos en función de esas puntuaciones: menor de 36 correspondería a muy bajo; entre 36 y 45 sería bajo; entre 46 y 55 medio; entre 56 y 65 sería alto y una puntuación mayor de 65 se interpretaría como muy alto. El manual del inventario NEO-PI-R recoge los numerosos estudios que han mostrado

evidencia de las buenas propiedades psicométricas de este instrumento. Respecto a la fiabilidad se obtienen coeficientes alpha de entre 0.86 y 0.92; la fiabilidad test-retest también se ha mostrado satisfactoria con índices en las facetas que varían entre 0.69 y 0.92 y entre 0.86 y 0.91 en los factores. El NEO-PI-R presenta una buena validez de constructo, convergente y discriminante. A continuación detallaremos únicamente los datos sobre propiedades psicométricas en población española de los principales factores. Respecto a la fiabilidad se obtienen altos índices de consistencia interna en Neuroticismo (0.90), Extraversión (0.84), Apertura (0.82), Amabilidad (0.83) y Responsabilidad (0.88). Respecto a la validez de constructo la estructura del inventario fue muy similar a la original.

I- 3. PERSONALIDAD Y TRASTORNO DE PÁNICO

3.1. Introducción

El TP constituye uno de los trastornos mentales que más atención ha recibido por parte de los investigadores (Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995; White y Barlow, 2002). Sin embargo, los estudios sobre la influencia de la personalidad en el TP son bastante escasos en la literatura científica y en las bases de datos especializadas. A este hecho debemos sumarle que en las investigaciones existentes no siempre se han utilizado instrumentos diagnósticos y de evaluación validados por lo que, además de resultados escasos, en ocasiones, tenemos que hablar también de resultados contradictorios y confusos. Algunos de estos trabajos se han centrado en el conocimiento de aspectos como: **la prevalencia de los TPe en el TP** (Latas, Starcevic, Trajkovic y Bogojevic, 2000; Barzega, Maina, Venturello y Bogetto, 2001; Iketani et al., 2002; Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005; Marchesi, Cantón, Fonito, Giannelli y Maggini, 2005; Marchesi, De Panfilis, Cantón, Fonito, Giannelli y Maggini, 2006), **la existencia de TPe o clusters específicos en pacientes con TP o TPA** (Ozkan y Altindag, 2005; Albert, Maina, Bergesio y Bogetto, 2006; Iketani et al., 2002, Iketani, et al., 2004; Marchesi et al., 2005; Marchesi et al., 2006), **las diferencias en rasgos de personalidad en función de la edad de inicio del TP** (Venturello, Barzega, Maina y Bogetto, 2002; Iketani et al., 2004) **o en función del sexo** (Barzega et al., 2001; Foot y Koszycki, 2004), **si aumenta la gravedad clínica del TP con la presencia de un TPe** (Reich, Noyes y Troughton, 1987; Alnaes y Torgersen, 1990; Klass, DiNardo y Barlow, 1989; Reich y Troughton, 1988; Chambles, Renneberg y Goldstein, 1992; Bruce et al., 2005) **o la influencia de la comorbilidad de TPe en la respuesta al tratamiento** (Black, Wesner, Gabel, Bowers y Monahan, 1994; Mavissakalian y Hamann, 1987, Reich, 1988; Noyes et al., 1990), entre otros.

La relación existente entre pánico y personalidad a la que nos hemos referido por medio de las citas anteriores deja entrever la posibilidad de que la personalidad (Johnson et al., 1999b; Ozkan y Altindag, 2005), u otras variables como situaciones adversas en la infancia (Aronson y Logue, 1987; Pollack, Otto, Rosenbaum y Sachs,

1992; Brown, Harris y Eales, 1996), puedan constituir factores de vulnerabilidad para el desarrollo y curso del TP. Aunque también existen autores que hipotetizan sobre el hecho de que sea la ansiedad, el factor de vulnerabilidad que predispone a la persona a desarrollar no sólo un TP sino también un TPe (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore y Cooper, 1985; Lewinsohn et al., 1997; Kasen, et al., 2001). Estas son las cuestiones que los investigadores se plantean y para las que, a día de hoy, no existen respuestas concluyentes aunque sí una serie de factores identificados como posibles candidatos desde perspectivas biológicas y psicosociales.

Desde enfoques biológicos, los factores identificados más estudiados hasta el momento han sido la **Sensibilidad a la Ansiedad** (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986; Rapee, Brown, Anthony y Barlow, 1992; Weems, Hayward, Killen y Taylor, 2002; Plehn y Peterson, 2002; Brown, Smits, Powers y Telch, 2003) y la **Inhibición Conductual** (Segui et al., 1999; Rosenbaum et al., 2000). Entre los factores psicosociales destacamos los **patrones familiares de educación y crianza excesivamente rígidos y sobreprotectores** (Webster, 1953; Klein, 1964; Andrews, 1966, Shafar, 1976; Gittelman y Klein, 1984; Latas et al., 2000). Los resultados obtenidos mediante diseños longitudinales, bien con gemelos (Hettema, Neale y Kendler, 2001), bien con hijos de padres con TP (Venturello et al. 2002; Segui et al., 1999) o con adolescentes con TP y su seguimiento hasta la edad adulta (Angst y Vollrath, 1991; Krueger, 1999a) ponen de manifiesto la existencia de vulnerabilidad hereditaria en el pánico.

Finalmente, existen algunos trabajos que se han interesado en la respuesta al tratamiento de los pacientes con TP con o sin AG cuando existe comorbilidad con Eje II. Algunos de estos estudios arrojan resultados en la línea de que la respuesta al tratamiento en pacientes con TP y TPe es peor y más lenta (Faravelli y Albanesi, 1987; Pollack et al., 1990; Berger et al., 2004) mientras otros consideran la comorbilidad irrelevante para el resultado del tratamiento (Mavissakalian y Hamann, 1987; Hoffart, 1994; Brown, Antony y Barlow, 1995; Massion et al., 2002; Van Den Hout, Brouwers y Oomen, 2006). Otros, ponen de manifiesto que existen diferencias con respecto al TPe que presenta el paciente, por Ejemplo indican que cuando el TPe es Evitativo existe

una peor respuesta al tratamiento (Millon, 1981; Green y Curtis, 1988; Mavissakalian, 1990; Chambles, Renneberg y Goldstein, 1992; Hoffart y Martinsen, 1993; Hoffart, 1994; Rathus, Sanderson, Millar y Wetzler, 1995; Berger et al., 2004). No obstante, la investigación, lejos de permanecer estancada, ha experimentado un interés creciente ante los resultados obtenidos por otros trabajos que indican que existen complejas interacciones por las que puntuaciones elevadas en algunas escalas de personalidad puede implicar una influencia negativa, otra ser neutrales e incluso en otras ocasiones relacionarse con un mejor resultado del tratamiento (Wetzler, 1990; Rathus et al., 1995). En este sentido, puntuaciones elevadas en la escala dependiente u obsesiva aumentaría la posibilidad de adherencia al tratamiento psicológico y la realización de las tareas recomendadas por el terapeuta. Parecen existir también diferencias en personalidad relacionados con la gravedad de la sintomatología y el pronóstico del tratamiento dependiendo de si existe o no AG en los pacientes con TP (Mavissakalian, 1990; Starcevic et al., 1993; Carpiniello et al., 2002; Iketani et al., 2002; Unlenhuth et al., 2002; Ozkan y Altindag, 2005; Grant, et al., 2005).

La aproximación al estudio de la personalidad en el TP se ha realizado siguiendo dos métodos tradicionales de evaluación, el primero mediante medidas provenientes de un modelo clínico y el segundo, mediante medidas de un modelo de personalidad normal. Los modelos clínicos consideran distintos grupos de signos y síntomas para identificar un TPe, requiriendo la presencia de alguno de estos grupos para diagnosticarlo. Por su parte, los modelos de personalidad normal sitúan al sujeto en un continuo que permite definir la presencia de un trastorno en función de la intensidad, frecuencia o duración de determinados rasgos de personalidad compartidos con la población normal. Los resultados obtenidos en los trabajos que revisaremos en este capítulo se ven influenciados por estos métodos de evaluación utilizados, lo que a nuestro entender implica la necesidad de valorar hasta qué punto son fiables y tienen utilidad clínica y diagnóstica los instrumentos utilizados hasta el momento.

Todos los trabajos citados dejan patente la inquietud de los investigadores por conocer más sobre la influencia de la personalidad en la clínica del TP. La relevancia de esta relación radica en la identificación de factores de vulnerabilidad para el desarrollo

de TPe y TP. La identificación de estos factores podría servir para desarrollar programas de prevención infanto-juvenil y programas de tratamiento psicológico más eficaces. Por una parte conseguiríamos la identificación de factores de vulnerabilidad en edad temprana pudiendo ayudar a profesores y padres en la detección precoz y en cómo actuar ante estos niños/ as vulnerables. Podríamos realizar programas educativos aplicados en el contexto escolar y familiar que incluyeran el entrenamiento en recursos personales y técnicas de afrontamiento específicas para la ansiedad y/ o los rasgos de personalidad patológicos. Por otra parte, los conocimientos sobre la influencia de la personalidad en el inicio, curso y pronóstico del TP podrían mejorar los programas de tratamiento cognitivo-comportamentales existentes, aumentando la adherencia y la satisfacción de los pacientes, reduciendo en menor tiempo y con mayor estabilidad la sintomatología ansiosa, la interferencia, el malestar que ocasiona y el consumo de fármacos. El ajuste de los tratamientos a las necesidades del paciente no estaría reñida con la protocolización de los programas de intervención. El objetivo es incorporar a los programas de tratamiento las herramientas necesarias en función de las características de los pacientes con TP.

La investigación sobre la influencia de la personalidad en los trastornos mentales en general y en el TP en particular, a pesar de no ser muy fructífera, está despertando cada vez mayor interés y esperanza. Por ello, nos gustaría profundizar en las contribuciones que se han realizado hasta el momento en el presente capítulo.

El contenido de este capítulo se divide en cuatro puntos principales, **el primero** de ellos tendrá por objetivo describir las investigaciones que han ofrecido datos sobre la prevalencia de los TPe, clusters de personalidad y TPe específicos, asociados a las personas diagnosticadas con TP. **El segundo** punto se centrará en la influencia de la personalidad en la clínica del TP desde enfoques clínicos y no clínicos así como una descripción de los estudios sobre la inhibición conductual y la sensibilidad a la ansiedad. **El tercer** punto ofrecerá una revisión sobre los trabajos cuyo interés se ha centrado en la influencia de la personalidad en la respuesta al tratamiento en pacientes con TP. Finalmente, en **el punto cuarto**, se incluirá un resumen sobre las conclusiones

a las que hemos llegado tras la elaboración de todo el capítulo tres de este estudio de tesis doctoral.

3.2.- Prevalencia de los Trastornos de la personalidad en el Trastorno de pánico.

En el capítulo uno del presente trabajo detallamos los aspectos relacionados con la alta comorbilidad psiquiátrica en las personas con TP y encontramos que aproximadamente el 70% de pacientes con TP tiene al menos un trastorno psiquiátrico más (Brown y Barlow, 1992). Además de la comorbilidad con el Eje I, muchos pacientes con TP muestran psicopatología en el Eje II como describiremos a continuación.

Los estudios basados en la evidencia empírica utilizan entrevistas clínicas validadas siguiendo los criterios de los Manuales diagnósticos de los trastornos mentales (DSM-IV-TR y CIE-10). Los estudios que utilizan estos criterios de investigación han dado apoyo a la comorbilidad entre algunos TPe y el TP. El porcentaje de prevalencia encontrado para todos los TPe en los estudios de Brooks, Baltasar, McDowell, Munjack y Bruns (1988), Chambless y Renneberg (1988), Friedman, Shear y Frances (1987), Green y Curtis (1988), Reich (1988) y Reich, Noyes y Troughton (1987), Brown y Barlow (1992), Marchand, Goyer, Dupuis y Mainguy (1998) oscilan entre el 40 y el 65%.

Otros estudios amplían el porcentaje de prevalencia de los TPe en pacientes con TP/TPA del 20 al 95% (Massion et al. 2002; Blashfield et al., 1994; Sanderson et al. 1991; Berger et al. 2004; Black et al., 1996; Friedman, Shear y Frances, 1987; Sanderson et al., 1994; Hoffart et al., 1994; Jansen, Arntz, Merckelbach y Mersch, 1994; Rathus, et al., 1995; Ampollini, Marchesi, Signifredi y Maggini, 1997; Ampollini et al., 1999; Langs et al., 1998; Barzega, et al., 2001).

Los estudios más recientes arrojan cifras que oscilan entre el 33.3 y el 76.8% (Latas et al., 2000; Barzega et al, 2001; Iketani et al., 2002; Venturello et al., 2002; Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005; Marchesi et al., 2005; Marchesi et al., 2006; Albert et al., 2006).

*

*

*

Como podemos observar existe unanimidad en relacionar los TPe con el TP aunque existe también una gran variabilidad en los porcentajes de prevalencia. Esta diferencia de porcentajes es probablemente debida a las diferencias en los instrumentos de evaluación y diagnóstico utilizados y a la población estudiada (Slaap y den Boer, 2001). En este sentido debemos destacar que, en la evaluación de los TPe, el uso de cuestionarios autoadministrados (Black et al., 1994; Faravelli y Albanesi, 1987; Hoffart y Martinsen, 1993; Hofmann, Shear, Barlow, Gorman, Hershberger, Patterson y Woods, 1998; Mavissakalian y Hamman, 1987; Reich, 1988, Tony, Perugi, Frare, Mata, Vitale, Mengali, et al., 2000), en lugar de entrevistas estructuradas, no sólo aumenta el porcentaje de TPe (Mulder, 2002; Slaap y den Boer, 2001; Zimmerman, 1994; Dressen y Arntz, 1998; Reich y Noyes, 1987), sino que además influye en la evaluación del efecto de los resultados del tratamiento. Black et al. (1994) refiere al respecto que la personalidad evaluada con el Cuestionario Diagnóstico de Personalidad (PDQ; Hyler et al., 1987), en lugar de la Entrevista Estructurada para los Trastornos de la Personalidad DSM-IV (SIDP; Pfohl, Blum y Zimmerman, 1997), predice una peor respuesta al tratamiento.

Además del interés en conocer los datos sobre prevalencia de los TPe en personas con TP, los científicos se han interesado en averiguar si existen TPe específicos en las personas diagnosticadas con TP.

3.2.1.- Trastorno de pánico y Clusters de personalidad

Numerosas investigaciones han confirmado la asociación entre TP y TPe, concretamente con el Cluster C (Reich y Troughton, 1988; Chambless, Renneberg, Goldstein y Gracely, 1992; Friedman, Shear y Frances, 1987; Flick, Roy-Byrne, Cowley, Shores y Dunner, 1993; Green y Curtis, 1988; Mavissakalian y Hamann, 1988; Reich, Noyes y Troughton, 1987; Reich y Braginsky, 1994; Latas, et al., 2000; Barzega, et al., 2001; Iketani et al., 2002; Steketee, Chambless y Tran, 2001; Venturello, et al., 2002;

Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005; Marchesi et al., 2005; Marchesi et al., 2006; Albert, et al., 2006). El porcentaje de pacientes con TP que son diagnosticados en el Cluster C oscila entre el 15% y el 73% (Sciuto, Diaferia, Battaglia, Perna, Gabriele y Bellodi, 1991; Pollack et al., 1992; Hoffart y Martinsen, 1993; Hoffart et al., 1994; Ampollini et al., 1997; Ampollini et al., 1999; Dyck, et al., 2001; Iketani et al., 2002; Massion et al., 2002; Grant et al., 2005).

Chambles, Renneberg y Goldstein (1992) evaluaron la personalidad de 165 personas con TPA con el MCMI (Millon, 1983; Millon, 1987). Los mayores porcentajes de TPe se encontraron en el Cluster C. La media de TPe por persona fue de 3. Mayores porcentajes se encontraron en el TPe Dependiente (56%), Evitativo (25%) y Límite (23%). En un segundo estudio con 64 personas con TPA encontraron que el 80% se incluía en el Cluster C; 36% en el Cluster B y 25% en el Cluster A. Al igual que en los resultados de estudios anteriores (Friedman et al., 1987; Mavissakalian, Hamann y Jones, 1989; Reich, Noyes y Troughton, 1987) el TPe más común en este estudio fue el Cluster C. Encontraron puntuaciones elevadas en el TPe Evitativo y Dependiente (Green y Curtis, 1988; Mavissakalian, Hamann y Jones, 1989; Reich, Noyes y Troughton, 1987).

Renneberg, Chambless y Gracely (1992) indican que la mayor prevalencia de TPe en su muestra aparecía en el Cluster C con un 44%. Para los autores Papp, Zitrin y Coplan (1990), Iketani et al. (2002) y Reich y Braginsky (1994) los Cluster C y A son los más frecuentes en sus muestras.

Starcevic et al. (1999) también informa en su trabajo que el Cluster con mayor porcentaje es el C. Latas et al. (2000) obtuvieron un 28% de pacientes con TPe en el Cluster C, 25% Cluster B y 17% Cluster A. Por su parte Kasen et al. (2001) encontraron que la ocurrencia de trastornos de ansiedad en adolescentes predecían el inicio de TPe del Cluster A y C en la juventud.

Ozkan y Altindag (2005) en una muestra de 112 pacientes con TP con o sin AG encontraron un porcentaje de comorbilidad Eje I del 80,3% y Eje II del 33,9%. El porcentaje más elevado correspondió al cluster C con un 25%. El cluster A y el B fueron los menos frecuentes.

Marchesi et al. (2005) obtuvo en su muestra de 60 pacientes con TP un porcentaje del 40 % para el Cluster C, 11.6% para el A y 21.6% para el B.

Albert et al. (2006) nos informan que la prevalencia de los TPe en una muestra de 116 pacientes con TP fue del 49.1% (57 pacientes). 38 pacientes fueron diagnosticados de al menos un TPe del Cluster C, 22 del Cluster B y 9 del Cluster A. Los TPe Dependiente (18), Obsesivo-compulsivo (13) y Evitativo (11) fueron los más frecuentes.

Por último, Marchesi et al. (2006) concluye en su estudio que el Cluster C es el más frecuente entre los pacientes con TP (N=60), siendo el TPe Obsesivo-compulsivo el de mayor frecuencia con un 18%, seguido del TPe Dependiente y Narcisista con un 12% y el TPe Evitativo con un 11%.

Con respecto a la distribución de TPe en función del sexo, Barzega et al. (2001) en su trabajo sobre la distribución de los TPe en una muestra de pacientes con TP encontraron que de los 205 pacientes el 68% tenía al menos un TPe, el porcentaje fue mayor en mujeres que en hombres aunque no significativamente. El Cluster C fue el más diagnosticado en toda la muestra y el TPe Dependiente el más común. El Cluster A apareció como el más común en hombres, específicamente el Esquizoide (12.5% TPe Esquizoide en hombres y 2.7% en mujeres). En el Cluster B no se encontraron diferencias significativas en cuanto al género pero sí aparece un porcentaje mayor en hombres. El TPe Límite era mayor en hombres y el TPe Histriónico en mujeres. En cuanto al Cluster C fue el más diagnosticado en mujeres siendo el TPe Dependiente el más común. Otros trabajos pioneros en esta línea de investigación son los de Reich (1987) que en su trabajo sobre distribución de TPe en hombres y mujeres según el DSM-III, encontró que el cluster A es el más prevalente en hombres y el TPe Paranoide el TPe más frecuente. No encontraron diferencias entre hombres y mujeres en el TPe Evitativo, y el TPe Compulsivo obtuvo una mayor prevalencia entre los hombres de la muestra. Reich y Troughton (1987) encontraron un porcentaje mayor en hombres de TPe Evitativo. En esta misma línea, Reich et al. (1994) encontraron que los hombres obtenían correlaciones estadísticamente significativas con el TPe Paranoide y también con el TPe Evitativo y Compulsivo.

Venturello et al. (2002) estudiaron a 241 pacientes con TP divididos en dos subgrupos, el primero, el de inicio temprano del trastorno formado por pacientes menores de 18 años (44, 18.3%) y el segundo por pacientes mayores de 18 años (187, 81.7%). Al menos un TPe fue diagnosticado en el 75.1% de la muestra total siendo el porcentaje mayor en el grupo de inicio temprano del trastorno. El Cluster C fue el más prevalente en ambos grupos de pacientes, seguido del Cluster B. El subgrupo de inicio temprano obtuvo mayores porcentajes en Cluster C.

*

*

*

Para ofrecer una visión más clarificadora de este apartado hemos realizado una revisión de los trabajos que han evaluado la presencia de TPe en muestras de pacientes con TP/TPA desde el año 1986 hasta el 2006. Los resultados obtenidos por los investigadores (Tabla 14) ponen de manifiesto la relación existente entre el Cluster C (ansioso) de los TPe y el TP, siendo este Cluster el que obtiene mayores porcentajes de presencia entre las personas con TP/ TPA estudiadas (42.5%) con un rango de entre un 28% a un 64%. El TPe que obtiene mayores puntuaciones en el Cluster C es el TPe Evitativo (32.5%) seguido del TPe Dependiente (26.2%) y finalmente el TPe Obsesivo-compulsivo (21.9%). El Cluster que obtiene mayor porcentaje después del C es el B con un 29.8% siendo el TPe Límite el que consigue mayor porcentaje con un 18.1%. Por último, el Cluster A obtiene un 21.0% y el TPe Paranoide es el que obtiene mayor porcentaje con un 20.4%. Veamos a continuación con más detalle los resultados obtenidos con respecto a los TPe más frecuentes en pacientes con TP y TPA.

Tabla 14. Autores que ofrecen resultados en sus investigaciones sobre porcentajes de diagnósticos de Eje II en pacientes con TP/ TPA. Medias de cada TPe y de los correspondientes a los Cluster A, B y C.

	Para	Esqd	Esqco	MedA	Narci	Histr	Lími	A.Soc	MedB	Evita	Depen	ObCo	MedC
Mavissakalian y Hamann, 1986											15		
Mavissakalian y Hamann, 1987											12		
Reich y Noyes, 1987	5.7												
Reich, Noyes y Troughton, 1987										20.5			
Brooks et al., 1988											11		
Green y Curtis, 1988										20			
Brooks et al., 1988										25			
Reich, 1988										19	25		
Alnaes y Torgersen, 1988a										55	47		
Alnaes y Torgersen, 1988b										79.2			
Mavissakalian y Hamman, 1988	29		9			13	2			21	19		
Alnaes y Torgersen, 1990										72			
Mauri et al., 1992	5	5											
Renneberg, Chambless y Gracely, 1992										32			44
Chambles, Renneberg y Goldstein, 1992a							23			25	56		
Reich et al., 1993	61												
Reich y Braginsky, 1994	54			64		25			39	46	36	25	64
Hoffart y Hedley, 1997	6.5									50	17.4	13	
Starcevic et al., 1999							22.7				22.7		
Latas et al., 2000	15			17		10	20		25	12	15	18	28
Barzega et al., 2001	2.2	15.2	1.4	15.2	8.3	16.1	30.7		25.5	43.6	49.3	30.9	44.2
Iketani et al., 2002	19.6				16.7		14.3			52.4	39.3	30.3	
Venturello et al., 2002				27.6					46.4	46.5	64.8	45.6	53.2
Iketani et al., 2004	15.3	3.9	2.3	17.9	16.7	8.5	17.9	11.7	39.2	23	22.1	19.1	48.6
Ozkan y Altindag, 2005				7.1	7.1	15.2	14.3		23.2	8.9	7.1	11.6	25
Marchesi et al., 2005	11.6			11.6	13.3				21.6	11.6	13.3	18.3	40
Marchesi et al., 2006					12					11	12	18	
Albert et al., 2006				7.7					18.9	9.4	15.5	11.2	32.7
Medias	20.4	8.0	4.2	21.0	12.3	14.6	18.1	11.7	29.8	32.5	26.2	21.9	42.5

Para: TPe Paranoide; Esqd: TPe Esquizoide; Esqco: TPe Esquizotípico; MedA: Media cluster A; Narci: TPe Narcisista; Histr: TPe Histriónico; Lími: TPe Límite; A.Soc: TPe Antisocial; MedB: Media cluster B; Evita: TPe Evitativo; Deen: TPe Dependiente; ObCo: TPe Obsesivo-compulsivo; MedC: Media cluster C.

3.2.2.- Trastorno de pánico y Trastornos de personalidad específicos

En el presente apartado vamos a revisar los resultados obtenidos por diversos autores en su búsqueda por determinar si existen TPe específicos para el TP y el TPA.

Mavissakalian y Hamann (1986) encontraron que los tres TPe más frecuentemente diagnosticados fueron el Dependiente, Evitativo e Histriónico.

Reich, Noyes y Troughton (1987) administraron la entrevista estructurada para los TPe según criterios DSM-III, la SIDP (Pfohl, Stangl y Zimmerman, 1982), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI; Millon, 1981, 1982) y el Cuestionario de Trastornos de Personalidad (PDQ; Hyler et al., 1983) a tres grupos de pacientes con TP (N=88). Los resultados revelan que los pacientes con mayores niveles de evitación fóbica tenían mayor probabilidad de cumplir criterios de TPe Dependiente.

Brooks et al. (1988) y Green y Curtis (1988), utilizando la SCID-II, encontraron que el TPe Dependiente se presentaba en un 4% de pacientes con TP y un 8% de pacientes con TPA. Los porcentajes son mucho menores que los encontrados en los estudios retrospectivos, posiblemente debido a la utilización de otro tipo de instrumentos de evaluación. De todas formas, los datos obtenidos mediante la SCID-II son menores también que los obtenidos por Reich (1988) y Mavissakalian y Hamann (1986, 1987) utilizando el PDQ (Hyler et al., 1983), ellos encontraron un 25%, 15% y un 12% respectivamente. Quizá las diferencias en la composición de las muestras provocaron estas diferencias.

Los pacientes con diagnóstico de TPA son más proclives a mostrar rasgos o TPe Dependientes, Evitativos, Histriónicos y Límites (Mavissakalian, 1990). Estos resultados apoyan anteriores descripciones de pacientes con AG que los describían como excesivamente ansiosos, evitadores, dependientes, no asertivos y con falta de autoconfianza (Chambles, 1982; Mathews, Gelder y Johnston, 1981; Thorpe y Burns, 1983).

Chambles, Renneberg y Goldstein (1992) evaluaron la personalidad de 165 personas con TPA con el MCMI. Los mayores porcentajes de TPe se encontraron en el Cluster C. La media de TPe por persona fue de 3. Mayores porcentajes se encontraron en el TPe Dependiente (56%), Evitativo (25%) y Límite (23%).

Barzega et al. (2001) en su trabajo sobre la distribución de los TPe en una muestra de pacientes con TP encontraron que el Cluster C fue el más diagnosticado en toda la muestra y el TPe Dependiente el más común.

Albert et al. (2006) nos informan que los TPe más frecuentes en su muestra de 116 pacientes con TP fueron el Dependiente (18), Obsesivo-compulsivo (13) y Evitativo (11).

Evidencias sobre la presencia de TPe por Evitación en pacientes con TP y AG se han obtenido por Green y Curtis (1988), los cuales señalaron que el 20% de pacientes cumplían criterios de TPe por Evitación. Estos resultados son consistentes con los datos de prevalencia del 25%, 19% y el 20.5% obtenidos en los estudios de Brooks et al. (1988), Reich (1988) y Reich, Noyes y Troughton (1987) respectivamente. Friedman et al. (1987) utilizando la SCID-II (N=26), encontraron una mayor frecuencia de TPe en los pacientes con TP con una evitación fóbica generalizada (70%) comparada con aquellos con una evitación fóbica más específica (47%) y también encontraron mayor frecuencia de rasgos de personalidad por evitación en aquellos pacientes con una evitación fóbica generalizada.

Utilizando una entrevista diagnóstica estructurada, Renneberg, Chambless y Gracely (1992) encontraron que el 56% de la muestra de pacientes con TP tenían al menos un TPe. El diagnóstico con mayor prevalencia fue el del cluster C (44% de la muestra), donde el TPe por Evitación fue el más frecuente (32%).

En el trabajo sobre la relación entre trastornos de ansiedad y TPe de Reich et al. (1994) se ofrece una revisión sobre la prevalencia de los TPe en el TP, con o sin AG, y de los TPe diagnosticados más frecuentes así como los resultados obtenidos en muestras de pacientes con otros trastornos de ansiedad diferentes al TP. A continuación describimos los trabajos citados y sus resultados:

Papp, Zitrin y Coplan (1990) citan 8 estudios que incluyen los diagnósticos de TP con o sin AG, 7 de los cuales se realizan con población clínica. La prevalencia de TPe fue de entre un 40 a un 60%. Entre los TPe más frecuentes se encuentran los del cluster A y C. Brooks, Baltazar y Munjack (1989) por su parte citan 6 referencias con respecto al TP y la AG. Estiman la prevalencia entre un 40% y un 65%. El TPe por Evitación y el Dependiente son los más relacionados. En el trabajo de Brooks et al. (1988) se estima un porcentaje del 53% y relacionan los TPe por Evitación y Obsesivo-compulsivo.

Alnaes y Torgersen (1990) refieren una prevalencia de un 72% de TPe Evitativo en el TP puro (sin depresión) y de un 83% en otros trastornos de ansiedad distintos al pánico. Los mismos autores en dos trabajos distintos (Alnaes y Torgersen, 1988a; Alnaes y Torgersen, 1988b) encuentran los siguientes porcentajes: 71% en TP, 87.5% en AG, 100% Fobia Social (FS) y 72.7% en Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Todos ellos obtuvieron mayor prevalencia del TPe por Evitación y Dependiente (SIDP). El trabajo de Mauri et al. (1992) determina como TPe más frecuentes en TP y TAG el TPe por Evitación y el Dependiente. Blashfield, Noyes y Reich (1992) cuando utilizan el cuestionario PDQ encuentran que los pacientes con TP tienen una mayor y significativa prevalencia del TPe por Evitación.

Iketani et al (2002), en una muestra de 56 pacientes diagnosticados de TPA y 42 con TP, encontraron que no existía diferencias entre los grupos en cuanto a la comorbilidad con otros trastornos del Eje I, sin embargo, los pacientes del grupo de TPA obtuvieron porcentajes significativamente mayores en prevalencia de TPe (76.8%) comparados con el grupo de TP (50%). En el primer grupo se encontraron diferencias significativas en mayor porcentaje de diagnósticos de TPe del cluster A y C. En este grupo de TPA, el TPe por Evitación (35.7%) fue el más prevalente seguido del TPe Obsesivo-compulsivo (30.3%), Dependiente (25%) y Paranoide (19.6%). En el grupo de TP los TPe Narcisista y Evitativo fueron los más prevalentes (16.7%) seguidos de los TPe Dependiente (14.3%) y Límite (14.3%).

Mavissakalian y Hamman (1988) utilizando el Cuestionario Diagnóstico de Personalidad (PDQ, Hyler y Rieder, 1987) para evaluar la personalidad de 161 pacientes con TPA encontraron que el 29% cumplían criterios de TPe Paranoide. 38 sujetos del grupo cumplían el criterio B del TPe Paranoide "susplicacia y desconfianza", 3% cumplía todos los criterios del TPe Paranoide y el 9% cumplía criterios de trastorno Esquizotípico. Mauri et al (1992) examinaron a un grupo de 40 pacientes con TP y los resultados obtenidos fueron que el 5% cumplían criterios de TPe Paranoide y 5% de TPe Esquizoide. Reich y Noyes (1987) encontraron aproximadamente un 5.7% de prevalencia del TPe Paranoide utilizando la SCID (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987). Reich et al (1993) encontraron que el 32% de los pacientes con TP sin AG y el 29% de los pacientes con TPA cumplía criterios de TPe Paranoide utilizando el PDQ (Hyler y Rieder, 1987). Por su parte, Friedman,

Shear y Frances (1987) examinó la personalidad con la SCID (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987) en una muestra de 26 pacientes con TP y no encontraron TPe Paranoide ni Esquizoide. Por los trabajos revisados anteriormente podemos decir que, el rango de TPe Paranoide en pacientes con TP oscila entre el 0% y el 30% aproximadamente, con una prevalencia media proporcionada por diferentes estudios de alrededor del 11%.

Alnaes y Torgersen (1990) encontraron un mayor porcentaje de perfiles Pasivo-agresivos, Dependientes, Evitativos y Límites en el subgrupo de pánico.

Reich y Braginsky (1994), en una muestra formada por 28 personas con TP encontraron que el 64% cumplía criterios DSM-III-R (PDQ-R, Hyler y Rieder, 1987) de TPe Cluster A, 39% Cluster B y 64% Cluster C. Los cinco TPe más frecuentes fueron Paranoide (54%), Evitativo (46%), Dependiente (36%), Histriónico (25%) y Obsesivo-compulsivo (25%).

Starcevic et al., (1999) encontraron porcentajes altos en trastornos tanto en el Eje I como en el Eje II en sujetos con TP (88,6% y 48,6% respectivamente). El TPe Límite y Dependiente fueron los más frecuentes entre los TPe (22,7%). Reich (1988) encontró porcentajes altos en el Cluster B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) y Cluster C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo) en pacientes con TP. Skodol et al. (1995) encontraron que el TP se asocia con los TPe Límite, Evitativo y Dependiente. Dammen, Ekeberg, Arnesen y Friis (2000), encontraron que el TPe Límite y el Evitativo fueron significativamente más frecuentes en pacientes con TP que en aquellos sin TP. Mavissakalian et al (1990) encontraron que los TPe más frecuentes en pacientes con pánico/Agorafobia fueron: TPe por Evitación, Dependiente, Histriónico y Límite.

Latas et al., (2000) en una muestra de 60 pacientes con TPA diagnosticados según criterios DSM-IV tanto en Eje I como en Eje II encontraron que el 45% de pacientes recibieron por lo menos el diagnóstico de un TPe. El 28% de los pacientes con TPe se incluían en el cluster C, 25% cluster B y 17% cluster A. El TPe más común fue el TPe Límite (12,20%) seguido del TPe Obsesivo-compulsivo (11,18%), el Dependiente (9,15%), Paranoide (9,15%), Evitativo (7, 12%) e Histriónico (6, 10%).

Iketani et al. (2004) en una muestra de 105 pacientes con TP encontró que los pacientes menores de 25 años obtuvieron mayor probabilidad de tener un TPe,

sobretudo Cluster B (58.1%) y C (58.1%), el Cluster A obtuvo únicamente un 29%. En este estudio se asignó más de un TPe por paciente. Los diagnósticos más frecuentes en este grupo fueron el TPe Dependiente (30.8%), Límite (29%) y TPe Evitativo (25.8%). Con respecto al grupo mayor de 25 años el Cluster C fue el más prevalente (39.2%), seguido del B (20.3%) y el A (6.8%). Los diagnósticos más frecuentes en este caso fueron el TPe Evitativo con un 20.3%, el Obsesivo-compulsivo con un 18.9% y el Dependiente con un 13.5%.

Marchesi et al. (2005) en su muestra de 60 pacientes con TP encontraron que el 60% cumplía criterios de TPe, 7 de los pacientes presentaba más de un TPe. El TPe Obsesivo-compulsivo (18.3%), Dependiente (13.3%), Narcisista (13.3%), Evitativo (11.8%) y Paranoide (11.6%) fueron los más frecuentes.

Grant et al. (2005), en el estudio epidemiológico de los trastornos del estado de ánimo y ansiedad en USA, pone de manifiesto que el TPA se relaciona más con el TPe Paranoide, Esquizoide, Histriónico y Antisocial.

Marchesi et al. (2006) encontraron en su muestra formada por 60 pacientes con TP como diagnóstico principal en Eje I un porcentaje de 53.5% con TPe, de los cuales el 10% tenían más de un TPe diagnosticado. Los diagnósticos más frecuentes en Eje II fueron: TPe Obsesivo-compulsivo (18%), Dependiente (12%), Narcisista (12%) y Evitativo (11%).

*

*

*

En resumen, podemos afirmar que a pesar de las limitaciones de los estudios en cuanto a las muestras de pacientes y la utilización de distintas y variadas medidas de evaluación y diagnóstico, existe evidencia con respecto a la comorbilidad existente entre el TP y los TPe. A este respecto destacamos que los pacientes con TPA parecen mostrar porcentajes más elevados de TPe comparados con los pacientes con TP (Iketani et al., 2002). Los pacientes con TP y puntuaciones elevadas en evitación fóbica también experimentan mayores porcentajes de TPe (Friedman et al., 1987). Los pacientes con TPA obtienen mayores porcentajes de TPe Evitativo (Alnaes y Torgersen, 1988a; Alnaes y Torgersen, 1988b; Iketani et al., 2002) y TPe Paranoide (Mavissakalian y Hamman, 1988; Iketani et al., 2002) comparados con los pacientes con TP. Además, la mayoría de los investigadores

(Tabla 14) han puesto de manifiesto el elevado porcentaje de pacientes con TP y TPA que cumplen criterios diagnósticos correspondientes al Cluster C (42.5%) de los TPe. Asimismo, los TPe con más prevalencia entre los pacientes con TP con o sin AG (Tabla 14) son el TPe Evitativo (32.5%) con un rango de 8.9 a 79.2%, el Dependiente (26.2%) con un rango de 7.1 a 64.8% y el Obsesivo-compulsivo (21.9%) con un rango de 28 a 64%.

Estos resultados parecen apoyar las descripciones clásicas de los pacientes con TPA que los describían como excesivamente ansiosos, evitadores, dependientes, no asertivos y con falta de confianza (Chambles, 1982; Mathews, Gelder y Johnston, 1981; Thorpe y Burns, 1983). También ratifican los resultados de investigaciones longitudinales que señalan que las personas que han sufrido ansiedad por separación en la infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar TP y TPe en la edad adulta (Aronson y Logue, 1987; Venturello et al., 2002) y que aquellos niños/as criados/as en familias con padres sobreprotectores y rígidos obtienen más porcentajes en TPA y TPe en la edad adulta (Gerlsma, Emmelkamp y Arrindell, 1990; Parker y Gladstone, 1996; Latas et al., 2000). Puede que estas circunstancias sumadas a la posibilidad de experimentar eventos estresantes en la infancia y adolescencia (Pollack et al., 1992; Moisan y Engels, 1995), aumenten la posibilidad de desarrollar rasgos de personalidad evitativos y/o dependientes desde la juventud y aumentar la probabilidad del inicio de un TPe Evitativo o Dependiente en la edad adulta, así como el desarrollo y mantenimiento del TP con o sin AG (Nystrom y Lindergard, 1975; Lewinsohn et al., 1997; Johnson et al., 1999; Kasen et al., 2001). Por otra parte, los estudios relacionan la variable del perfeccionismo y el control con el TP (Antony et al., 1998; Iketani et al. 2002) variables características en el TPe Obsesivo-compulsivo. El TPe Obsesivo-compulsivo podría desarrollarse bien como consecuencia del perfeccionismo y el temor a equivocarse o, tal vez, como reacción hacia un ambiente imprevisible y amenazante.

3.3.- Influencia de la personalidad en la clínica del Trastorno de pánico

La comparación de características de personalidad entre grupos de pacientes con TP/TPA y grupos control, nos ha ofrecido mayor conocimiento sobre las diferencias existentes entre los rasgos de personalidad “normales” de los que son

“patológicos” (según las medidas basadas en modelos clínicos) y también, las combinaciones de dimensiones y facetas de personalidad que más se asocian con un trastorno mental específico (medidas basadas en modelos de personalidad normal). Existen estudios cuyo interés se ha centrado en delimitar si existen perfiles específicos entre subgrupos de pánico, es decir, si las características de personalidad son diferentes en pacientes con TP de los que tienen TPA o AG sin historia de pánico, o si son similares estas características entre pacientes con inicio temprano del problema de aquellos con inicio tardío, entre adolescentes y adultos, etc. Una manera de averiguar si existen perfiles específicos de personalidad en los pacientes con TP/ TPA ha sido realizando comparaciones con otros grupos clínicos (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), de esta manera, podemos observar si determinadas dimensiones o rasgos son específicos de un trastorno mental o es común a varios de ellos.

En este apartado describiremos las aportaciones que, hasta el momento, se han realizado con respecto a la asociación positiva o negativa entre rasgos y/o dimensiones de personalidad y el TP/TPA así como, en qué medida se relacionan estas características con diversas medidas clínicas (sensibilidad a la ansiedad, gravedad del pánico, interferencia social, comorbilidad con Eje I, etc.). Para facilitar la lectura y comprensión hemos organizado el apartado en función de los estudios que han utilizado medidas basadas en modelos clínicos para la exploración de la personalidad y aquellos que han utilizado medidas basadas en modelos de personalidad normal con el mismo fin. Por último, abordaremos con mayor detalle los estudios realizados con respecto a los factores de vulnerabilidad que junto a la personalidad más interés han despertado entre los investigadores. Nos referimos a la Sensibilidad a la ansiedad y a la Inhibición conductual.

3.3.1. Personalidad y variables clínicas desde un enfoque clínico

En este apartado haremos una descripción de los trabajos revisados cuyo objetivo ha sido la relación entre el diagnóstico de los TPe y la clínica del TP. En cuanto a variables clínicas en el TP cuando existe comorbilidad Eje I o Eje II podemos citar algunos trabajos como el de Alnaes y Torgersen (1990); estos autores encontraron que el grupo de pacientes con TP y depresión tenían con mayor

frecuencia y gravedad comorbilidad con Eje II (SIDP, Pfohl et al., 1982) comparados con cualquier otro grupo. Klass, DiNardo y Barlow (1989) dividieron la muestra entre aquellos que tenían un TPe y los que no. El grupo con TPe tenía mayores porcentajes de distimia y depresión mayor. Por su parte, Reich y Troughton (1988) encontraron que una de las variables predictoras de tener un TPe en los análisis de regresión eran los síntomas depresivos. A pesar de los resultados obtenidos se necesitan más trabajos que apoyen empíricamente que la combinación entre depresión y ansiedad aumenta el riesgo de tener un TPe.

Parece existir evidencia con respecto a que el hecho de padecer un trastorno de ansiedad y comorbilidad con depresión, aumenta la probabilidad de tener un TPe (Reich y Troughton, 1988; Alnaes y Torgersen, 1990). De la misma manera, si los pacientes con algún trastorno de ansiedad tienen comorbilidad con Eje II, obtienen mayores porcentajes de síntomas depresivos (Klass, DiNardo y Barlow, 1989). Reich, et al. (1994) estudiaron una muestra de 383 pacientes con diagnóstico de TP, AG, TAG (Trastorno de ansiedad generalizada) y FS (Fobia social) y obtuvieron los siguientes resultados. En la muestra de personas con ansiedad la comorbilidad con depresión mayor se asocia con el aumento de la presencia de TPe (Reich, Noyes y Troughton, 1987; Alnaes y Torgersen, 1990; Klass, DiNardo y Barlow, 1989; Reich y Troughton, 1988). Destacan entre sus resultados que aquellos pacientes que tienen un TPe tienden a tener más de uno, además, la relación entre bajo funcionamiento social y la presencia de TPe se confirmó en este estudio.

Koenigsberg et al. (1985), en un estudio sobre la relación entre trastornos de Eje I y Eje II con 2.462 pacientes psiquiátricos, encontró un aumento de la incidencia de TPe asociados con abuso de sustancias, ansiedad y trastornos somatoformes.

Chambles, Renneberg y Goldstein (1992) utilizando la entrevista clínica estructurada SCID (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987) y el MCMI-II (Millon, 1987) concluyeron que las medidas de TPe no correlacionan significativamente con la duración o gravedad de la AG o con la frecuencia de AP. Depresión y FS obtuvieron mayor probabilidad de correlacionar con las puntuaciones de TPe. Estos resultados son congruentes con los de Mavissakalian y Hamann (1988).

Los estudios retrospectivos que examinan los rasgos de personalidad en pacientes diagnosticados con AG y TP sugieren la existencia de una relación entre factores en la infancia y estados de ansiedad en la edad adulta. Webster (1953),

Klein (1964), Andrews (1966), Shafar (1976), y Gittelman y Klein (1984), utilizando la metodología de estudios de caso, encontraron que los rasgos de dependencia y la sobreprotección parental dominaban el cuadro clínico de los pacientes AG.

En el estudio con gemelos monocigóticos de Torgersen (1979), el gemelo AG tenía mayor probabilidad de ser dependiente, ansioso y con dudas sobre sí mismo con respecto al gemelo no AG. En un estudio retrospectivo utilizando un cuestionario basado en el DSM-III-R, Aronson y Logue (1987) encontraron que la historia de depresión infantil y trastornos de ansiedad, incluyendo ansiedad por separación y rechazo escolar, se relacionaba con el TP en adultos. Nystrom y Lindegard (1975), en un estudio prospectivo con 6 años de seguimiento en una muestra de 3019 participantes, encontraron que la personalidad premorbida se asociaba con el consecuente inicio de estados de ansiedad y depresión. Muchos de estos resultados deben ser interpretados con precaución debido a la utilización de una metodología de caso único.

Aunque la posible relación entre ansiedad en personas adultas y variables como la dependencia, la ansiedad por separación y la sobreprotección parental en niños está documentada en los estudios comentados anteriormente, estos hallazgos no se replican en otra serie de estudios retrospectivos (Snaith, 1968; Buglass, Clarke, Henderson, Dreitman y Presley, 1977; Tennant, Hurry y Bebbington, 1982; Thyer, Nesse, Cameron y Curtis, 1985). Será necesaria más investigación para aclarar la relación entre estas variables de inicio en la infancia y adolescencia y el desarrollo de trastornos de ansiedad o personalidad en la edad adulta.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que padecer trastornos de ansiedad durante la niñez y/o adolescencia puede predisponer al desarrollo de TPe en la edad adulta. En esta línea de trabajo Lewinsohn et al. (1997) expone que trastornos de ansiedad en adolescentes predecían rasgos de personalidad esquizotípicos, esquizoides, límites, evitativos y dependientes en la juventud comparados con otros adolescentes con otros trastornos de Eje I. Kasen et al. (2001) concreta en su trabajo que los trastornos de ansiedad en adolescentes predecían TPe del Cluster A y C en la juventud.

Latas, et al. (2000) en una muestra de 60 pacientes con TPA encontraron que los elevados niveles de protección parental indican una percepción de los padres como sobreprotectores y controladores, este factor emergió como el único predictor

estadísticamente significativo de cualquier TPe. Estos resultados corroboran los obtenidos por otros investigadores (Gerlsma, Emmelkamp y Arrindell, 1990; Parker y Gladstone, 1996). Los resultados obtenidos en este trabajo indican que existe una asociación entre sobreprotección parental y cluster B, sobretodo, TPe Límite. La duración del TPA fue un predictor significativo de cualquier trastorno del cluster B o C, lo que sugiere que los trastornos del cluster B y C podrían haberse producido a consecuencia del largo periodo de tiempo sufriendo el TPA. El cluster B también se asoció con edad joven. Los resultados sugieren alguna especificidad en la asociación entre sobreprotección parental en la infancia y TPe en pacientes con TPA, particularmente el cluster B de los TPe. Existen otros trabajos que han intentado relacionar la comorbilidad de personalidad en pacientes con TP en la edad adulta con experiencias de ansiedad o abuso sexual en la infancia. Por Ejemplo, Pollack et al. (1992) encontraron que la presencia de TPe en pacientes con TP se asociaba a la excesiva ansiedad durante la niñez, pero no sobre la experiencia de abuso físico o sexual en la infancia. Por su parte, Moisan y Engels (1995), mostraron que el abuso en la infancia se asociaba con la comorbilidad con TP y TPe, por lo menos en mujeres.

Existen datos contradictorios sobre la relación entre TP y el suicidio. El estudio de Weissman et al. (1989), basados en los datos de la ECA (*National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area*) mostró que el 20% de individuos con diagnóstico de TP en algún momento de su vida informaba de intentos de suicidio. Esto sugiere que el TP fue un factor de riesgo independiente para la conducta suicida. Los estudios posteriores centrados en este mismo objetivo informan de porcentajes de conducta suicida que oscilan del 0.7% (Beck et al., 1991) y el 2% (Friedman et al., 1992) al 42% (Lepine, Chignon y Teherani, 1993). Incluso en este último trabajo donde se obtiene un 42% de porcentaje de suicidio en pacientes con TP, los autores ponen de manifiesto que, “no hubo paciente que atentara contra su vida sin historia de síntomas depresivos o trastornos adictivos y/ o comorbilidad con el Eje II” (Lepine, Chignon y Teherani, 1993, p. 149). Cuando el foco de atención se centró en las personas con ideación suicida, intentos de suicidio y aquellos que consumaron el suicidio, existían pocos con TP (1-1,2%) y todos estos pacientes (100%) tenían comorbilidad con otros trastornos mentales (Rudd, Dahm y Rajab, 1993; Henriksson et al., 1996). En la base de estos hallazgos, se ha sugerido

que el TP no es un factor de riesgo para el aumento del riesgo de suicidio (Beck et al., 1991; Friedman et al., 1992; Rudd, Dahm y Rajab, 1993) y que la comorbilidad entre TP, depresión, trastornos relacionados con el abuso de sustancias o TPe no cuenta para cualquier asociación entre TP y suicidio (Friedman et al., 1992; Lepine et al., 1993; Rudd et al., 1993; Henriksson et al., 1996). En el trabajo de Starcevic et al. (1999) con 88 pacientes con diagnóstico de TPA se obtuvo un porcentaje de ideación suicida en la muestra del 28,4%. Los resultados informan que no se encontraron diferencias en comorbilidad del Eje I entre aquellos con ideación suicida y sin ella. La depresión y la mayor gravedad del TPA surgieron como predictores de la ideación suicida. Las personas con ideación suicida tenían más de un TPe. Los más comunes fueron el Cluster C y B, siendo el Cluster C el que predecía mejor la ideación suicida en TP que el cluster B.

Algunos estudios se han centrado en explorar las consecuencias de un inicio temprano del TP. Venturello et al. (2002), investigaron las diferencias en las condiciones premorbidas en pacientes con inicio temprano o tardío del TP (menores y mayores de 18 años). 241 personas con diagnóstico de TP fueron evaluados en el Eje I y el II según criterios DSM-IV y se recogió información familiar de antecedentes psiquiátricos y acontecimientos vitales estresantes. Se dividió la muestra en dos grupos según la edad y se comprobó que no diferían en gravedad ni en interferencia. Los pacientes del grupo de inicio temprano (menos de 18 años) obtuvieron los siguientes resultados: mayores antecedentes familiares de trastornos psicológicos en general y de TP en particular; mayor frecuencia de historia personal de trastornos de ansiedad (ansiedad por separación), dismorfofobia y bulimia nerviosa; mayor comorbilidad de TPe, concretamente el Cluster C, ocurrencia de al menos un diagnóstico más en el Eje I y mayores niveles de ansiedad y depresión. Los resultados indican que los factores ambientales (estresores vitales) juegan un papel más importante en la precipitación del pánico en las personas del grupo de inicio en edad adulta, sin embargo, los componentes endógenos, juegan un papel más importante en el inicio temprano del TP. La prevalencia del cluster B o C podría depender de la duración del TPA.

Iketani, et al. (2004) estudiaron las diferencias clínicas y de personalidad de los pacientes con TP con inicio del TP a edad temprana (antes de los 25 años) y de inicio tardío (después de los 25 años de edad). Estos autores sugieren que la edad

de inicio del TP puede ser una variable que diferencie subtipos de TP. El inicio temprano del TP se ha asociado con el aumento de riesgo familiar, aumento de la gravedad clínica y patrones distintivos de comorbilidad (Wittchen y Perkonig, 1993; Battaglia et al., 1995; Goldstein, Wickramaratne, Horwath y Weismann, 1997; Segui et al., 1999). El inicio temprano también puede relacionarse con un mayor efecto de las variables genéticas o puede relacionarse con una subcategoría clínica con una base biológica distinta. Wittchen y Perkonig (1993) indican que las personas con inicio del TP anterior a los 25 años tienen menos disnea, menores sensaciones de sofoco y menor miedo a la muerte. Goldstein et al. (1997) refieren una mayor gravedad en los síntomas y aumento de la prevalencia de AG en los pacientes con TP con inicio anterior a los 20 años. Battaglia et al. (1995) por su parte no encontraron mayor gravedad clínica en pacientes con AG teniendo en cuenta la variable edad de inicio del TP. Segui et al. (1999) encontraron que en menores de 18 años, no aumentaba la probabilidad de tener mayor gravedad en los síntomas o peor funcionamiento social. Como podemos observar no está totalmente clara la relación entre inicio temprano del TP y su relación con el aumento de la sintomatología o gravedad clínica. En el trabajo de Iketani, et al. (2004) se presentan los resultados obtenidos en una muestra de 105 pacientes diagnosticados de TP y subdivididos en dos grupos, aquellos con inicio temprano (N= 31) y con inicio tardío (N= 74). Los resultados indican que se observa mayor gravedad en síntomas de pánico y mayor prevalencia de AG en pacientes de inicio temprano. El grupo de inicio temprano obtiene mayor probabilidad de tener un TPe, sobretodo cluster A y B, especialmente límite. En este estudio se encuentra una relación significativa entre intentos serios de suicidio e inicio temprano del trastorno. Todos los individuos con intentos suicidas tenían diagnosticado un TPe. Se encuentra asociación estadísticamente significativa entre intentos de suicidio y comorbilidad con Cluster B, especialmente límite e histriónico.

En el trabajo de Massion et al. (2002) se hace referencia a varios estudios prospectivos longitudinales (de 1 a 3 años) sobre el TP que ponen de manifiesto que la presencia de TPe se asocia con mayor sintomatología y peor funcionamiento en pacientes con TP (Faravelli y Albanesi, 1987; Noyes. et al., 1990; Pollack et al., 1990; 1992).

Seivewright, Tyrer y Johnson (2004) ponen de manifiesto en su trabajo que un indicador importante de padecer un TPe en una muestra de pacientes con trastornos de ansiedad (incluido el TP) es la disfunción social.

Ozkan y Altindag (2005). En una muestra de 112 pacientes con TP con o sin AG estudiaron la comorbilidad del Eje I y II y algunos predictores como los intentos de suicidio, la ideación suicida, el abuso sexual y el inicio temprano del trastorno. Los pacientes con TP y comorbilidad Eje II obtienen mayor gravedad en ansiedad y sintomatología depresiva y AG, inicio de los AP a más temprana edad, menores niveles de funcionamiento, ideación suicida (34.8%) e intentos de suicidio (9.8%). El porcentaje de pacientes con TP y antecedentes de abuso sexual fue de un 12.5%. En el estudio aparece el abuso sexual como el mejor predictor del TPe Límite, los intentos suicidas son el mejor predictor del TPe Paranoide y Límite y con respecto a la ideación suicida, el mejor predictor fue el TPe por Evitación y la depresión mayor. Los autores concluyen que la comorbilidad con TPe aumenta la gravedad clínica del pánico.

*

*

*

En resumen, los trabajos que se han centrado en el estudio de la clínica del TP y el efecto de la comorbilidad en Eje I y II utilizando un modelo clínico, han puesto de manifiesto que la sintomatología depresiva se relaciona con el aumento de la probabilidad de tener un TPe (Reich y Troughton, 1988; Klass, DiNardo y Barlow, 1989; Alnaes y Torgersen, 1990; Chambless, Renneberg y Goldstein, 1992; Reich et al., 1994; Ozkan y Altindag, 2005) y también que los pacientes con trastornos de ansiedad y comorbilidad con Eje II obtienen mayores porcentajes de síntomas depresivos (Klass, DiNardo y Barlow, 1989). A este respecto, cabe mencionar los estudios que relacionan el TP con la ideación o intento suicida. Los estudios indican que la ideación suicida se relaciona con síntomas depresivos, adicción a sustancias y comorbilidad en Eje II (Lepine et al., 1993) o también con depresión, TPe y gravedad del TPA (Starcevic et al., 1999). Los pacientes con TP y comorbilidad en Eje II manifiestan mayor sintomatología y peores puntuaciones en funcionamiento social (Chambless, Renneberg y Goldstein, 1992; Reich et al., 1994; Segui et al., 1999; Seivewright, Tyrer y Johnson, 2004; Ozkan y Altindag, 2005). Se ha encontrado también asociación entre la mayor incidencia de TPe y abuso de

sustancias, ansiedad y trastornos somatoformes (Koenigsberg et al., 1985). Por último, se han realizado estudios que relacionan las variables clínicas y el diagnóstico de TPe con la edad de inicio del TP. Los pacientes con inicio temprano (menos de 18 ó 25 años) obtuvieron mayores antecedentes familiares de trastornos psicológicos, mayor frecuencia en historia de trastornos de ansiedad (ansiedad por separación), dismorfofobia y bulimia nerviosa, mayor comorbilidad con TPe, concretamente el Cluster C; ocurrencia de al menos un diagnóstico más en Eje I y mayores niveles de ansiedad y depresión (Venturello et al., 2002). También se les asocia mayor gravedad en los síntomas y aumento de la prevalencia de la AG (Battaglia et al., 1995; Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005). Las variables de ansiedad durante la infancia y los estilos de educación de los padres caracterizados por el excesivo control y la sobreprotección parecen predecir significativamente la aparición de un TPe, sobre todo el Límite (Gerlsma, Emmelkamp y Arrindell, 1990; Parker y Gladstone, 1996; Latas et al., 2000). Sin embargo, existen estudios retrospectivos que no replican estos hallazgos (Tennant, Huff y Bebbington, 1982; Thyer, Nesse, Cameron y Curtis, 1985). En conclusión, parece que la patología de personalidad se encuentra entre las variables que aumentan la gravedad del TP.

3.3.2. Personalidad y variables clínicas desde un enfoque de personalidad normal

En este apartado revisaremos los trabajos que han explorado la relación entre algunos rasgos de personalidad y la clínica del TP. Antony et al. (1998) en una muestra de 175 pacientes con TP estudian las dimensiones de **perfeccionismo**. Los individuos del grupo de TP obtuvieron puntuaciones más elevadas en las subescalas de “preocupación por cometer errores” y “dudas sobre las acciones” comparados con los del grupo no ansioso. Esto sugiere que el perfeccionismo puede ser una característica del TP. Quizá todos los trastornos de ansiedad se asocian con una necesidad general de controlar los acontecimientos con el objetivo de prevenir daños inesperados. Es posible que esta necesidad de control se refleje en pensamientos de tipo perfeccionista.

Iketani et al., (2002), en una muestra de 56 pacientes con TPA y 42 con TP estudiaron la relación existente entre el perfeccionismo, los TPe y la AG. El grupo de

TPA cumplía criterios para al menos un TPe de manera significativamente más frecuente que en el grupo de TP. Los resultados sugieren que el perfeccionismo en el TP es más común en aquellos individuos que presentan comorbilidad con TPe. Muchas investigaciones han puesto de manifiesto que los pacientes con TP muestran niveles más altos de perfeccionismo que los sujetos control y estas diferencias no son diferentes para otros trastornos de ansiedad (Matsunaga, Iketani, Matsui, Oya, Iwasaki y Miyata, 2000; Antony et al., 1998, Frost y Steketee, 1997; Uhlenhuth et al., 2002). El grupo con TPA obtuvo puntuaciones significativamente mayores en TPe que el grupo de TP, concretamente en TPe Evitativo, Obsesivo-compulsivo y Paranoide. La comorbilidad con el Cluster C, en particular, TPe Evitativo y Obsesivo-compulsivo, fueron los indicadores más robustos de perfeccionismo en pacientes con TP.

Existen evidencias de que los rasgos de personalidad actúan como factores de riesgo para desarrollar un trastorno de ansiedad (Angst y Vollrath, 1991; Krueger, 1999a; Bramsen, Dirkzwager y van der Ploeg, 2000). Angst y Vollrath, (1991) midieron rasgos de personalidad en hombres jóvenes militares y realizaron el seguimiento durante 17 años. La elevada línea de base en **Neuroticismo** predecía la ocurrencia de padecer neurosis ansiosa (TP o TAG). Por su parte el trabajo de Krueger (1999) en una muestra de adolescentes en Nueva Zelanda pone de manifiesto que la elevada línea de base en Neuroticismo predecía el inicio de un trastorno de ansiedad en la juventud. Bramsen et al., (2000) midieron la personalidad en individuos de Naciones Unidas que participaban en acciones de paz en Yugoslavia. El Neuroticismo fue el mejor predictor del inicio del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).

Otros trabajos en la misma línea son los de Fauerbach, Lawrence, Schmidt, Munster y Costa (2000) quienes examinaron rasgos de personalidad en supervivientes de varios incendios. Altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en **Extraversión** predecían inicio de TEP durante el año posterior. Johnson et al. (1999a) encontraron que la ocurrencia de TPe en adolescentes, de cualquiera de los tres clusters, predecían el inicio de trastornos de ansiedad comparados con otros adolescentes con otros trastornos de Eje I. La evaluación se llevó a cabo con una entrevista clínica basada en criterios DSM-III-R y DSM-IV. Estos estudios muestran que los rasgos de personalidad predicen prospectivamente el inicio de trastornos de

ansiedad, pero no aclaran los mecanismos causales que lo explican. Las hipótesis podrían ser: a) que los rasgos de personalidad podrían ser manifestaciones tempranas de influencias genéticas o ambientales que afecten al riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad o b) que los rasgos de personalidad, en algunos casos, pueden ser síntomas prodrómicos de trastornos de ansiedad.

En el estudio epidemiológico del *Epidemiologic Catchment Area* (ECA; Klerman et al., 1991) se exploran distintas variables relacionadas con el TP. Se pone de manifiesto que los pacientes con TP obtienen mayores porcentajes de depresión mayor, abuso de alcohol y abuso de drogas que los pacientes con “pánico infrecuente”. Se denominan pánicos infrecuentes a aquellas personas que no cumplen criterios diagnósticos para el TP pero que han tenido AP en algún momento de su vida de manera esporádica. En el estudio de la ECA aparecen ambos grupos de pacientes, los que tienen TP y los infrecuentes con mayor probabilidad de padecer más trastornos del Eje I comparados con los controles. Katon et al. (1995) realizaron un estudio con pacientes con TP (N= 62), pacientes con pánico infrecuente (N= 25) y grupo control (61). Los resultados obtenidos reflejan que, los dos grupos clínicos experimentaban mayor incapacidad en el funcionamiento y tenían mayor comorbilidad con el Eje I que las personas del grupo control. Tanto los pacientes con TP como los de pánico infrecuente tenían una mayor y significativa probabilidad de tener uno o más diagnósticos psiquiátricos durante su vida, mayor prevalencia de depresión mayor o ansiedad generalizada y síntomas actuales de depresión y fobia simple comparados con el grupo control. Los pacientes con TP obtuvieron mayores porcentajes en todas las variables antes mencionadas comparados con el grupo de pánico infrecuente. Con respecto a la relación entre TP y factores de personalidad y, utilizando el inventario NEO, los pacientes con TP obtuvieron menor porcentaje en la dimensión **Responsabilidad** que los controles y los dos grupos clínicos obtuvieron mayores porcentajes en Neuroticismo comparados con los controles. Existen estudios prospectivos que asocian las elevadas puntuaciones en Neuroticismo con: aumento del estrés negativo asociado a situaciones vitales (Poultou y Andrews, 1992) e incremento del estrés asociado a acontecimientos vitales causando estrés psicológico (Ormel y Wohlfarth, 1991). El Neuroticismo también se ha asociado con: aislamiento social, autodescripciones

relacionadas con preocupaciones excesivas, ansiedad, sentimientos de victimización y resentimiento (Costa y McCrae, 1980; Eysenk, 1982; Watson y Pennebaker, 1989).

Mavissakalian y Hamann (1988); compararon dos grupos de pacientes con TPA, el primero estaba formado por 81 pacientes con pocos rasgos de personalidad patológica y el segundo por 85 con gran número de rasgos de personalidad patológica o diagnóstico de TPe. Los pacientes que mostraron mayor número de rasgos de personalidad patológica, además, mostraban una mayor gravedad y generalización de la sintomatología, obtuvieron mayores puntuaciones en Neuroticismo y menores en Extraversión comparados con aquellos con menor número de rasgos de personalidad patológica. Otro resultado fue que las personas con más rasgos de personalidad patológica experimentaron un mayor número de eventos vitales indeseables en el año anterior a la evaluación. Los TPe o los rasgos de personalidad parecen asociarse con mayores y más generalizada interferencia en los pacientes con TPA. Klass, DiNardo y Barlow (1989) dividieron la muestra de pacientes con TP en dos grupos, un grupo de 25 pacientes con comorbilidad con TPe y otro grupo sin comorbilidad. Estos autores concluyeron que parece que la presencia de TPe se asocia con una mayor interferencia y disforia pero no específicamente con mayor gravedad de los síntomas de ansiedad de Eje I. Parece que aunque algunos autores han encontrado una relación entre la gravedad del TPA y los rasgos de TPe, esta relación no es muy específica. Se ha encontrado mayor correlación entre Neuroticismo y estrés, estado de ánimo disfórico y ansiedad social además de la duración y gravedad del TPA.

Biennu et al. (2001a) examinan en su trabajo la comorbilidad entre fobias (específicas, fobia social y agorafobia), pánico y depresión mayor y su relación mediante el modelo de los 5 factores sobre rasgos de personalidad en una muestra de 333 pacientes. En cuanto a los factores de personalidad concluyen que elevadas puntuaciones en Neuroticismo se asocian con FS, AG, TP y depresión mayor. La Introversión se asoció con FS y AG. En cuanto a las facetas de personalidad destacan que el grupo de FS obtiene bajas puntuaciones en confianza, y en todas las facetas del factor Apertura. Los pacientes con AG obtienen puntuaciones altas en la mayoría de facetas del Neuroticismo y bajas en Extraversión. Obtienen bajas puntuaciones en las facetas confianza y actitud conciliadora del factor **Amabilidad** y baja autodisciplina en el factor Responsabilidad. Los pacientes del grupo de TP,

obtienen altas puntuaciones en todas las facetas del Neuroticismo y bajas en las facetas: emociones positivas, cordialidad y asertividad del factor Extraversión; puntuaciones bajas también en las facetas confianza y actitud conciliadora del factor Amabilidad y bajas en la faceta competencia del factor Responsabilidad. Los autores concluyen en su estudio que el Neuroticismo, la Extraversión y facetas de Apertura y Amabilidad son importantes constructos para comprender la relación entre rasgos de personalidad y condiciones de ansiedad y depresión en la población general.

Trabajos anteriores sugieren que las personas con trastornos de ansiedad o depresión tienden a manifestar puntuaciones altas en Neuroticismo y aquellas personas con AG o FS tienden a ser Introversas (Bienvenu et al., 2001a; Jankowsky, Morter y Tancer, 2000; Samuels et al., 2000; Trull y Sher, 1994; Watson, Clark y Carey, 1988). En el estudio de Bienvenu et al. (2001b) se encontró evidencia preliminar sobre las dimensiones de orden inferior (facetas) en Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad que se asocian también con ciertos trastornos, por Ejemplo, puntuaciones bajas en emociones positivas en el TP. Bienvenu et al. (2004) llevaron a cabo un estudio en el que participaron 731 individuos de la población general divididos por trastornos en distintos grupos: fobia simple, FS, AG, TP, TOC, TAG, trastorno depresivo mayor y distimia. Los resultados indican que todos los trastornos evaluados se asociaron con medias altas en Neuroticismo. Con respecto a los trastornos que nos ocupan en el presente trabajo concluyeron que la AG se asoció con una media baja en Extraversión y bajas puntuaciones en cordialidad y emociones positivas. También obtuvo medias bajas en confianza, faceta de la dimensión de Amabilidad. El TP también obtuvo bajas puntuaciones en emociones positivas. De la dimensión de Responsabilidad la media más baja en todos los trastornos fue la autodisciplina. Cuando los autores comparan los rasgos de personalidad entre los sujetos que presentan sintomatología activa en la actualidad con aquellos que se encuentran en avanzada remisión encuentran que el Neuroticismo aparece significativamente más elevado en los sujetos con sintomatología comparados con aquellos que están en remisión, sobretodo en las personas con TP. Se encuentran diferencias en las medias de dos facetas de esta dimensión, la que hace referencia a la ansiedad y la que hace referencia a la hostilidad. La importancia de los resultados radica en encontrar relaciones entre

facetas de las dimensiones de personalidad distintas al Neuroticismo y la Extraversión.

Foot y Koszycki (2004) examinan las diferencias en cuanto a género en rasgos de personalidad en pacientes con TP con o sin AG. La muestra estuvo formada por 101 pacientes. No se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones globales del ASI aunque las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en la subescala física y los hombres en la social. En cuanto al NEOPI-R, las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en Extraversión y aunque no hubo diferencias en Neuroticismo, los hombres puntuaron más en las subescalas de hostilidad y depresión. Los hombres resultaron ser más introvertidos que las mujeres en el presente trabajo.

Carrera et al. (2006) estudiaron en una muestra de 103 pacientes con diagnóstico reciente de TP los rasgos de personalidad, presencia de AG, gravedad clínica y mejoría a corto plazo. Los resultados indican que el 66% de la muestra cumplía criterios de AG. Las puntuaciones en Neuroticismo fueron significativamente mayores en el grupo clínico (con o sin AG) comparado con el grupo control, las puntuaciones en Extraversión fueron significativamente mayores en los controles que en los pacientes. Estos resultados sobre las dimensiones de Neuroticismo y Extraversión son similares en estudios anteriores (Bienvenu et al., 2001b; Bienvenu et al., 2001a; Bienvenu et al., 2004). Los pacientes con TP obtenían puntuaciones mayores en Introversión comparados con los controles únicamente cuando presentaban AG. Se obtuvieron correlaciones positivas entre Neuroticismo y las medidas de depresión (BDI) y estado de ansiedad (STAI-E) y correlaciones negativas entre las mismas medidas y Extraversión. La dimensión de Introversión, ser mujer y gravedad de las crisis eran los mejores predictores de la presencia de AG en pacientes sin TP. El estudio de una muestra de pacientes en el inicio del TP sugiere que el Neuroticismo puede ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno pero no modifica el curso del mismo.

Por último destacamos el trabajo de Bienvenu, Hettema, Neale, Prescott y Kendler (2007). Estos autores han estudiado la baja Extraversión y el alto Neuroticismo como factores genéticos para el desarrollo de la FS, AG y Fobia específica tipo animal. Con una muestra de 7.800 gemelos concluyen que algunos rasgos de personalidad y las fobias tienen una base genética y no ambiental. Sus

resultados sugieren que el mayor riesgo genético asociado a la FS y la AG incluye la baja Extraversión y el alto Neuroticismo.

*

*

*

A continuación destacaremos brevemente los resultados obtenidos por los investigadores que han utilizado en sus trabajos modelos de personalidad normal para el estudio del TP. Las personas con trastornos de ansiedad tienden a ser perfeccionistas (Frost y Steketee, 1997; Antony et al., 1998; Matsunaga et al., 2000; Uhlenhuth et al., 2002), este dato se confirma también en el caso concreto de los pacientes con TP (Antony et al., 1998) y en mayor porcentaje en pacientes con TPA cuando existe comorbilidad con TPe (Iketani et al., 2002). Según Iketani y colaboradores (2002) los indicadores más robustos de perfeccionismo son la comorbilidad con el Cluster C, concretamente con TPe Evitativo y Obsesivo-compulsivo. Bienvenu y colaboradores (2001a) concluyen que los pacientes con AG obtienen puntuaciones altas en la mayoría de facetas del Neuroticismo y bajas en Extraversión. Obtienen bajas puntuaciones en las facetas confianza y actitud conciliadora del factor Amabilidad y baja autodisciplina en el factor Responsabilidad. Los pacientes del grupo de TP obtienen altas puntuaciones en todas las facetas del Neuroticismo y bajas en las facetas: emociones positivas, cordialidad y asertividad del factor Extraversión; puntuaciones bajas también en las facetas confianza y actitud conciliadora del factor Amabilidad y bajas en la faceta competencia del factor Responsabilidad. La dimensión de personalidad más relacionada con los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo ha sido el Neuroticismo (Watson et al., 1988; Angst y Vollrath, 1991; Trull y Sher, 1994; Katon et al., 1995; Krueger, 1999a; Bramsen et al., 2000; Fauerbach et al., 2000; Jankowsky et al., 2000; Samuels et al., 2000; Bienvenu et al., 2001a, 2004). Puntuaciones elevadas en Neuroticismo se asocian con: aumento del estrés negativo asociado a situaciones vitales (Poulton y Andrews, 1992; Ormel y Wohlfarth, 1991), aislamiento social, autodescripciones relacionadas con preocupaciones excesivas, ansiedad, sentimientos de victimización y resentimiento (Costa y McCrae, 1980; Eysenk, 1982; Watson y Pennebaker, 1989). Otros estudios encuentran en sus muestras de TP junto al elevado Neuroticismo, la baja Extraversión, y las relacionan con mayor

gravedad y generalización de los síntomas y mayor número de eventos indeseables un año antes de la evaluación (Mavissakalian y Hamann, 1988; Bienvenu et al., 2004; Carrera et al., 2006), además de una mayor incapacidad en el funcionamiento y mayor comorbilidad con Eje I (Katon et al., 1995). Klass, DiNardo y Barlow (1989) encontraron en su estudio mayor correlación entre las variables: Neuroticismo, estrés, estado de ánimo disfórico, ansiedad social y duración y gravedad de TPA. El estudio de Bienvenu et al. (2004) informa de perfiles distintos entre pacientes con TP y AG, aunque ambos puntúan alto en Neuroticismo y bajo en Emociones positivas, los pacientes con AG puntuaban bajo en Extraversión sobretodo en la faceta de cordialidad y también bajo en la faceta confianza de la dimensión Amabilidad. Los pacientes con TP también puntúan bajo en Autodisciplina faceta de la Responsabilidad. En el estudio de Foot y Koszycki (2004) tanto hombres como mujeres obtienen altas puntuaciones en Neuroticismo aunque destacan que los hombres puntúan más alto en las subescalas hostilidad y depresión. Las mujeres puntúan más alto y los hombres más bajo en Extraversión. Con respecto al ASI, las mujeres puntuaban más en la subescala Física y los hombres en la Social. Carrera et al. (2006), destacan que el BDI y el STAI-E correlacionan positivamente con Neuroticismo y negativamente con Extraversión. Los pacientes eran más Introversos cuando presentaban AG, otros predictores para la AG eran ser mujer y la gravedad de las crisis. Finalmente Bienvenu, et al. (2007) ponen de manifiesto que existe una base genética para el desarrollo de la FS y la AG así como también para la baja Extraversión y el alto Neuroticismo.

En conclusión, parece que los factores de personalidad más relacionados con el TP son el Neuroticismo elevado y puntuaciones bajas en Extraversión y en algunas de las facetas de Amabilidad y Responsabilidad. El perfeccionismo también parece asociarse a la clínica del TP.

3.3.3.- La inhibición conductual y la sensibilidad a la ansiedad

Para el desarrollo de estrategias preventivas en psicopatología es crucial el estudio de los factores de riesgo. Existen ciertas cualidades, observables en los primeros estadios de la vida, que predisponen al niño al posterior desarrollo del TP según la investigación en características de personalidad. Dos rasgos de

personalidad han recibido más atención con respecto al TP, la inhibición conductual (IC) y la sensibilidad a la ansiedad (SA).

a) Inhibición Conductual.- Descrita por Kagan y colaboradores (Kagan, Snidman, Arcus y Reznick, 1994), la IC hace referencia a un rasgo del temperamento caracterizado por la tendencia a ser cauto, callado y conductualmente reservado en situaciones no familiares. Una serie de estudios longitudinales realizados en los años 80 demostraron que esta tendencia en situaciones nuevas es un rasgo relativamente estable durante la infancia y hasta la adolescencia (Caspi y Silva, 1995; García Coll, Kagan, y Reznick, 1984). Segui y sus colaboradores (1999) en su estudio con personas cuyo diagnóstico de TP se produjo en edades muy tempranas concluye que el inicio temprano del TP deriva de un factor patogénico común representado por una dimensión temperamental definida como “inhibición conductual”. Este factor puede conducir a una fobia escolar u otros trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia y, en un futuro, a trastornos de ansiedad más graves como la FS o el TP. Algunos autores han descrito los rasgos de personalidad de estos niños, como por Ejemplo: introversión, inhibición social, no participar cuando se les pregunta o ser poco asertivos cuando son más adultos, baja autoestima y niveles elevados de sensibilidad interpersonal (Biederman et al., 1993; Rosenbaum et al., 1988; Rosenbaum, Biederman, Hirshfeld, Bolduc y Chaloff, 1991; Rosenbaum et al. 1993; Rosenbaum, Biederman, Pollack y Hirshfeld, 1994).

La asociación entre IC y TPA se ha observado en estudios comparando hijos de individuos que sufren TPA (con o sin comorbilidad con depresión) con los hijos de padres con depresión u otros trastornos psiquiátricos. Estos estudios han demostrado consistentemente una notable presencia de IC en los hijos de padres con TPA comparados con los hijos de padres sin TPA o trastorno depresivo mayor (Battaglia et al., 1997; Manassis, Bradley, Goldberg, Hood, y Swinson, 1995; Rosenbaum et al., 1988). Reich (1991) encontró que existen más rasgos dependientes y evitativos en las primeras generaciones de pacientes con TP comparado con los controles.

Resultados recientes sugieren que la relación entre el TP en padres y la IC de los hijos está mayoritariamente causada por la comorbilidad del TP de los padres con depresión mayor (Rosenbaum et al., 2000). Específicamente, estos autores

encontraron una mayor proporción de IC en hijos con padres que tenían TP y depresión mayor, y no encontraron diferencias en los porcentajes entre los hijos de padres con depresión o con TPA.

Utilizando autoinformes retrospectivos sobre IC durante la infancia, Reznick, Hegeman, Kaufman, y Woods (1992) encontraron altos porcentajes en pacientes con TP adultos comparados con los adultos controles. Encontraron datos similares con adultos que sufrían depresión. Estudios longitudinales sugieren que la IC estaría relacionada con el consecuente desarrollo de trastornos de ansiedad pero falta especificidad para considerarlo factor de riesgo para el TP (Biederman et al., 1993; Caspi, Moffitt, Newman y Silva, 1996; Eaton et al., 1994; Schwartz, Snidman y Kagan, 1999). Futuros estudios longitudinales con niños en riesgo serán necesarios para confirmar si la IC temprana se relaciona con el posterior inicio del TP (Rosenbaum et al., 1993).

Una dificultad en los estudios con familias es determinar qué factores de vulnerabilidad están genética o ambientalmente determinados. No obstante, dado que los estudios sobre heredabilidad de los trastornos de ansiedad obtienen resultados parciales, es comprensible que los factores del ambiente puedan ser también importantes en su génesis. Ejemplos de determinantes ambientales que pudieran influir en rasgos de personalidad y en trastornos de ansiedad y depresión son: padres con problemas económicos, abuso y pérdida temprana de los padres (Brown, Harris y Eales, 1996; Johnson et al., 1999b; Kendler et al., 2000a; Kendler, Meyers y Prescott, 2000b; Kessler, Davis y Kendler, 1997; Parker et al., 1999; Reti et al., 2002a; Reti et al., 2002b; Roberts y Gotlib, 1997).

b) Sensibilidad a la Ansiedad.- Como hemos visto a lo largo del capítulo uno del presente trabajo, dado el intenso sufrimiento de los pacientes con TP, los avances en la identificación de predictores que nos alerten del posible desarrollo de un trastorno de ansiedad como pueda ser el TP y los consecuentes esfuerzos en prevención son muy necesarios. En este sentido se enmarcan los trabajos que han identificado a la SA como un potencial factor predictor en el desarrollo del TP (Peterson y Sacks, 1987; Donnell y McNally, 1990; Telch, Silverman y Schmidt, 1996; Rapee y Medoro, 1994). La SA hace referencia a la tendencia a responder con temor a las sensaciones relacionadas con la ansiedad (Reiss et al., 1986). McNally

(2002) enfatiza que la SA es distinta a la ansiedad rasgo, que denota la tendencia a responder con ansiedad ante los estresores en general en lugar de referirse a un miedo específico a la ansiedad. Weems et al. (2002) estudiaron a 2.365 adolescentes con distintos grados de SA a lo largo de un período de cuatro años y encontraron pequeñas fluctuaciones en la sensibilidad a la ansiedad. Estos resultados se han observado también en muestras de personas adultas por lo que se considera a la SA un rasgo permanente.

Muchas líneas de investigación han mostrado evidencias relacionando la SA con el TP. *Primero*, los estudios descriptivos muestran que los pacientes con TP obtienen puntuaciones más elevadas en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Reiss et al., 1986) comparados con controles psiquiátricos y no psiquiátricos (Taylor, Koch y McNally, 1992; Telch, Jacquin, Smits y Powers, 2003). *Segundo*, estudios de laboratorio donde se observan los síntomas de ansiedad inducidos artificialmente (ej., hiperventilación voluntaria o inhalación de aire enriquecido con CO₂), muestran que los pacientes con TP responden con mayores niveles de ansiedad comparados con controles psiquiátricos y no psiquiátricos (Gorman et al., 1994; Papp et al., 1997; Telch et al., 2003). Además, la SA es un predictor del nivel de respuesta emocional, aquellos que obtienen mayores puntuaciones en el ASI presentan mayores niveles de ansiedad y pánico (Brown, Smits, Powers y Telch, 2003; Rapee et al., 1992). *Tercero*, el éxito en el tratamiento del TP se asocia con el descenso de las puntuaciones del ASI (Penava, Otto, Maki y Pollack, 1998; Simon et al., 2004) y la mejora en la respuesta emocional en los ensayos del laboratorio (Schmidt, Trakowski y Staab, 1997). Evidencias preliminares sugieren que la mejoría producida en los síntomas del TP mediante un tratamiento cognitivo-comportamental está mediado por cambios en el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad (Smits, Powers, Cho y Telch, 2004).

Aunque los datos recogidos en estos estudios indican que la SA está implicada en el mantenimiento del TP, no indicarían que la SA es un factor de riesgo para desarrollar TP. Según McNally (2002), la SA puede considerarse como factor de riesgo para desarrollar TP en el caso de que se observe en personas sin historia de pánico. Un gran número de estudios han demostrado que la SA puede estar presente sin una experiencia previa de pánico (Asmundson y Norton, 1993; Donnell y McNally, 1989). Por Ejemplo, Asmundson y Norton (1993) administraron el ASI a

una gran muestra de estudiantes de instituto y encontraron que el 70% de los estudiantes con una alta SA nunca habían experimentado un AP inesperado, y el 45% nunca habían experimentado un AP situacional.

Entonces, ¿están las personas con alta SA en riesgo de desarrollar TP?. Esta pregunta fue formulada en primer lugar por Maller y Reiss (1992) en un estudio de seguimiento de tres años con una muestra de 151 estudiantes de instituto sin historia de AP. Los autores del estudio encontraron que las puntuaciones obtenidas en la línea de base en el ASI predecían la frecuencia e intensidad de los AP en el periodo de seguimiento. Además, los participantes con niveles más elevados de SA obtuvieron una probabilidad cinco veces mayor de desarrollar un trastorno de ansiedad. Schmidt, Lerew y Jackson (1997) evaluaron a 1.172 cadetes de la Academia de las Fuerzas Aéreas Americanas durante las primeras y últimas semanas de su entrenamiento. La SA predijo el desarrollo de AP espontáneos incluso controlando las variables de historia de AP y rasgo de ansiedad. Los AP espontáneos se experimentaron en aproximadamente el 20% de las personas con altos niveles de SA mientras esto ocurría en el resto de la muestra en un porcentaje de un 6%.

Estudios prospectivos (Schmidt, Lerew y Jackson, 1997) apoyan la idea de que la SA actúa como un factor de predisposición para el desarrollo del TP. Cox et al. (2001) intentan identificar factores de vulnerabilidad en depresión y TP. Basados en el modelo tripartito de Clark (Clark y Watson, 1991) utilizan tanto factores de orden superior (arousal somático y afecto positivo) como de orden inferior (sensibilidad a la ansiedad, rumiación, autocrítica y perfeccionismo) para determinar qué variables emergen como características en cuanto a la vulnerabilidad a desarrollar un TP. El estudio se realizó con 38 pacientes con diagnóstico de depresión y el mismo número de pacientes con diagnóstico de TP. Los resultados obtenidos indicaron que, con respecto a los factores de orden superior, el Neuroticismo se ha identificado como una variable potente pero relativamente no específica como factor de riesgo para muchas formas de psicopatología, y en este estudio, fracasó en la diferenciación entre pacientes deprimidos y ansiosos. La única variable que consiguió con éxito diferenciar a los pacientes deprimidos de los pacientes con TP fue el arousal y la Extraversión. De las 4 variables estudiadas de

orden inferior aparecen como predictoras únicamente la SA (miedo a los síntomas físicos) y el estilo de respuesta basado en la rumiación.

Plehn y Peterson (2002) realizaron un estudio longitudinal que comenzó entre los años 1986 y 1988 y finalizó en 1999. De los 505 individuos que participaron en la primera evaluación la muestra se redujo a 178 y los resultados obtenidos indicaron que tanto la SA como la ansiedad rasgo fueron variables predictoras del desarrollo de síntomas de pánico. Los resultados también indicaron que la SA fue el único predictor significativo de la ocurrencia de AP. Asimismo la historia de pánico y la ansiedad rasgo predijeron la ocurrencia del TP aunque este resultado pudo ser debido al reducido número de diagnósticos de TP, cinco concretamente. Finalmente, con respecto a la predicción de rasgos de ansiedad, la SA no apareció como variable predictora. Los autores concluyeron que identificar la SA como factor de riesgo para el desarrollo de síntomas de pánico y AP es muy relevante para la detección e implementación de intervenciones basadas en modelos cognitivo conductuales que reduzcan el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad o un TP.

Muchos estudios prospectivos han confirmado que las personas que puntúan alto en el ASI tienen mayor riesgo de experimentar AP comparado con aquellos que obtienen puntuaciones más bajas (Hayward, Killen, Kraemer y Taylor, 2000; Schmidt, Lerew y Jackson, 1999). Sin embargo, una nota de Schmidt, Lerew y Jackson (1999) aclaraba que la SA únicamente explica una mínima parte de la varianza en la ocurrencia del pánico (2%), sugiriendo que la SA explica, como mucho, solo una pequeña parte del desarrollo de AP inesperados. Serán necesarios más estudios longitudinales para averiguar la relación exacta de la SA en el desarrollo de AP y como factor de riesgo en desarrollar un TP. También sería interesante explorar la relación entre la SA y variables más relacionadas con dimensiones más generales de la personalidad como el Neuroticismo y la Extraversión.

3.4.- Influencia de la personalidad en la respuesta al tratamiento

Conocer si la presencia de trastornos del Eje II tiene un impacto negativo en el efecto del tratamiento de los trastornos de Eje I tienen unas implicaciones clínicas

muy relevantes. En los años 90, Reich y Vasile (1993) y Reich y Green (1991) analizaron 38 publicaciones sobre el impacto de los trastornos del Eje II en el efecto del tratamiento en depresión, trastornos de ansiedad y abuso y/o dependencia de drogas. La conclusión más importante a la que llegaron es que la presencia de comorbilidad del Eje II obstaculiza el efecto del tratamiento de los trastornos del Eje I. Más recientemente, Dreessen y Arntz (1998) revisaron 35 estudios sobre la influencia del Eje II en el tratamiento de los trastornos de ansiedad al igual que Mulder (2002) revisó 50 estudios con respecto al efecto en la depresión. En contraste con los estudios previos (Reich y Vasile, 1993; Reich y Green, 1991), estos estudios recientes concluyen que los TPe no reducen la eficacia de los tratamientos en el Eje I. Veamos con mayor detalle los estudios centrados en esta interesante cuestión.

Los estudios que examinan el efecto de la comorbilidad del Eje II con el resultado del tratamiento del Eje I generalmente han encontrado que la presencia de un TPe se asocia con un peor resultado en Eje I (Reich, 1991; Ruegg y Frances, 1995), particularmente para la depresión (Shea, Widiger y Klein, 1992). No obstante, pocos estudios prospectivos y longitudinales han evaluado el efecto del Eje II en el curso del TP. Tres estudios longitudinales (1 a 3 años) del TP (Faravelli y Albanesi, 1987; Noyes et al., 1990; Pollack et al., 1990; Pollack et al., 1992) encontraron que la presencia de un TPe se asociaba con un peor resultado en los síntomas del TP y el funcionamiento; un estudio encontró asociación con menor probabilidad de remisión (Pollack et al., 1990; Pollack et al., 1992). No obstante, estos estudios están limitados por la utilización de cuestionarios de personalidad autoadministrados (Faravelli y Albanesi, 1987; Pollack et al., 1990; Pollack et al., 1992), por tener solo una evaluación de seguimiento (Noyes et al., 1990), un solo seguimiento al año (Faravelli y Albanesi, 1987; Pollack et al., 1990; Pollack et al., 1992) o por recoger la información retrospectivamente (Noyes et al., 1990). Sólo un estudio utilizó criterios DSM-III-R para los diagnósticos de TPe (Pollack et al., 1990; Pollack et al., 1992). Otros estudios informan sobre una peor respuesta al tratamiento farmacológico (Green y Curtis, 1988) y al tratamiento combinado: farmacológico y exposición autodirigida (Mavissakalian y Hamann, 1987).

Mavissakalian y Hamann (1987) consiguieron cambios en el funcionamiento de la personalidad medidos por el PDQ antes y después de 16 semanas de

tratamiento combinado con farmacoterapia (imipramina) y terapia conductual. De los 16 rasgos de personalidad identificados antes del tratamiento, solo 3 estaban presentes en el postratamiento: inestabilidad afectiva, deseo de afecto y baja autoestima. Reich y sus colaboradores (1986) demostraron que la mejoría en pacientes con TP va acompañada de mejoras significativas en medidas de personalidad como la fuerza emocional, dependencia interpersonal y autoconfianza social, no ocurriendo así en los no tratados. Los autores concluyen que el estado actual de ansiedad en los pacientes al igual que la depresión, pueden confundir las medidas de personalidad. Sin embargo, parece existir evidencias indirectas que indican que el Neuroticismo no se ve afectado por el estado actual del pánico en los pacientes. Perna, Bernardeschi, Caldirola, Garberi, Draisci y Battaglia (1992) encontraron que puntuaciones altas en evitación del daño en pacientes con TP persistían tras un tratamiento de 6 meses.

Parece evidenciarse que existen rasgos de personalidad que son más susceptibles al cambio tras el tratamiento que otras, por Ejemplo la intolerancia a estar solo, la hipersensibilidad, la pérdida de seguridad en uno mismo y la resistencia indirecta derivadas de las categorías límite, dependiente y pasivo-agresivo, son las que más cambian. Sin embargo, rasgos derivados del TPe evitativo e histriónico cambian poco (Mavissakalian, 1990). Los cambios en el funcionamiento de la personalidad después de un tratamiento sugieren que la gravedad del TPA tiene un impacto significativo en la personalidad. Esto puede sugerir que existe cierta relación entre Eje II y TPA. La evidencia no apoya claramente rasgos de personalidad patológica se relacionen significativamente con un peor pronóstico en el tratamiento del TP.

El estudio de Chambles, Renneberg y Goldstein (1992) con 64 pacientes con TPA identificó como predictor más consistente con respecto al resultado del tratamiento al TPe por Evitación, obteniendo un peor resultado en 3 de las 4 medidas realizadas. Estos resultados apoyan la aserción de Millon (1981) que decía que el pronóstico para los pacientes con TPe por Evitación es peor, y son congruentes con resultados previos sobre las recaídas al abandonar los fármacos (Green y Curtis, 1988) y peor respuesta al tratamiento con benzodiazepinas para la ansiedad, depresión y fobia social (Reich, 1988). Los resultados obtenidos con respecto a la hipersensibilidad de la escala paranoide con respecto al fracaso del

tratamiento coinciden con los de Mavissakalian y Hamann (1987). Sin embargo, los pacientes histriónicos reducen la frecuencia del pánico tras la intervención; lo que se opone a los resultados de Reich (1988), al igual que el hecho de que los resultados de los pacientes con TPe más graves (Esquizotípico, Límite y Paranoide) no se asociaron con un peor resultado en el tratamiento. Los hallazgos de esta investigación indicaron que el TPe por Evitación explica en parte el fracaso del tratamiento para los pacientes agorafóbicos con un tratamiento psicosocial (Chambless y Gracely, 1988).

Hoffart (1994) encontró en una muestra de 32 pacientes con TPA y 18 con AG sin pánico que, 8 de los 9 índices evaluados de personalidad decrecieron con la mejora de los síntomas agorafóbicos y generales. Las diferencias en personalidad entre TPA y AG sin pánico no se redujeron a diferencias en gravedad de los síntomas agorafóbicos. Aunque las puntuaciones en evitación agorafóbica tendían a ser más bajas en el grupo de AG sin pánico, estos tenían más rasgos evitativos. Mostraron también que, los tres índices de personalidad: evitación, dependencia y rasgos dramáticos, correlacionaban a lo largo de los periodos antes y después del tratamiento. Estos índices de personalidad predecían el curso sintomático después del tratamiento independientemente de la presencia de la comorbilidad con Eje I. Los resultados previos (Hoffart y Martinsen, 1993) que obtuvieron con respecto a que los rasgos evitativos predecían un peor curso de los síntomas un año después del tratamiento se replicaron en este estudio. El mecanismo de acción que explique estos resultados podría ser que los pacientes con rasgos evitativos experimentan más miedo al ridículo como consecuencia de mostrar síntomas de ansiedad a los demás en su entorno natural y por eso, tienen un peor curso de la enfermedad. Los rasgos dramáticos, considerando ambos momentos, el pretratamiento y los cambios entre el pretratamiento y el seguimiento, se convirtieron en un potente predictor del empeoramiento del curso en el periodo de 1 a 2 años de seguimiento. Posiblemente el mecanismo de acción de los rasgos dramáticos incluye la expresividad emocional que puede hacer que aumente la vulnerabilidad de la persona a experimentar AP e inestabilidad en las relaciones interpersonales.

Brown, Antony y Barlow (1995) examinaron el impacto y curso de la comorbilidad en 126 pacientes que participaron en un programa de tratamiento cognitivo-comportamental para el TP. Las preguntas que se hacían los autores eran

las siguientes: ¿Puede la comorbilidad evaluada en el pretratamiento afectar al resultado del tratamiento para el TP? y ¿Puede asociarse el tratamiento para el TP con la reducción de la comorbilidad en el postratamiento?. El porcentaje de comorbilidad encontrado en la muestra en el pretratamiento fue del 51%. Los resultados encontrados indican que la comorbilidad hallada en la muestra no fue un factor predictor sobre el abandono prematuro del tratamiento, ni se relacionó con la mejoría encontrada (ausencia de síntomas de pánico) en los pacientes en el postratamiento y el seguimiento a los 3 meses. La presencia de sintomatología depresiva no tuvo un impacto negativo destacado con respecto al resultado del tratamiento en el TP. En cuanto a rasgos de personalidad, se remarcó el hecho de que la presencia en el pretratamiento de un TPe Dependiente o Histriónico se asoció con un favorable resultado del tratamiento en los pacientes con TPA. Estos resultados podrían explicarse debido a las características de sumisión y búsqueda de atención y agrado en estos pacientes, las cuales facilitarían la adherencia al tratamiento y la realización de las tareas establecidas. La comorbilidad hallada en los pacientes a los 3 meses de seguimiento no se asoció con la mejoría encontrada (ausencia de síntomas de pánico) en el seguimiento a los 24 meses. El tratamiento cognitivo-comportamental para el TP resultó positivo en la disminución significativa en el porcentaje de comorbilidad a los 3 meses de seguimiento.

Rathus et al. (1995) examinaron una muestra de 18 pacientes con TPA tras 12 semanas de tratamiento cognitivo-conductual. El porcentaje de TPe encontrado en la muestra fue de un 44%. Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes con ciertas características de personalidad obtuvieron una mejor respuesta al tratamiento que aquellos que no tenían esas características. Los que respondieron al tratamiento tenían puntuaciones menores en las escalas del MCMI-II: límite, histriónica, esquizoide, esquizotípica, antisocial, agresivo-sádica y autodestructiva y puntuaciones elevadas en la escala compulsiva. Estos resultados sugieren que el simple aumento en algunas escalas no tiene por qué significar un impacto negativo en el tratamiento. De hecho, existen complejas interacciones por las que el aumento en algunas escalas puede implicar una influencia negativa, otras ser neutrales e incluso relacionarse con un mejor resultado. Los estudios indican que el Cluster dramático y los rasgos evitativos de personalidad Ejercen una influencia negativa en la respuesta al tratamiento (Green y Curtis, 1988; Nurnberg, Raskin y Levine, 1989;

Reich, 1988, 1990; Chambless, Renneberg y Goldstein, 1992; Hoffart, 1994). No existen estudios que informen del efecto facilitador de algunos rasgos de personalidad en la respuesta al tratamiento para el TP, aunque han aparecido con respecto al abuso de sustancias (Ravndal y Vaglum, 1991). Podemos encontrar Ejemplos en aquellos pacientes con puntuaciones elevadas antes del tratamiento en la escala compulsiva, que tenderán a ser disciplinados, organizados, trabajadores y mantendrán el respeto a la autoridad, cualidades que pueden influir en la mejor adherencia y resultado del tratamiento. Pacientes con elevadas puntuaciones en la escala dependiente se caracterizan por ser sumisos ante la autoridad por lo que aumentará su complicidad y querrán agradar al terapeuta durante el tratamiento (Wetzler, 1990). Los datos sugieren que es más útil observar las dimensiones de personalidad (puntuaciones de las escalas) que las categorías (presencia o ausencia de la escala). Queremos decir que cuando se examinan las categorías, no parece existir impacto de la personalidad en el resultado del tratamiento. Sin embargo, cuando se examina la relación entre resultado del tratamiento y niveles iniciales de subescalas o facetas de personalidad, emerge una imagen distinta. La evaluación de la personalidad parece útil en determinar qué pacientes responderán mejor al tratamiento cognitivo-conductual para el TP.

A pesar de que las intervenciones cognitivo-comportamentales han demostrado su eficacia en el tratamiento del TPA, existe controversia con respecto a la eficacia del tratamiento para el TPA en pacientes con comorbilidad con TPe. El estudio de Marchand et al. (1998) evaluó el impacto del tratamiento para el TPe en pacientes con TPA. La muestra se compuso de 81 pacientes que recibieron tratamiento cognitivo-comportamental para el TPA, 36 de los cuales cumplían criterios de TPe. Realizaron evaluaciones pretest, postest y seguimiento a los 3 meses. Todos los pacientes mejoraron en el postest y en el seguimiento. Se encontraron diferencias en cuanto a los pacientes con TPe en las medidas de AG. Los resultados indicaron que los pacientes con TPe mejoraron más lentamente que los pacientes sin TPe.

Massion, et al., (2002), llevaron a cabo una investigación centrada en el efecto de los TPe en el tiempo de remisión de los síntomas en pacientes con trastornos de ansiedad incluido el TP. Se seleccionaron predictores del tiempo de remisión del Eje I y II durante 5 años de seguimiento en 514 pacientes con uno o

más trastornos de ansiedad. Los resultados obtenidos indicaron que, la presencia de uno o más TPe no fue un predictor significativo de menor probabilidad de remisión del TP con o sin AG. Estos resultados contradicen los estudios previos que sí demostraban menor remisión del TPA cuando existía comorbilidad con Eje II (Faravelli y Albanesi, 1987; Noyes et al., 1990; Pollack et al., 1990; Pollack et al., 1992). Con respecto a la comorbilidad con la depresión, la literatura sobre el efecto de la depresión en los trastornos de ansiedad está dividida (Noyes et al., 1990; Pollack et al., 1990; Maier y Buller, 1988), con una revisión (Roy-Byrne y Cowley, 1995) que recoge que 3 de 5 estudios muestran que la comorbilidad con depresión mayor no afectó al resultado en el tratamiento del TP. Los autores informaron que sus resultados fueron similares a los de los autores citados previamente (Pollack et al., 1990; Maier y Buller, 1988), es decir, no se encontró relación entre depresión y resultado del tratamiento en TP con un año de seguimiento. No obstante estos resultados, también indicaron que la presencia de depresión mayor la semana antes de la evaluación predecía una menor probabilidad de remisión únicamente en el TPA. Los autores concluyen que los resultados obtenidos proveen de más datos sobre el efecto perjudicial de los TPe en el curso del TAG y la FS pero no del TP, y sugieren que los TPe tienen un efecto diferencial en el desarrollo de distintos trastornos de ansiedad.

Berger et al. (2004) obtienen resultados de la evaluación y tratamiento de 73 pacientes con TP y concluyen que los pacientes con TP obtienen una peor y más lenta respuesta al tratamiento si sufren un TPe, en particular, el TPe por Evitación o si sufren FS. Los autores concluyen que los pacientes con TP y comorbilidad de Eje II o FS no son resistentes al tratamiento pero requieren intervenciones terapéuticas más prolongadas.

Van Den Hout, Brouwers y Oomen (2006) ofrecen resultados de 421 pacientes con trastornos de ansiedad, de los que 289 tuvieron un diagnóstico de uno o más TPe. El grupo con TPA estaba formado por 54 pacientes. Los autores concluyen que la presencia de TPe fue irrelevante en la reducción de síntomas del Eje I mediante terapia cognitivo-comportamental. Asimismo destacan que los pacientes con comorbilidad en el Eje II mostraron mayor gravedad en los síntomas tanto en el pretratamiento como en el postratamiento comparados con aquellos que no tenían TPe. Aún así, ambos grupos vieron reducida la sintomatología de forma

paralela, por tanto, la mejoría de los pacientes con TP no se vió afectada por la comorbilidad con los trastornos del Eje II.

*

*

*

En resumen podemos decir que, los TPe se han identificado como predictores a corto (Black et al., 1994; Mavissakalian y Hamann, 1987, Reich, 1988) y largo plazo (Noyes et al., 1990) en la respuesta al tratamiento del TP. La investigación ha demostrado también que aparte de la significación del pronóstico, el éxito del tratamiento para el TP puede modificar y mejorar los rasgos de personalidad aunque para ello se requiera de más tiempo de tratamiento (Mavisaakalian and Hamann, 1988; Noyes et al., 1991; Marchand y Wapler, 1993; Hoffart, 1994; Dreessen, Arntz, Luttel y Sallaerts, 1994; Brown, Antony y Barlow, 1995; Rathus et al., 1995; Black et al., 1996; Marchand et al., 1998; Massion et al., 2002; Bruce et al., 2005; Van Den Hout, Brouwers y Oomen, 2006). Por otra parte, algunos estudios sugieren en general una influencia negativa de ciertas características de personalidad y ciertos TPe (TPe Evitativo; Esquizotípico, Límite o Paranoide) en la respuesta al tratamiento (Green y Curtis, 1988; Chambless y Gracely, 1988; Chambless Renneberg y Goldstein, 1992; Faravelli y Albanesi, 1987; Hoffart y Martinsen, 1993; Hoffart, 1995; Mavisaakalian y Hamann, 1987; Noyes y Reich, 1990; Noyes et al., 1990; Pollack et al., 1990, 1992; Mellman, Leverich, Hauser, Kramlinger, Post y Uhde, 1992; Reich, 1988, 1990; Reich y Vasile, 1993; Berger et al., 2004). La comorbilidad del TPA con depresión o FS se convierte en un mal pronóstico para el éxito del tratamiento (Cowley, Flick y Roy-Byrne, 1996; Martinsen et al., 1998; Johnson y Lydiard, 1998; Berger et al., 2004). Por otro lado, conviene destacar que algunos estudios han encontrado que la presencia de comorbilidad con Eje II no tiene una influencia negativa en la respuesta al tratamiento cognitivo-comportamental para el TP (Brown, Antony y Barlow, 1995; Mavissakalian y Hamann, 1987).

3.5.- Resumen

A lo largo de este capítulo hemos descrito los resultados obtenidos por los investigadores con respecto a la relación entre la personalidad y el TP. De entre los

resultados destacaremos a continuación los que consideramos más relevantes. La prevalencia de los TPe en pacientes con TP es elevada y oscila entre el 20% y el 95% (Massion et al., 2002; Berger et al., 2004, Barzega et al., 2001) aunque otros estudios recientes arrojan cifras que oscilan entre el 33% y el 76,8% (Latas et al., 2000; Iketani et al., 2002; Venturello et al., 2002; Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005; Marchesi et al., 2005; Marchesi et al., 2006, Albert et al., 2006). Los instrumentos de evaluación categoriales han puesto de manifiesto que el Cluster C (Tabla 14) de los TPe es el más frecuente entre los pacientes con TP (42.5%). Los TPe más relacionados con el TP/ TPA son el TPe Evitativo (32.5%), el Dependiente (26.2%) y el Obsesivo-compulsivo (21.9%). Se han observado diferencias entre los perfiles de personalidad de los pacientes con TP y aquellos con TPA. Los pacientes con TPA obtienen mayores porcentajes de TPe Evitativo (Alnaes y Torgersen, 1988a; Alnaes y Torgersen, 1988b; Iketani et al., 2002) y TPe Paranoide (Mavissakalian y Hamman, 1988; Iketani et al., 2002). También se encuentran diferencias cuando se utilizan medidas dimensionales (Bienvenu et al., 2004), aunque ambos puntúan alto en Neuroticismo y bajo en Emociones positivas, faceta del factor Extraversión, los pacientes con AG puntúan bajo en Extraversión sobretodo en la faceta de cordialidad y también bajo en la faceta confianza de la dimensión Amabilidad. Los pacientes con TP también puntúan bajo en Autodisciplina, faceta del factor Responsabilidad. Asimismo las variables perfeccionismo y control se relacionan con el TP (Antony et al., 1998; Iketani et al. 2002).

Se han descrito variables que influyen en el aumento de la prevalencia de los TPe en el TP como por Ejemplo la evitación fóbica (Friedman et al., 1987), la presencia de AG (Iketani et al., 2002), los síntomas de depresión (Reich y Troughton, 1988; Klass, DiNardo y Barlow, 1989; Alnaes y Torgersen, 1990; Chambless, Renneberg y Goldstein, 1992; Reich et al., 1994; Ozkan y Altindag, 2005) o la edad de inicio del trastorno (menos de 18 años). Los pacientes clasificados en este subgrupo obtienen mayor comorbilidad con TPe, concretamente el Cluster C, tienen al menos un diagnóstico más en Eje I y mayores niveles de ansiedad y depresión (Venturello et al., 2002), mayor gravedad en los síntomas y aumento de la prevalencia de la AG (Battaglia et al., 1995; Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005).

En cuanto a variables clínicas los pacientes con TP y comorbilidad Eje II manifiestan mayor sintomatología y peores puntuaciones en funcionamiento social (Chambless, Renneberg y Goldstein, 1992; Reich et al., 1994; Segui et al., 1999; Seivewright, Tyrer y Johnson, 2004; Ozkan y Altindag, 2005).

La dimensión de personalidad más relacionada con los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo ha sido el Neuroticismo (Watson, Clark y Carey, 1988; Angst y Vollrath, 1991; Trull y Sher, 1994; Katon et al., 1995; Krueger, 1999a; Bramsen et al., 2000; Fauerbach et al., 2000; Jankowsky et al., 2000; Samuels et al., 2000; Bienvenu et al., 2001, 2004). Puntuaciones elevadas en Neuroticismo se asocian con un aumento del estrés negativo asociado a situaciones vitales (Poulton y Andrews, 1992; Ormel y Wohlfarth, 1991), aislamiento social, autodescripciones relacionadas con preocupaciones excesivas, ansiedad, sentimientos de victimización y resentimiento (Costa y McCrae, 1980; Eysenk, 1982; Watson y Pennebaker, 1989). Otros estudios encuentran en sus muestras de TP junto al elevado Neuroticismo la baja Extraversión y las relacionan con mayor gravedad y generalización de los síntomas y mayor número de eventos indeseables un año antes de la evaluación (Mavissakalian y Hamann, 1988; Bienvenu et al., 2004; Carrera et al., 2006), además de una mayor interferencia en el funcionamiento y mayor comorbilidad con Eje I (Katon et al., 1995). Klass, DiNardo y Barlow (1989) encontraron en su estudio mayor correlación entre las variables Neuroticismo y estrés, estado de ánimo disfórico, ansiedad social y duración y gravedad de TPA.

En cuanto al sexo, tanto hombres como mujeres obtienen altas puntuaciones en Neuroticismo aunque los hombres puntúan más en las subescalas hostilidad y depresión. Las mujeres puntúan más alto en Extraversión que los hombres. Con respecto al ASI, las mujeres puntúan más en la subescala Física y los hombres en la Social (Foot y Koszycki, 2004). Finalmente, Carrera et al. (2006), destacan que la depresión medida con el BDI y la ansiedad estado medida con el STAI-E correlacionan positivamente con Neuroticismo y negativamente con Extraversión. Los pacientes eran más Introversos cuando presentaban AG; otros predictores para la AG eran ser mujer y la gravedad de las crisis.

Los estudios longitudinales sugieren que la Inhibición Conductual (IC) estaría relacionada con el desarrollo de trastornos de ansiedad pero falta especificidad para considerarlo factor de riesgo para el TP (Biederman et al., 1993; Caspi et al., 1996;

Eaton et al., 1994; Schwartz, Snidman y Kagan, 1999). Con respecto a la Sensibilidad a la Ansiedad (SA), muchas líneas de investigación han mostrado evidencia empírica de su relación con el TP (Taylor, Koch y McNally, 1992; Telch et al., 2003; Gorman et al., 1994; Papp et al., 1997; Telch et al., 2003; Brown et al., 2003; Rapee et al., 1992; Penava et al., 1998; Simon et al., 2004; Schmidt, Trakowski y Staab, 1997). El estudio longitudinal de Plehn y Peterson (2002) indicó que tanto la SA como la ansiedad rasgo son variables predictoras del desarrollo de síntomas de pánico, siendo el ASI el único predictor significativo de la ocurrencia de AP. Por su parte, la historia familiar de pánico y la ansiedad rasgo predicen significativamente la ocurrencia del TP. A pesar de estos hallazgos McNally (2002), nos recuerda que la SA puede considerarse como factor de riesgo para desarrollar TP únicamente en el caso de que se observe en personas sin historia de pánico. Nuevas investigaciones serán necesarias para averiguar si la SA es un predictor de la ocurrencia del TP.

Finalmente, con respecto a la influencia de los TPe en el tratamiento del TP los datos sugieren que el éxito del tratamiento dependerá de los rasgos de personalidad y los tipos de TPe (Green y Curtis, 1988; Chambless y Gracely, 1988; Chambless Renneberg y Goldstein, 1992; Faravelli y Albanesi, 1987; Hoffart y Martinsen, 1993; Hoffart, 1995; Mavisaakalian y Hamann, 1987; Noyes et al., 1990; Pollack et al., 1990, 1992; Mellman et al., 1992; Reich, 1988, 1990; Reich y Vasile, 1993; Berger et al., 2004), que algunos rasgos de personalidad mejoran con el tratamiento para el TP (Mavisaakalian y Hamann, 1988; Noyes et al., 1991; Marchand y Wapler, 1993; Hoffart, 1994; Dreessen et al., 1994; Brown, Antony y Barlow, 1995; Rathus et al., 1995; Black et al., 1996; Marchand et al., 1998; Massion et al., 2002; Bruce et al., 2005; Van Den Hout, Brouwers y Oomen, 2006) y que la comorbilidad del TPA con depresión o FS se convierte en un mal pronóstico para el éxito del tratamiento (Cowley, Flick y Roy-Byrne, 1996; Martinsen et al., 1998; Johnson y Lydiard, 1998; Berger et al., 2004).

Teniendo en cuenta el diseño de nuestra investigación, será interesante conocer en nuestra muestra de TP/TPA la prevalencia de los TPe, los TPe más frecuentes y si existen diferencias en personalidad teniendo en cuenta el sexo y la edad de inicio de los problemas de ansiedad (menor o mayor de 25 años). También resultará interesante conocer la relación entre las medidas clínicas (Interferencia,

sensibilidad a la ansiedad, depresión, gravedad del TP/TPA, etc.) y los rasgos y dimensiones de personalidad evaluados, analizar y comparar las características de personalidad desde dos tipos distintos de medidas: basadas en un modelo clínico y en un modelo de personalidad normal. Una de las contribuciones más importantes del presente trabajo lo constituye la comparación entre estas dos formas de evaluar la personalidad. Nos interesa explorar si un acercamiento dimensional resulta más útil para entender la clínica del TP que un acercamiento clínico.

Para obtener mayor conocimiento sobre la influencia de la personalidad en la clínica del TP hemos llevado a cabo una investigación cuyos objetivos, hipótesis, método, resultados, discusión y conclusiones aparecen descritos en el siguiente bloque de contenidos denominado estudio empírico.

CAPÍTULO II. ESTUDIO EMPÍRICO

II- 1.- OBJETIVO E HIPÓTESIS

2.1.1.- Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general de esta investigación es estudiar la relación entre dimensiones de personalidad y psicopatología de personalidad y la clínica del TPA, con el fin de identificar posibles indicadores de vulnerabilidad personal y optimizar el conocimiento sobre la fenomenología y la naturaleza de esta psicopatología.

Los Objetivos específicos serían:

1. Analizar las características clínicas que se observan en una muestra de pacientes con TPA.
2. Analizar las dimensiones de personalidad en una muestra de pacientes con diagnóstico de TPA utilizando una medida de autoinforme que evalúa la personalidad normal desde la teoría de los cinco factores: Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992).
3. Analizar la patología de personalidad utilizando una medida de personalidad basada en un modelo clínico, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007), con el fin de establecer la presencia de trastornos o de rasgos de personalidad en una muestra de pacientes diagnosticados de TPA.
4. Estudiar si existen diferencias en cada uno de los aspectos contemplados en los objetivos 2 y 3 y en las variables clínicas estudiadas en función de la edad de inicio y el sexo en la muestra de pacientes con TPA.
5. Describir las dimensiones y/o patología de personalidad que aparecen en los distintos grupos del estudio y comparar los resultados obtenidos en el Eje II entre el grupo con diagnóstico de TPA, una muestra control (población general) y una muestra subclínica (personas que presentan puntuaciones elevadas en una medida de sensibilidad a la ansiedad sin ser pacientes identificados).

6. Analizar las relaciones entre las dimensiones y/o patología de personalidad evaluadas y otras medidas clínicas relevantes para el TPA.
7. Analizar el valor predictivo de las dimensiones y/o patología de la personalidad respecto a las variables clínicas relevantes en el TPA.

2.1.2.- Hipótesis

1. En la muestra con TPA se observará una prevalencia de trastornos de personalidad similar a la descrita en la literatura, siendo el diagnóstico de TPe del cluster C el más frecuente.
2. Se espera que se produzcan diferencias estadísticamente significativas en dimensiones y/o patología de personalidad en función del sexo y la edad de inicio del trastorno.
3. Se espera que los pacientes con TPA presenten diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las medidas de personalidad (NEOPI-R y MCMI-III) comparados con una muestra control no clínica y presentarán dimensiones y/o patología de personalidad similar a las informadas por una muestra subclínica (personas con puntuaciones elevadas en las medidas de ansiedad pero sin diagnóstico clínico de TPA).
4. Se observarán relaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones en las dimensiones de personalidad y/o patología de personalidad y las variables que miden características clínicas en el TPA.
5. Las dimensiones y/o patología de personalidad tendrán un valor predictivo sobre aspectos clínicos relevantes en el TPA (gravedad del TPA, sensibilidad a la ansiedad, regulación de la ansiedad, agorafobia, calidad de vida).
6. La evaluación que utiliza una medida de personalidad basada en un modelo de personalidad normal tendrá más utilidad desde un punto de vista clínico que una evaluación de la personalidad basada en un modelo clínico para la caracterización clínica del TPA.

II- 2.- MATERIAL Y MÉTODO

2.1.- Muestra

2.1.1.- Selección de la muestra

Se consideraron tres muestras bajo estudio: una muestra clínica de TP evaluada y diagnosticada por expertos clínicos según criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) y dos muestras control no clínicas (población general y subclínicos). La muestra del grupo clínico se obtuvo por medio de la colaboración de los psicólogos de los Centros Clínicos privados: PREVI (Valencia y Castellón) y CREOS (Castellón) y del Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I (SAP). Los participantes no clínicos se obtuvieron entre estudiantes de la titulación de Psicología de la Universitat Jaume I, trabajadores de empresas del sector cerámico y de aquellas personas que acudían al SAP y se determinaba que no cumplían criterios diagnósticos de ningún trastorno mental.

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión para la muestra clínica:

- Ser menor de 18 años
- Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar I
- Diagnóstico de enfermedad orgánica grave
- Diagnóstico o historia de dependencia de sustancias
- Haber comenzado el tratamiento psicológico para el TPA

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión para la muestra del grupo control:

- Ser menor de 18 años
- Padecer o tener historia de cualquier trastorno psiquiátrico

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para la muestra del grupo subclínico:

- Ser mayor de 18 años
- No recibir tratamiento psicológico ni farmacológico en el momento de la evaluación ni tener historia de otros trastornos psicológicos del Eje I

- Obtener una puntuación en el ASI mayor de 23 y menor a la media para el grupo clínico

2.1.2.- Descripción de la muestra

La muestra total fue de 152 participantes (37,6% hombres; 54,5% mujeres; con una media de edad de 30 años). En la Tabla 15 se presenta la composición de las tres muestras para las variables demográficas sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Todos los participantes de esta investigación dieron su consentimiento informado para formar parte del estudio propuesto bajo condiciones de confidencialidad y de estricto uso de los resultados obtenidos exclusivamente para su divulgación científica (Ver Anexo 1). En el caso del grupo clínico, todas las personas fueron evaluadas según criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) por psicólogos con experiencia clínica contrastada.

Tabla 15. Descripción de las variables sociodemográficas del grupo clínico, control y subclínico así como del total de participantes del estudio.

	TPA	Control	Subclínico	TOTAL
Número (% muestra)	52 (34.21)	55 (36.18)	45 (29.60)	152
Sexo				
Varón	26 (50%)	21 (38.18%)	15 (33.33%)	62 (37.6%)
Mujer	26 (50%)	34 (61.18%)	30 (66.67%)	90 (54.5%)
Media Edad (DT)	32 (10.41)	31.76 (8.17)	26.95 (9.44)	30.43 (9.56)
Estado Civil				
Soltero	31 (59.61%)	28 (50.91%)	35 (77.77%)	94 (61.8%)
Casado	18 (34.61%)	23 (41.82%)	10 (22.22%)	51 (33.5%)
Divorciado/separado	3 (5.77%)	4 (7.27%)	0 (0%)	7 (4.6%)
Estudios				
Básicos	3 (5.77%)	6 (10.91%)	3 (6.67%)	12 (7.89%)
Medios	29 (55.77%)	19 (34.54%)	9 (20%)	57 (37.5%)
Superiores	20 (38.46%)	30 (54.54%)	33 (73.33)	83 (54.6%)
Situación laboral				
Desempleado	4 (7.69%)	2 (3.64%)	1 (2.22%)	7 (4.6%)
Estudiante	14 (26.92%)	14 (25.45%)	27 (60%)	55 (36.2%)
Trabajador cualificado	20 (38.46%)	19 (34.54%)	9 (20%)	48 (31.6%)
Trabajador no cualificado	14 (26.92%)	20 (36.36%)	8 (17.78%)	42 (27.6%)

2.2.- Diseño

El diseño de investigación utilizado ha sido un **diseño correlacional**. El método correlacional consiste esencialmente en establecer las relaciones de covariación que se producen entre dos o más variables, tal y como se dan espontáneamente en la población. Esta orientación metodológica resulta apropiada cuando el interés de la investigación se centra en variables del organismo, como en este caso, las características de personalidad, y ha resultado ser una de las estrategias más productivas para investigar la conducta anormal en su vertiente descriptiva y clasificatoria principalmente. Los estudios correlacionales son válidos debido a que minimizan la influencia de variables externas del contexto (no artificialidad), a la fuerza de las variables y a su cualidad heurística. Desde esta perspectiva, un procedimiento ampliamente utilizado para investigar en psicopatología consiste en comparar (**diseños comparativos**) grupos de sujetos que no se asignan aleatoriamente a los valores de la variable independiente, sino que han sido seleccionados por poseer ya un determinado valor en dicha variable (en este caso hace referencia a los distintos grupos, clínicos y no clínicos). La evaluación llevada a cabo en este diseño ha sido **transversal**, es decir, la evaluación se ha realizado de forma transeccional en todos los grupos (Chorot, Pérez-Llantada y Sandín, 1995).

2.3.- Instrumentos

Los instrumentos de evaluación administrados se han dividido en tres categorías diferenciadas:

- a) Entrevistas diagnósticas
- b) Autoinformes para evaluar los aspectos clínicos y
- c) Autoinformes utilizados para evaluar las dimensiones y/o psicopatología de personalidad

Siguiendo esta organización se describen a continuación los instrumentos utilizados en el presente estudio (en los Anexos 2-12 se incluyen una copia de todos los instrumentos utilizados en este estudio):

2.3.1.- Entrevistas diagnósticas y diagnóstico multiaxial

Entrevista estructurada de los trastornos de ansiedad (ADIS-IV; Brown, Di Nardo y Barlow, 1994). Consiste en una entrevista estructurada que permite el diagnóstico de los trastornos de ansiedad siguiendo los criterios del DSM-IV. En esta ocasión, fueron utilizadas las versiones para el Trastorno de pánico y la Agorafobia. La entrevista incluye también secciones para otros trastornos que se pueden dar con cierta frecuencia junto con los trastornos de ansiedad, como son los trastornos del estado de ánimo, el abuso/dependencia de sustancias psicoactivas y algunos trastornos somatomorfos. Las respuestas pueden ir desde “sí” o “no” hasta escalas de 8 puntos. La fiabilidad test-retest encontrada varía, dependiendo de los estudios, desde 0.68 a 1. El ADIS-IV es una entrevista útil para rastrear de manera exhaustiva los síntomas de ansiedad y es sensible a los cambios producidos después del tratamiento. Su empleo se recomienda como medida de evaluación en el tratamiento cognitivo-comportamental de los trastornos de ansiedad (Antony y Swinson, 2000). Con el fin de describir más detalladamente la situación clínica de los pacientes hemos seleccionado del ADIS-IV las variables: grado de malestar, grado de interferencia y número de AP en el último mes.

Entrevista no estructurada para la evaluación de los TPe según criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000).

2.3.2.- Medidas Clínicas

Hoja resumen para el clínico. Es un documento diseñado por el equipo de investigación para facilitar la recogida de datos clínicos al terapeuta. En el documento aparecen seis áreas diferenciadas de recogida de información: (1) Datos socio-demográficos: donde aparecen los campos del nombre del evaluador, nombre y código del paciente, edad, sexo, ocupación, nivel de estudios y estado civil; (2)

Diagnóstico multiaxial DSM-IV: además del diagnóstico multiaxial (5 Ejes diagnósticos) se añade la duración del trastorno en meses (3) Situación clínica del paciente: en este apartado se incluye el momento en el que el paciente se encuentra, es decir, si el paciente está siendo evaluado, está en tratamiento psicológico (número de sesiones) y la descripción del tratamiento farmacológico, en el caso de tenerlo (4) Gravedad percibida por el clínico: escala de 9 puntos cuyas respuestas varían desde “sin síntomas” (0) a “muy grave” (8) y (5) Gravedad percibida por el paciente: escala de 9 puntos cuyas respuestas varían desde “sin síntomas” (0) a “muy grave” (8).

Escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS; Shear et al., 1992). El PDSS es una escala de 7 ítems que debe ser administrada por el clínico. Los ítems se responden con respecto al mes anterior. La escala de puntuación es de 5 puntos, de 0 (ninguna) a 4 (extrema, más de una por día, malestar extremo, preocupación constante, etc.). Las dimensiones que incluye son: frecuencia de ataques de pánico, malestar durante los ataques de pánico, gravedad de la ansiedad anticipatoria, evitación fóbica de situaciones, evitación fóbica de sensaciones, interferencia laboral y finalmente, interferencia social. Para las personas con trastorno de pánico y agorafobia moderada o sin agorafobia, la puntuación media del PDSS es 1.59 (DT= 0.43). Las medias de los ítems individuales son las siguientes: frecuencia de ataques de pánico 1.83 (DT= 0.82); malestar durante los ataques de pánico 2.19 (DT= 0.61); ansiedad anticipatoria 1.94 (DT=0.75); evitación situacional 1.23 (DT=0.65); evitación interoceptiva 1.08 (DT=0.58); interferencia laboral 1.29 (DT=0.98) e interferencia social 1.55 (DT=0.82). En cuanto a las propiedades psicométricas podemos decir que el PDSS ha obtenido una alta fiabilidad con un coeficiente de correlación intraclase de 0.88 y la fiabilidad obtenida en cada uno de los ítems ofrece resultados que van de 0.73 a 0.87. Sin embargo la consistencia interna fue baja, con un alpha de Cronbach de 0.65 (Shear, Brown, Barlow, Money, Sholomskas, Woods, Gorman y Papp, 1997). El PDSS parece ser sensible a los cambios producidos después del tratamiento para el trastorno de pánico (Shear et al., 1997).

Cuestionario de control de la ansiedad (ACQ; Rapee, Craske, Brown y Barlow, 1996; Brown, White, Forsyth y Barlow, 2004). El cuestionario está formado por 15 ítems que describen determinadas creencias relacionadas con la percepción de control sobre la ansiedad. La escala de respuesta es de 6 puntos y va desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La estructura del ACQ está compuesta por tres dimensiones de orden inferior: control emocional, control del miedo y control del estrés y una dimensión más amplia de orden superior sobre percepción de control. El cuestionario ha demostrado tener buena fiabilidad para la escala completa con un α de Crombach de 0.80. El cuestionario fue traducido al castellano por nuestro equipo y retrotraducido por una psicóloga bilingüe. Este cuestionario es una adaptación del cuestionario original de Rapee et al. (1996) que incluía 30 ítems que evaluaban la percepción de control y se distribuían en dos subescalas: eventos (16 ítems) y reacciones (14 ítems). La escala de respuesta era una escala Likert de 6 puntos en la que el participante decidía en qué medida estaba de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. Las puntuaciones reflejan el grado de control que la persona percibe, puntuaciones altas indican mayores niveles de percepción de control. La media obtenida en muestras de pacientes con trastornos de ansiedad fue de 73.8 (DT: 21,2) y la media obtenida en muestras control fue de 95.4 y 96.1 (DT: 19.0 y 18.9) (Rapee et al., 1996). El cuestionario original obtuvo una buena consistencia interna con un rango de 0.80 a 0.87, también obtuvo buena fiabilidad test-retest tanto a la semana ($r= 0.88$) y al mes ($r= 0.82$).

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986). Es un cuestionario que contiene 16 ítems que miden el temor a los síntomas de ansiedad que una persona puede experimentar. Cada ítem puede puntuarse siguiendo una escala de 5 puntos que van de nada en absoluto (0); un poco (1); bastante (2); mucho (3) o muchísimo (4). Las puntuaciones obtenidas pueden ir de 0 a 64 donde las puntuaciones más altas indicarían mayores niveles de sensibilidad a la ansiedad. Existen medias para diferentes trastornos de ansiedad (Rapee, Brown, Antony y Barlow, 1992). Para el trastorno de pánico con agorafobia moderada o sin agorafobia la media es de 36.4 (DT= 10.3); trastorno de pánico con moderada o grave agorafobia, 32.1 (DT= 11.3) y para la fobia social, 21.4 (DT= 12.6). Para las

muestras de población no clínicas la media se sitúa en un 19.1 (DT= 9.11; Peterson y Reiss, 1993). El ASI ha sido validado en población española (Sandín, Chorot y McNally, 1996, 2001), la media para la muestra clínica con trastorno de pánico es de 32.8 (DT= 10.7) y la media en la muestra no clínica es de 18.8 (DT= 9.3) en hombres y de 22.1 (DT= 9.2) para mujeres. La consistencia interna según numerosos estudios es de buena a excelente y el rango varía entre 0.82 y 0.91 (Peterson y Reiss, 1993). Además, la fiabilidad test-retest es satisfactoria con correlaciones que oscilan entre 0.71 y 0.75 (Peterson y Reiss, 1993). El ASI ha mostrado tener una validez de criterio y de constructo satisfactoria (Peterson y Heilbronner, 1987; Peterson y Reiss, 1993; Reiss et al., 1986) y es uno de los cuestionarios más utilizados en investigación sobre el trastorno de pánico y condiciones asociadas. En la actualidad contamos con la versión 3 del ASI (Sandín, Valiente, Chorot, y Santed, 2005; Taylor, et al., 2007) aunque al no incluirse en las evaluaciones de los primeros pacientes utilizamos la versión anterior para no perder muestra.

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Ergbaugh, 1961; Beck, 1978, adaptado para población española por Conde y Franch, 1984). Es el cuestionario más utilizado para medir sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. Los puntos de corte son los siguientes: 0-9 para ausencia de depresión; 10-18 para depresión leve; 19-29 para depresión moderada y mayor o igual a 30 para depresión grave. El cuestionario presenta una consistencia interna de 0.83 y una fiabilidad test-retest de 0.72 para un intervalo de un mes. También ha obtenido buenos resultados con respecto a la validez de contenido, convergente y discriminante lo que le confiere unas buenas propiedades psicométricas como instrumento de evaluación del síndrome depresivo, y constituye un criterio de elección como instrumento de investigación de los modelos de depresión para clasificar a los sujetos como deprimidos o no deprimidos (Sanz y Vázquez, 1998). En

la actualidad contamos con la versión BDI-II para población española (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) aunque al no incluirse en las evaluaciones de los primeros pacientes utilizamos la versión anterior para no perder muestra.

Cuestionario de Miedos (FQ; Marks y Mathews, 1979). Es un autoinforme de 24 ítems diseñado para evaluar cambios en la sintomatología de pacientes con fobias. La escala principal (Escala Fóbica Total) consiste en 15 ítems (ítems 2-16) y contiene 3 subescalas: Agorafobia (ítems: 5, 6, 8, 12 y 15), Sangre/daño y Fobia Social. Para este estudio utilizamos la puntuación obtenida en la subescala de Agorafobia. Las respuestas se obtienen mediante una escala Likert de 9 puntos que va desde: no lo evito (0); lo evito poco (2); decididamente lo evito (4); lo evito de forma evidente (6) y siempre lo evito (8). La media de la escala de Agorafobia en un grupo de pacientes con trastorno de pánico con agorafobia es de 15 (DT= 9.4). El FQ ha demostrado adecuada consistencia interna en muestras clínicas con un rango que varía entre 0.71 y 0.83 para las tres subescalas, la puntuación total sobre fobia y la correspondiente a ansiedad/depresión (Oei, Moyland y Evans, 1991). La escala obtuvo buena fiabilidad test-retest a una semana en el estudio inicial (rs de 0.82 a 0.96) y a largo plazo también (3-16 semanas: correlación de 0.84 a 0.90; Michelson y Mavissakalian, 1983). En cuanto a la validez, las correlaciones entre el FQ y escalas de fobia social y otras medidas de ansiedad social tienden a ser altas con valores entre 0.59 y 0.83 (Davidson et al., 1991; Osman, Gutierrez, Barrios, Kopper y Chiros, 1998; Turner, Beidel y Dancu, 1996). Se han encontrado correlaciones altas entre la subescala de agorafobia del FQ y otras medidas de evitación agorafóbica, oscilando entre 0.44 y 0.71 (Chambless et al., 1985; Cox et al., 1993).

Índice de Calidad de Vida (QL-I; Mezzich et al., 2000). Autoinforme que mediante 10 ítems (9 específicos y uno global) rastrea determinadas dimensiones de la vida de una persona y permite obtener una puntuación media sobre la opinión de la persona sobre su calidad de vida. Las áreas son: bienestar físico, emocional, autocuidado, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo social y comunitario, plenitud personal y espiritual. La escala de respuesta va de 1 (Malo) a 10 (Excelente). La validez discriminante del QL-I se ha documentado a través de las elevadas y significativas diferencias obtenidas entre las medias de dos muestras

representativas de distintos niveles de calidad de vida. Los autores refieren una media de calidad de vida de 5.63 en una muestra clínica y 7.27 (DT= 1.65) en una muestra no clínica (Lorente, Ibañez, Moro y Ruipérez, 2002).

Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983, adaptado por Ruipérez et al., 2001). Inventario de 49 ítems que ofrece información sobre 6 subescalas: Depresión, Ansiedad fóbica, Ideación Paranoide, Obsesión-compulsión, Somatización y Hostilidad. Las respuestas se obtienen mediante una escala de 5 puntos (0-4) de acuerdo a los síntomas que ha manifestado la persona en los últimos 30 días (desde nada a mucho). El BSI ofrece también una puntuación total, el índice de gravedad total. Las distintas escalas ofrecen una alta fiabilidad: alpha de Cronbach de 0.91 en la escala de depresión, 0.79 en ansiedad fóbica, 0.86 en ideación paranoide, 0.87 en obsesión-compulsión, 0.77 en la escala de somatización y 0.70 en hostilidad. En la muestra española no clínica la media para el índice global fue de 25.89 (DT = 20.02) para los hombres y de 33.50 (DT = 25.07) para mujeres. Con respecto a las subescalas: a) depresión, media hombres 6.04 (DT= 6.53) y mujeres 7.68 (DT=6.88); b) ansiedad fóbica, media hombres 1.37 (DT= 2.55) y mujeres 2.47 (DT=3.55); c) ideación paranoide, media hombres 6.98 (DT=6.16) y mujeres 7.82 (DT=6.52); d) obsesión-compulsión, media hombres 6.56 (6.00) y mujeres 7.83 (6.52); e) somatización, media hombres 3.79 (DT=3.64) y mujeres 5.32 (DT=4.02); f) hostilidad, media hombres 2.77 (DT=2.89) y mujeres 2.71 (DT=3.04).

2.3.3.- Evaluación de la personalidad

Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992, validado en población española por Cordero, Pamos y Seisdedos, TEA Ediciones a partir de una versión modificada del inventario traducido por Avia, 1999, 2002). Describiremos brevemente el inventario dado que en el Marco Teórico, en el apartado de evaluación de los trastornos de personalidad, hemos descrito con mayor detalle este instrumento. El NEO-PI-R es un inventario que evalúa la personalidad desde un enfoque dimensional mediante 240 ítems. La persona responde al inventario mediante una escala de 5 puntos que va desde 1 (en total desacuerdo) a

5 (totalmente de acuerdo). El NEO-PI-R ofrece un perfil de la personalidad basado en las 5 dimensiones o factores básicos y sus respectivas facetas. Los factores que describe el inventario NEO-PI-R son:

Neuroticismo, las personas que puntúan alto son proclives al malestar psicológico. Implica ideas poco realistas, necesidades excesivas o dificultad para tolerar la frustración causada por no satisfacer las propias necesidades, y respuestas de afrontamiento desadaptativas. Las facetas del Neuroticismo son: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad.

Extraversión, las personas que puntúan alto tienden a ser sociales, activas, habladoras, optimistas, amantes de la diversión y afectuosas. Las facetas que incluye la Extraversión son: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.

Apertura, las personas que puntúan alto en este factor son curiosas, imaginativas y dispuestas a estudiar nuevas ideas y valores no convencionales, experimentan toda la gama de emociones más vívidamente que las personas cerradas. Las facetas que incluye la Apertura son: fantasía, estética, valores, sentimientos, acciones e ideas).

Amabilidad, los que puntúan alto tienden a ser bondadosos, compasivos, afables, confiados, serviciales, atentos, misericordiosos y altruistas. Ilusionados por ayudar a los demás, tienden a ser sensibles y empáticos y creen que a mayoría de la gente quieren comportarse y se comportarán de la misma manera. Las facetas que caracterizan este factor son: confianza, franqueza, altruismo, actitud, modestia y sensibilidad hacia los demás.

Responsabilidad, este factor refleja el grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas. Los que puntúan alto tienden a ser organizados, fiables, trabajadores, autocontrolados, puntuales, escrupulosos, ambiciosos y perseverantes. Las facetas que pertenecen a este factor son: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación.

Además de los factores y sus respectivas facetas, este inventario incluye 3 escalas de validez: aquiescencia, disconformidad y respuestas al azar. Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones típicas y el inventario

proporciona una categorización en 5 rangos en función de esas puntuaciones: menor de 36 correspondería a muy bajo; entre 36 y 45 sería bajo; entre 46 y 55 medio; entre 56 y 65 sería alto y una puntuación mayor de 65 se interpretaría como muy alto. El manual del inventario NEO-PI-R recoge los numerosos estudios que han mostrado evidencia de las buenas propiedades psicométricas de este instrumento. Respecto a la fiabilidad se obtienen coeficientes alpha de entre 0.86 y 0.92; la fiabilidad test-retest también se ha mostrado satisfactoria con índices en las facetas que varían entre 0.69 y 0.92 y entre 0.86 y 0.91 en los factores. El NEO-PI-R presenta una buena validez de constructo, convergente y discriminante. A continuación detallaremos únicamente los datos sobre propiedades psicométricas en población española de los principales factores. Respecto a la fiabilidad se obtienen altos índices de consistencia interna en Neuroticismo (0.90), Extraversión (0.84), Apertura (0.82), Amabilidad (0.83) y Responsabilidad (0.88). Respecto a la validez de constructo la estructura del inventario fue muy similar a la original.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007, adaptado y baremado en población española por Cardenal y Sánchez, TEA Ediciones, 2007). Nuestro grupo de investigación participó en la validación en población española de este inventario de personalidad. El MCMI-III se ha construido para ajustarse a la nosología oficial del DSM-IV (APA, 2000). Una característica importante del MCMI es el uso de datos de prevalencia en lugar de transformaciones a puntuaciones típicas normalizadas, es decir, el MCMI intenta diagnosticar los porcentajes de los pacientes que realmente presentan trastornos en los ámbitos diagnósticos lo que facilita una base para seleccionar los puntos de corte óptimos de diagnóstico diferencial y garantiza que la frecuencia de los diagnósticos generados por el inventario será comparable con las tasas representativas de prevalencia clínica. Las puntuaciones de prevalencia iguales a 75 y 85 son consideradas puntos de corte. En las 14 escalas de trastornos de personalidad una prevalencia igual a 75 indica la presencia del rasgo mientras que una prevalencia igual a 85 indica la presencia de un trastorno. El MCMI-III está compuesto por 175 ítems. Para cada una de las afirmaciones la persona decide si son o no aplicables a su manera de funcionamiento habitual (verdadero o falso). El MCMI-III ofrece un perfil según 14

escalas (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo, Compulsivo, Negativista, Autodestructivo, Esquizotípico, Límite y Paranoide). Además de valorar la personalidad, el MCMI-III incluye el conjunto de síndromes clínicos moderadamente graves (Trastorno de ansiedad, Somatomorfo, Bipolar, Distímico, Dependencia del alcohol, Dependencia de sustancias y Trastorno de estrés postraumático) y graves (Trastorno del pensamiento, Depresión mayor o Trastorno delirante). Finalmente, el MCMI-III incluye 4 índices modificadores: Sinceridad, Deseabilidad social, Devaluación y Validez. El MCMI-III ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas. Respecto a la fiabilidad el inventario presenta buena consistencia interna con coeficientes alpha que varían entre 0.65 y 0.88 en la muestra española. En cuanto a los índices de fiabilidad test-retest presentan valores entre 0.82 y 0.96, siendo la mediana del coeficiente de estabilidad 0.91. Con respecto a la validez se obtienen puntuaciones satisfactorias tanto en validez criterial, empleando jueces diagnósticos experimentados, como en validez concurrente (por Ejemplo, buenas correlaciones con el MMPI-II).

2.4.- Procedimiento

Todos los pacientes del grupo clínico, en el momento de recoger los datos para el estudio, se encontraban en el proceso de evaluación o no habían empezado el tratamiento. Con respecto al grupo control los participantes se obtuvieron entre los estudiantes de la Universitat Jaume I de Castellón y entre trabajadores de empresas del sector cerámico. Los participantes del grupo control se equipararon en sexo y edad a los participantes del grupo clínico. Los participantes del grupo subclínico se obtuvieron de estas mismas fuentes y de aquellas personas que acudían al SAP y se determinaba que no cumplían criterios diagnósticos de ningún trastorno mental. En la Tabla 16 aparece detallada la procedencia y porcentajes por grupos y para el total.

Tabla 16. Descripción de los centros de procedencia de la muestra de participantes por cada grupo y su contribución al total.

Centro de Procedencia	TP N= 52	Control N= 55	Subclínico N= 45	TOTAL N=152
SAP	40 (76.9%)	0	5 (11.1%)	45 (29.6%)
Consulta Privada	11 (21.2%)	0	0	11 (7.2%)
Universidad	0	12 (21.8%)	17 (37.8%)	29 (19.1%)
Otros (empresas)	1 (1.9%)	43 (78.2%)	23 (51.1%)	67 (44.1%)

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia

Las personas que acudían al SAP y cumplían criterios diagnósticos de TP, eran informadas del estudio y se les pedía su consentimiento y participación en el mismo. Los centros clínicos privados que han colaborado, añadieron en sus protocolos de evaluación los instrumentos utilizados en esta investigación y, previa información y consentimiento firmado por parte de los pacientes, administraron las entrevistas y cuestionarios correspondientes. Los estudiantes universitarios fueron informados en las clases de distintos profesores del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universitat Jaume I, y tras la petición de colaboración y la firma del consentimiento, se les facilitó el protocolo de evaluación. Un número importante de participantes de los grupos control y subclínico se obtuvieron del pase de cuestionarios a trabajadores de distintas empresas del sector cerámico que accedieron a colaborar en la investigación. El procedimiento seguido era el mismo que en el grupo control, se les informaba del estudio y se pedía su colaboración y consentimiento.

Para pertenecer al grupo control se requería no estar en tratamiento psicológico ni psiquiátrico y no tener historia de trastornos psicológicos. En la Tabla 17 podemos observar que las puntuaciones obtenidas por los participantes en el grupo control son inferiores a las proporcionadas por los datos normativos de los instrumentos ASI y BSI para población no clínica por lo que, la asignación de estos participantes al grupo control fue acertada.

Tabla 17. Puntuaciones del ASI y BSI en el grupo control y datos normativos para población no clínica.

Instrumentos	Grupo Control	Datos Normativos
	M (DT)	M (DT)
ASI	10,49 (4,47)	19,1 (9,11)
BSI	Hombres y Mujeres	Hombres y Mujeres
Depresión	3,38 (4,42) y 5,47 (4,87)	6,04 (6,53) y 7,68 (6,88)
Ansiedad fóbica	0,61 (1,77) y 0,73 (1,28)	1,37 (2,55) y 2,47 (3,55)
Ideación paranoide	2,67 (2,19) y 4,20 (3,89)	6,98 (6,16) y 7,82 (6,52)
Obsesión-compulsión	3,62 (3,17) y 5,35 (4,44)	6,56 (6,00) y 7,83 (6,52)
Somatización	2,81 (2,40) y 2,73 (2,45)	3,79 (3,64) y 5,32 (4,02)
Hostilidad	0,57 (0,87) y 1,17 (1,96)	2,77 (2,89) y 2,71 (3,04)

M: Media; DT: Desviación típica; ASI: Índice de sensibilidad a la ansiedad; BSI: Inventario breve de síntomas.

Los criterios que se utilizaron para la asignación de los participantes al grupo subclínico fueron: 1) No recibir tratamiento psicológico ni farmacológico en el momento de la evaluación ni tener historia de otros trastornos psicológicos del Eje I y 2) dado que el ASI no ofrece punto de corte, utilizamos el rango ofrecido por Peterson y Reiss (1992) para población no clínica, entre 14, 2 y 22,5 para establecer el punto de corte en 23. Los participantes que obtienen puntuación mayor de 23 y menor a la media para el grupo clínico (32.8) eran asignados al grupo subclínico (N=45). El rango de puntuaciones en este grupo osciló entre 23 y 30, la media y desviación típica obtenida fue de 25,47 y 2,11.

2.5.- Análisis estadísticos

Para analizar los datos obtenidos y poner a prueba las hipótesis planteadas, se utilizó estadística paramétrica mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 13.0 (SPSS 13.0, SPSS Inc, Chicago, IL). Concretamente, para la comparación de medias teniendo en cuenta el sexo y edad de inicio del trastorno en el grupo con TPA (objetivo 4), se llevó a cabo la prueba t de Student para muestras independientes y se consideraron los valores a partir de $p < 0.05$ como criterio para establecer las diferencias estadísticamente significativas. Se

utilizaron análisis de varianza (ANOVA) para realizar las comparaciones entre el grupo TPA y el resto de grupos del estudio (control y subclínico). La prueba *post hoc* seleccionada fue la prueba de Tukey y se utilizó una $p < 0.05$ para determinar la significación estadística. Con el fin de explorar la correlación entre las variables de personalidad y las variables clínicas del TPA se utilizó la correlación de Pearson. Para la identificación de predictores de personalidad con respecto a las medidas clínicas relevantes en el pánico se utilizó el análisis de regresión lineal con el método *stepwise*. Las variables dependientes fueron cada una de las medidas clínicas de pánico y las independientes, los factores y facetas de personalidad seleccionadas del NEO-PI-R y los TPe seleccionados del MCMI-III.

II- 3.- RESULTADOS

OBJETIVO 1: Descripción Clínica del grupo con TPA

Se realizó un diagnóstico multiaxial siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 2000) apoyado por la utilización de una entrevista diagnóstica, el ADIS-IV (Brown, Di Nardo y Barlow, 1994) (Tabla 18). De los 52 participantes del grupo clínico, 43 fueron diagnosticados de trastorno de pánico con agorafobia (TPA) en el Eje I, 8 pacientes sufrían trastorno de pánico sin agorafobia y sólo 1 Agorafobia sin historia de pánico, por lo que nos referiremos a la muestra clínica como una muestra de TPA. Respecto a la comorbilidad en Eje I la mayoría presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y un porcentaje menor presentaba comorbilidad con trastornos del estado de ánimo. Los clínicos valoraron que un porcentaje del 17,3% presentaba comorbilidad en el Eje II. En este Eje, los trastornos más habituales fueron los del cluster C (9.5%) y los rasgos de personalidad más frecuentes que se identificaron en los pacientes también correspondían al cluster C (59.6%). La inmensa mayoría no presentaban enfermedades médicas relevantes. Un 32.7% de los pacientes manifestaba como fuente principal de estrés el grupo primario de apoyo.

Tabla 18. Descripción del diagnóstico multiaxial realizado por los clínicos.

Diagnóstico Multiaxial	N (%)	Diagnóstico Multiaxial	N (%)
Diagnóstico Eje I		Rasgos Eje II	
TPA	43 (82.69)	Paranoide	5 (9.6)
TP	8 (15.38)	Histriónico	6 (11.5)
AG	1 (1.92)	Narcisista	2 (3.8)
		Evitativo	5 (9.6)
		Dependiente	5 (9.6)
		Obsesivo-compulsivo	21 (40.4)
		Ningún rasgo	8 (15.4)
Comorbilidad Eje I		Eje III	
Trastornos de ansiedad	15 (28.8)	Sin enfermedad médica	46 (88.5)
Estado de ánimo	6 (11.5)	Con enfermedad médica	6 (11.5)
Sin comorbilidad	31 (59.6)		
Diagnósticos Eje II		Eje IV	
Cluster A	1 (1.9)	Grupo primario	17 (32.7)
Paranoide	1 (1.9)	Laborales	13 (25.0)
Cluster B	2 (3.8)	Vivienda	1 (1.9)
Histriónico	2 (3.8)	Enseñanza	4 (7.7)
Cluster C	5 (9.5)	Sin estresores	17 (32.7)
Evitativo	2 (3.8)		
Dependiente	1 (1.9)		
Obsesivo-compulsivo	2 (3.8)		
No especificado	1 (1.9)		
Sin diagnóstico	43 (82.7)		

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia; TP: Trastorno de pánico; AG: Agorafobia.

En la Tabla 19 se describen las características clínicas relevantes de la muestra con TPA. A través de la escala de evaluación de la actividad global del Eje V se estimó una gravedad media moderada de los participantes. Este dato es compatible con la valoración de la gravedad por parte del terapeuta. Sin embargo, los pacientes valoraban su problema como IV grave. La duración media del trastorno era de unos cinco años. El 53.8% de los participantes del grupo clínico había recibido tratamiento psicológico con anterioridad y el 63.5% de la muestra estaba recibiendo tratamiento farmacológico, bien con ansiolíticos (28.8%), antidepresivos (3.8%) o ambos (30.8%).

A continuación se presentan algunos de los resultados obtenidos por nuestra muestra comparados con los ofrecidos por los autores de los instrumentos utilizados.

Comenzando por el ASI podemos decir que la media obtenida por la muestra clínica (30.67) se acerca mucho a la ofrecida por los autores originales del instrumento para pacientes con TPA de moderada a grave, 32.1 (DT= 11.3) y también a la obtenida por la validación en población española que se sitúa en un 32.8 (DT= 10.7) (Sandín, Chorot y McNally, 1996, 2001).

La media obtenida en el ACQ por nuestra muestra con TPA (33.65) indica una baja percepción de control de la ansiedad si las comparamos con las medias para personas con trastornos de ansiedad que ofrecen los autores del instrumento.

La media obtenida en el BDI (14.00) nos indica que la muestra de pacientes con TPA no tiene sintomatología depresiva con valor clínico. En cuanto a la subescala de agorafobia del FQ, la media de la muestra clínica de este estudio es de 16.11 (10.78), esta puntuación es ligeramente superior a la ofrecida por los autores del cuestionario los cuales informan de una media para la subescala de Agorafobia en un grupo de pacientes con TPA de 15 (DT= 9.4).

Por último, el cuestionario BSI ofrece medias y desviaciones típicas para hombres y mujeres en todas las subescalas únicamente en población general (Tabla 17). Se puede observar como el grupo TPA obtiene puntuaciones elevadas en todas las escalas comparadas con las ofrecidas por los autores del BSI salvo en las escalas ideación paranoide en mujeres que obtienen un 8.69 (5.05) mientras que en población general es de 7.82 (6.52) y en la escala de hostilidad donde los hombres de la muestra clínica presentan una media de 2.61 (3.20) y las mujeres de 3.15 (3.47) mientras que en población general presentan 2.77 (2.89) para hombres y 2.71 (3.04) para mujeres. Por último, La media ofrecida por los autores del Cuestionario de Calidad de Vida (QL-I) para una muestra clínica es de 5.63 y la obtenida por nuestra muestra es de 5.71.

Tabla 19. Resultados obtenidos en las medidas clínicas utilizadas en el grupo clínico con TPA.

Medidas Clínicas	Medias (DT)	Medidas Clínicas	Medias (DT)
Trastornos Eje I (nº)	1.42 (0.60)	ADIS-IV	
		Ataques de pánico	2.82 (3.12)
Trastornos Eje II (nº)	0.17 (0.38)	ACQ	33.65 (10.69)
Eje IV (nº estresores)	0.92 (0.38)	ASI	30.67 (11.05)
Eje V (EEAG)	54.17 (9.83)	BDI	14.00 (9.17)
Duración del trastorno (meses)	61.73 (59.83)	FQ (Agorafobia)	16.11 (10.78)
Duración tratato. farmacológico (meses)	24.84 (45.09)	QL-I	5.71 (1.29)
Gravedad		ADIS-IV	
Valorada por el clínico (0-8)	5.15 (1.27)	Interferencia	5.88 (1.69)
Valorada por el paciente (0-8)	7.15 (1.77)	Malestar	6.83 (1.57)
PDSS		BSI	
Frecuencia AP	1.28 (0.82)	Depresión	10.55 (6.88)
Malestar	2.19 (1.25)	Ansiedad Fóbica	10.57 (6.26)
Ansiedad Anticipatoria	1.88 (0.92)	Ideación Paranoide	7.13 (5.08)
Evitación Situacional	2.25 (1.08)	Obsesión- compulsión	12.19 (6.46)
Evitación Interoceptiva	1.69 (1.11)	Somatización	10.01 (5.48)
Interferencia Laboral	1.80 (1.02)	Hostilidad	2.88 (3.31)
Interferencia Social	2.00 (0.84)		

DT: Desviación típica; Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales; Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG); AP: Ataques de Pánico.

Con respecto al PDSS en la Tabla 20 se observa los resultados comparativos entre la muestra con TPA y los resultados normativos que ofrecen los autores del instrumento (Shear, et al., 1992) para las personas con TP y AG moderada. Las puntuaciones obtenidas por la muestra del presente estudio son similares o incluso en algunos casos superan las puntuaciones obtenidas por las muestras clínicas de referencia en el PDSS en todas las escalas salvo en la frecuencia de AP que es inferior. Este hecho puede deberse a que en la muestra del presente estudio las puntuaciones en evitación situacional son más elevadas.

Tabla 20. Medias y desviaciones típicas del grupo con TPA y de los datos normativos ofrecidos por el PDSS.

	Datos normativos PDSS M (DT)	Grupo TPA M (DT)
PDSS		
<i>Ataques de pánico</i>	1.83 (0.82)	1.28 (0.82)
<i>Malestar</i>	2.19 (0.61)	2.19 (1.25)
<i>Ansiedad anticipatoria</i>	1.94 (0.75)	1.88 (0.92)
<i>Evitación situacional</i>	1.23 (0.65)	2.25 (1.08)
<i>Evitación interoceptiva</i>	1.08 (0.58)	1.69 (1.11)
<i>Interferencia laboral</i>	1.29 (0.98)	1.80 (1.02)
<i>Interferencia social</i>	1.55 (0.82)	2.00 (0.84)

M: Media; DT: Desviación típica; TPA: Trastorno de Pánico con Agorafobia

OBJETIVO 2: Descripción de las características de personalidad mediante el NEOPI-R en el grupo con TPA: Factores y Facetas.

En la Tabla 21 se observa que todas las facetas del factor Neuroticismo obtienen valores altos destacando las puntuaciones de las facetas ansiedad y vulnerabilidad como muy altas. En Extraversión todas las facetas obtienen puntuaciones bajas salvo la búsqueda de emociones que se encuentra en el intervalo medio. En Apertura las puntuaciones son medias en todas las facetas excepto en Acciones que es baja. Estética está por debajo de 46 pero muy cerca (45,93) por lo que podría considerarse una puntuación media. La faceta de modestia es la única que se encuentra dentro del grado medio de puntuaciones, al resto de facetas del factor Amabilidad les corresponde una puntuación baja. Por último, en el factor Responsabilidad, destacamos que la necesidad de logro obtiene una puntuación equivalente a muy baja y el resto obtienen puntuaciones dentro del intervalo de puntuaciones bajas.

Tabla 21. Medias y desviaciones típicas obtenidas con el NEO-PI-R para las dimensiones y las facetas de personalidad en la muestra de TPA.

	Media (DT)		Media (DT)		Media (DT)
NEUROTICISMO	68.32 (10.81)	APERTURA	47.32 (9.74)	RESPONSABILIDAD	36.61 (13.26)
Ansiedad	68.65 (10.82)	Fantasía	55.29 (10.08)	Competencia	40.34 (12.89)
Hostilidad	62.81 (10.88)	Estética	45.93 (10.45)	Orden	44.27 (12.45)
Depresión	64.74 (12.96)	Sentimientos	46.42 (11.47)	Deber	41.64 (12.51)
Ansiedad Social	60.06 (10.30)	Acciones	41.67 (10.09)	Logro	34.91 (14.51)
Impulsividad	58.85 (9.38)	Ideas	47.27 (11.05)	Autodisciplina	36.91 (13.80)
Vulnerabilidad	70.45 (14.49)	Valores	51.59 (11.66)	Deliberación	40.83 (11.82)
EXTRAVERSIÓN	39.64(13.00)	AMABILIDAD	42.81 (8.75)		
Cordialidad	40.70 (12.24)	Confianza	42.81 (12.65)		
Gregarismo	39.93 (10.66)	Franqueza	45.08 (11.5)		
Asertividad	44.06 (12.89)	Altruismo	45.28 (11.82)		
Actividad	45.30 (11.69)	Actitud Conciliadora	42.69 (9.99)		
Búsqu. Emociones	49.50 (11.81)	Modestia	50.53 (9.01)		
Emociones Positivas	39.36 (13.41)	Sensibilidad	44.64 (9.09)		

OBJETIVO 3: Descripción de las características de personalidad mediante el MCMI-III en el grupo con TPA: Prevalencia y porcentajes (Tabla 22)

En cuanto a los rasgos de personalidad patológica encontrados en la muestra de pacientes con TPA (puntuaciones mayores a 75), destacamos que 42 pacientes obtuvieron puntuaciones mayores de 75 en alguno de los rasgos de personalidad que evalúa el MCMI-III. Por orden de mayor a menor los rasgos Evitativos (19.2%), Obsesivo-compulsivos (17.3%), Histriónicos (15.4%) y Dependientes (11.5%) fueron los más frecuentes. Si tenemos en cuenta las valoraciones de los clínicos respecto a rasgos de personalidad patológicos encontramos los siguientes resultados: Obsesivo-compulsivo (40.4%), Histriónico (11.5%), Evitativo, Dependiente y Paranoide (9.6%). Existe coincidencia en el tipo de trastornos en los que se encuentran rasgos, pero no en el porcentaje. En cuanto a las puntuaciones correspondientes a los síndromes clínicos, el MCMI-III destaca el trastorno de ansiedad con un 69.2% y el trastorno distímico con un 11.5%. De entre los síndromes clínicos graves, el trastorno del pensamiento obtiene en esta muestra un 15.4% cuando tenemos en cuenta el punto de corte 75. En esta muestra también se detectaron 10 pacientes con valores clínicos para un diagnóstico de TPe (punto de corte 85), lo que equivale al 19,2% de la muestra total. La psicopatología de la personalidad que se identifica es la siguiente: el Cluster C sería el más frecuente con un porcentaje de 9.6%, seguido del Cluster B con un 7.7% y el A con un 1.9%. Respecto a TPe específicos aparecen: Histriónico (7.7%), Evitativo (5.8%), Obsesivo-compulsivo (3.8%) y Paranoide (1.9%). En cuanto a los síndromes clínicos destacamos el trastorno de ansiedad con un 48.1% y el trastorno Distímico con un 3.8%. El trastorno del pensamiento obtendría una puntuación de 3.8% al tener en cuenta el punto de corte 85.

Tabla 22. Descripción de las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III por los pacientes del grupo con TPA teniendo en cuenta los puntos de corte 75 y 85.

	% Mayor 75 (N)	% Mayor 85 (N)		% Mayor 75 (N)	% Mayor 85 (N)
	Rasgos	Trastornos		Rasgos	Trastornos
Esquizoide	7.7 (4)	0 (0)	Trastorno Ansiedad	69.2 (36)	48.1 (25)
Evitativa	19.2 (10)	5.8 (3)	Trastorno Somatomorfo	5.8 (3)	0 (0)
Depresivo	5.8 (3)	0 (0)	Trastorno Bipolar	3.8 (2)	0 (0)
Dependiente	11.5 (6)	0 (0)	Trastorno Distímico	11.5 (6)	3.8 (2)
Histriónico	15.4 (8)	7.7 (4)	Dependencia alcohol	1.9 (1)	0 (0)
Narcisista	1.9 (1)	0 (0)	Dependencia sustancias	0 (0)	0 (0)
Antisocial	0 (0)	0 (0)	TEP	3.8 (2)	0 (0)
Agresivo (sádico)	0 (0)	0 (0)	Trastorno Pensamiento	15.4 (8)	3.8 (2)
Compulsivo	17.3 (9)	3.8 (2)	Depresión Mayor	5.8 (3)	3.8 (2)
Negativista	5.8 (3)	0 (0)	Trastorno Delirante	0 (0)	0 (0)
Autodestructivo	3.84 (2)	0 (0)			
Esquizotípico	0 (0)	0 (0)			
Límite	0 (0)	0 (0)			
Paranoide	3.8 (2)	1.9 (1)			

Como podemos observar en la Tabla 23 el porcentaje de pacientes del grupo de TPA con diagnóstico de TPe según el juicio clínico es de un 17,3% (N=9), similar al encontrado por el inventario MCMI-III que bajo un modelo clínico ofrece un porcentaje de diagnóstico de TPe del 19,2% (N=10). Tanto la opinión diagnóstica de los clínicos como la que refleja el MCMI-III coincide en otorgar un porcentaje mayor a los TPe del cluster C (9,5 % y 9,6% respectivamente), seguido del cluster B (3,8% y 7,7%) y finalmente el cluster A (1,9% y 1,9%). Los clínicos diagnosticaron a un paciente con TPe no especificado (1,9%), diagnóstico no aplicable en el inventario MCMI-III. Utilizando el MCMI-III se obtuvieron 2 diagnósticos más de TPe Histriónico y no se diagnosticó a un paciente con TPe Dependiente según el juicio clínico. La coincidencia entre los dos métodos de evaluación y diagnóstico es muy elevada como se puede observar en la Tabla 23.

Tabla 23. Resultados del diagnóstico Eje II por parte de los clínicos y del MCMI-III en la muestra de TPA.

Diagnóstico Clínico		MCMI-III	
Cluster A	N= 1 (1.9%)	Cluster A	N= 1 (1.9%)
Paranoide	N= 1 (1.9%)	Paranoide	N= 1 (1.9%)
Cluster B	N= 2 (3.8%)	Cluster B	N= 4 (7.7%)
Histriónico	N= 2 (3.8%)	Histriónico	N= 4 (7.7%)
Cluster C	N= 5 (9.5%)	Cluster C	N= 5 (9.6%)
Evitativo	N= 2 (3.8%)	Evitativo	N= 3 (5.8%)
Dependiente	N= 1 (1.9%)	Obsesivo-compulsivo	N= 2 (3.8%)
Obsesivo-compulsivo	N= 2 (3.8%)		
No especificado	N= 1 (1.9%)		
Con diagnóstico TPe	N= 9 (17.3%)	Con diagnóstico TPe	N= 10 (19.2%)
Sin diagnóstico TPe	N= 43 (82.7%)	Sin diagnóstico TPe	N= 42 (80.77%)

OBJETIVO 4: Descripción de las características de personalidad y medidas clínicas en el grupo con TPA según las condiciones sexo y edad de inicio del trastorno.**a) Sexo**

En cuanto a la distribución de diagnósticos en el Eje I observamos en la Tabla 24 que no existen importantes diferencias entre varones (N=26) y mujeres (N=26). Las mujeres obtienen un mayor porcentaje de comorbilidad en el Eje I con otros trastornos de ansiedad (34.6%) comparadas con los varones (23.1%); y estos, obtienen mayores porcentajes que las mujeres en comorbilidad con trastornos del estado de ánimo (15.4%). En el Eje II, el grupo formado por los varones obtiene un único caso de Cluster A, concretamente Trastorno Paranoide, mientras que en el grupo de mujeres el único diagnóstico presentado es el de TPe Histriónico (2 casos) en el Cluster B. Es en el Cluster C donde los varones obtienen un 19.2%, destacando el Trastorno Evitativo y el Trastorno Obsesivo-compulsivo como los más diagnosticados (7,7% en ambos casos). Llama la atención el porcentaje tan elevado de ausencia de diagnósticos Eje II en el grupo de mujeres (92.3%). Si observamos el apartado de rasgos Eje II, los varones obtienen los mayores porcentajes en TPe Obsesivo-compulsivo (50.0%) y Trastorno Dependiente (15.4%) mientras que las mujeres obtienen un 30.8% en TPe Obsesivo-compulsivo y un 19.2% en Trastorno Histriónico. A pesar de no haber ningún diagnóstico en el Cluster A en el grupo de mujeres, los clínicos sí observaron rasgos del Cluster A en este subgrupo, concretamente en un 15,4%. No existen diferencias importantes en Eje III y en Eje IV destacando la mayor fuente de estresores en el grupo de varones del sector laboral (26.9%), mientras que en el caso de las mujeres obtiene el mayor porcentaje el grupo primario de apoyo (38.5%). En esta muestra con TPA tanto varones como mujeres obtienen porcentajes similares en la variable farmacoterapia, 61.5% para mujeres y 65.4% para varones. Por último, tanto varones como mujeres obtienen los mismos porcentajes en la variable tratamientos psicológicos previos (53.8%).

Tabla 24. Diferencias encontradas en el diagnóstico multiaxial en función del sexo de los pacientes del grupo con TPA.

	Varones	Mujeres		Varones	Mujeres
Diagnóstico Eje I			Rasgos Eje II		
TPA	23 (88.5%)	20 (76.9%)	Paranoide	1 (3.8%)	4 (15.4%)
TP	3 (11.5%)	5 (19.2%)	Histriónico	1 (3.8%)	5 (19.2%)
AG	0	1 (3.8%)	Narcisista	2 (7.7%)	
			Evitativo	2 (7.7%)	3 (11.5%)
			Dependiente	4 (15.4%)	1 (3.8%)
			Obsesivo-compulsivo	13 (50.0%)	8 (30.8%)
			Sin diagnóstico	3 (11.5%)	5 (19.2%)
Comorbilidad Eje I			Eje III		
Trast. de ansiedad	6 (23.1%)	9 (34.6%)	Sin enfermedad	22 (84.6%)	24 (92.3%)
Estado de ánimo	4 (15.4%)	2 (7.7%)	Con enfermedad	4 (15.4%)	2 (7.7%)
Sin comorbilidad	16 (61.55)	15 (57.7%)			
Diagnósticos Eje II			Eje IV		
Cluster A	1 (3.8%)		Grupo primario	7 (26.9%)	10 (38.5%)
Paranoide	1 (3.8%)		Laborales	7 (26.9%)	6 (23.1%)
Cluster B		2 (7.7%)	Vivienda	1 (3.8%)	
Histriónico		2 (7.7%)	Enseñanza	3 (11.5%)	1 (3.8%)
Cluster C	5 (19.2%)		Sin estresores	8 (30.8%)	9 (34.65)
Evitativo	2 (7.7%)				
Dependiente	1 (3.8%)				
Obsesivo- comp	2 (7.7%)				
No especificado	1 (3.8%)				
Sin diagnóstico	19 (73.2%)	24 (92.3%)			
Farmacoterapia			Trat. Psicológicos previos		
Ansiolíticos	6 (23.1%)	9 (34.6%)	Con tratamientos	14 (53.8%)	14 (53.8%)
Antidepresivos		2 (7.7%)	Sin tratamientos	12 (46.2%)	12 (46.2%)
Ambos	11 (42.3%)	5 (19.2%)			
Sin medicación	9 (34.6%)	10 (38.5%)			

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia; TP: Trastorno de pánico; AG: Agorafobia.

En resumen, los resultados indican que el grupo de mujeres con TPA se diferencia del de varones en el mayor porcentaje de comorbilidad Eje I con trastornos de ansiedad, mayor porcentaje de diagnóstico e identificación de rasgos de personalidad en Cluster B y mayor porcentaje de estresores de grupo primario de apoyo. En el caso de los varones, se registraron mayores porcentajes en comorbilidad con estado de ánimo (15.4%), mayores porcentajes de diagnóstico y

rasgos de personalidad en Cluster A (TPe Paranoide) y C (TPe Evitativo, Obsesivo-compulsivo y Dependiente).

En cuanto a las diferencias encontradas en el NEO-PI-R entre varones y mujeres (Ver Tabla 25), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las facetas Franqueza y Actitud Conciliadora ambas del factor Amabilidad. La faceta franqueza es mayor en el grupo de mujeres y la Actitud Conciliadora en el grupo de hombres.

Como podemos observar en la Tabla 26, la única diferencia estadísticamente significativa encontrada entre varones y mujeres en el MCMI-III es la que se refiere al patrón de personalidad Paranoide, siendo las mujeres las que obtienen una media mayor. Como hemos mencionado anteriormente (Tabla 27), los clínicos no diagnosticaron en Eje II ningún Trastorno Paranoide en el grupo de mujeres pero, sin embargo, sí identificaron rasgos de personalidad Paranoide en el grupo de mujeres con un porcentaje superior al de hombres (15.4% frente al 3.8%).

Las diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres con respecto a medidas clínicas (Tabla 27) muestran que los varones obtienen mayores puntuaciones en frecuencia de AP e interferencia laboral (PDSS) y también mayores puntuaciones en el cuestionario de control de la ansiedad (ACQ). Los resultados obtenidos en el ACQ deben ser tratados con cautela dado el bajo tamaño del efecto encontrado ($d=0,25$). Las mujeres obtienen mayores puntuaciones con significación estadística en la escala de depresión y de ideación paranoide del BSI.

Recordamos la existencia de distintas hipótesis que explican las diferencias encontradas en función del sexo como por Ejemplo las fluctuaciones en los niveles de estrógenos y progesterona (Piggot, 1999, Yonkers, 1994); factores genéticos (Deckert, et al., 1999, Fehr et al., 2000); factores culturales (Stewart, Taylor y Baker, 1997) y diferencias en rasgos hereditarios de personalidad como la sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad rasgo, los factores neuroticismo e introversión y la dimensión de inhibición conductual (Smoller y Tsuang, 1998).

Tabla 25. Medias, desviaciones típicas, prueba t y nivel de significación en los factores y facetas del NEO-PI-R según sexo.

Varones

Mujeres

	Media	DT	Media	DT	t	p	d
Neuroticismo	65,98	12,32	70,65	8,69	1,583	0,120	
Ansiedad	67,24	11,75	70,07	9,84	0,943	0,350	
Hostilidad	60,45	11,33	65,17	10,09	1,586	0,119	
Depresión	62,34	14,52	67,14	10,96	1,346	0,184	
Ansiedad social	58,67	11,28	61,46	9,23	0,977	0,333	
Impulsividad	56,32	7,76	61,37	10,30	1,994	0,052	
Vulnerabilidad	69,84	17,22	71,05	11,45	0,301	0,765	
Extraversión	41,91	11,27	37,36	14,40	-1,270	0,210	
Cordialidad	41,80	9,92	39,60	14,32	-0,643	0,523	
Gregarismo	42,71	7,90	37,16	12,39	-1,928	0,060	
Asertividad	44,36	13,98	43,76	11,99	-0,167	0,868	
Actividad	47,31	11,97	43,28	11,28	-1,247	0,218	
Bús. Emociones	50,72	11,77	48,28	11,96	-0,743	0,461	
Emociones (+)	40,95	13,52	37,77	13,39	-0,853	0,398	
Apertura	45,53	10,03	49,11	9,29	1,334	0,188	
Fantasía	54,81	10,43	55,78	9,90	0,343	0,733	
Estética	43,68	9,83	48,18	10,76	1,575	0,121	
Valores	49,92	9,63	53,26	13,37	1,032	0,307	
Sentimientos	43,80	9,63	49,05	9,63	1,680	0,099	
Acciones	42,74	11,94	40,60	7,94	-0,759	0,452	
Ideas	45,49	10,86	49,06	11,17	1,167	0,249	
Amabilidad	43,18	7,31	42,44	10,13	-0,301	0,765	
Confianza	45,39	10,94	40,23	13,90	-1,488	0,143	
Franqueza	41,81	12,26	48,36	10,23	2,089	0,042	0,58
Altruismo	44,93	11,96	45,64	11,91	0,213	0,832	
Actitud Conciliadora	45,43	9,39	39,95	10,00	-2,036	0,047	0,56
Modestia	50,09	9,34	50,97	8,84	0,351	0,727	
Sensibilidad	44,26	6,73	45,03	11,09	0,302	0,764	
Responsabilidad	36,78	12,92	36,44	13,85	-0,092	0,927	
Competencia	40,02	14,57	40,65	11,26	0,173	0,863	
Orden	43,38	12,30	45,17	12,79	0,515	0,609	
Sentido Deber	40,68	13,05	42,61	12,13	0,552	0,584	
Nece. Logro	33,01	13,80	36,81	15,22	0,943	0,350	
Autodisciplina	37,31	14,09	36,52	13,78	-0,203	0,840	
Deliberación	43,05	11,34	38,61	12,09	-1,365	0,178	

Tabla 26. Medias, desviaciones típicas, prueba t y nivel de significación en los patrones clínicos de personalidad del inventario MCMI-III según sexo.

	Varones		Mujeres		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Esquizoide	44.30	22.59	43.34	23.02	-0,152	0,880	
Evitativa	51.57	29.70	56.00	21.17	0,618	0,539	
Depresiva	44.42	23.62	49.08	19.25	-0,779	0,440	
Dependiente	52.46	25.76	52.15	18.72	-0,049	0,961	
Histriónica	43.34	24.33	50.53	25.50	1,040	0,303	
Narcisista	51.11	15.87	51.92	15.01	0,188	0,851	
Antisocial	36.88	19.91	44.50	21.05	1,340	0,186	
Agresiva	41.11	18.45	47.46	19.84	1,194	0,238	
Compulsiva	54.53	15.63	61.15	17.20	1,451	0,153	
Negativista	44.26	22.97	48.34	22.69	0,644	0,523	
Autodestructiva	36.00	27.17	41.61	25.08	0,774	0,442	
Esquizotípica	35.69	26.67	43.03	22.18	1,080	0,285	
Límite	37.88	20.92	39.23	20.10	0,237	0,814	
Paranoide	33.03	22.25	47.23	26.42	2.095	0.041	0,58
T. Ansiedad	75.50	23.22	75.38	26.45	-0,017	0,987	
T. Somatomorfo	50.38	24.75	41.30	24.68	-1,324	0,192	
T. Bipolar	42.27	19.93	46.00	22.92	0,626	0,534	
T. Distímico	43.30	30.74	39.69	26.56	-0,454	0,652	
Dep. alcohol	35.00	24.23	43.50	21.17	1,347	0,184	
Dep. sustancias	33.88	23.40	43.80	23.88	1,513	0,137	
TEP	36.26	25.18	45.03	25.07	1,258	0,214	
T. Pensamiento	46.35	28.53	43.03	26.55	-0,433	0,667	
Depre. Mayor	40.96	29.33	35.38	29.81	-0,680	0,500	
T. Delirante	18.88	27.45	28.34	29.84	1,190	0,240	

Tabla 27. Medias, desviaciones típicas, prueba t y nivel de significación en las medidas clínicas entre varones y mujeres.

		Varones		Mujeres				Varones		Mujeres		
Medidas Clínicas		Medias (DT)	Medias (DT)	t	p	d	Medidas Clínicas	Medias (DT)	Medias (DT)	t	p	d
Eje IV (nº estresores)		1.76 (2.15)	1.11 (1.42)	-1,29	0,203		ACQ	35 (12.54)	32.30 (8.50)	2,512	0,015	0,25
Eje V (EEAG)		52.42 (10.02)	55.92 (9.51)	1,29	0,202		ASI	30.50 (12.31)	30.84 (9.89)	0,112	0,911	
Duración del trastorno (meses)		55.23 (50.73)	68.23 (68.13)	0,78	0,439		BDI	13.84 (10.70)	14.15 (7.56)	0,120	0,905	
ADIS-IV: Temor		6,23 (1,75)	5,73 (1,82)	-1.01	0,318		QL-I	17.09 (24.74)	21.08 (24.73)	0,582	0,563	
	Interferencia	5.88 (1.56)	5.88 (1.86)	0,00	1.000							
	Malestar	6.50 (1.77)	7.15 (1.29)	1,52	0,134							
	AP último mes (ADIS-IV)	3.38 (3.69)	2.27 (2.37)	-1,29	0,202		FQ (Agorafobia)	15.15 (11.36)	17.07 (10.30)	0,639	0,526	
PDSS	Frecuencia AP	1.53 (0.85)	1.03 (0.72)	-2,27	0,027	0,63	BSI					
	Malestar	2.15 (1.29)	2.23 (1.24)	0,19	0,827		Depresión	8.35 (6.70)	12.76 (6.44)	2.43	0,019	0,67
	Ansiedad Anticipatoria	1.96 (0.87)	1.80 (0.98)	-0,59	0,552		Ansiedad Fóbica	9.69 (6.03)	11.46 (6.48)	1,019	0,313	
	Evitación Situacional	2.42 (1.24)	2.08 (0.89)	-1,16	0,253		Ideación Paranoide	5.58 (4.72)	8.69 (5.05)	2.29	0,026	0,64
	Evitación Interoceptiva	1.58 (1.30)	1.81 (0.89)	0,74	0,460		Obsesión- compulsión	11.65 (6.94)	12.73 (6.05)	0,596	0,554	
	Interferencia Laboral	2.19 (0.94)	1.42 (0.99)	-2.88	0,006	0,80	Somatización	9.11 (5.20)	10.92 (5.72)	1,192	0,239	
	Interferencia Social	2.00 (0.94)	2.00 (0.97)	0.000	1.000		Hostilidad	2.61 (3.20)	3.15 (3.47)	0,581	0,564	

b) Edad de inicio del problema

Con el objetivo de que los grupos de comparación fueran lo más homogéneos posible se determinó establecer la edad de 25 años como punto de corte. Como se observa en la Tabla 28 el número de pacientes por grupo resultó ser bastante similar, 28 para el grupo de menor o igual a 25 años (inicio temprano) y 24 para los mayores de 25 años (inicio tardío). Durante la evaluación se les preguntaba a los pacientes acerca del inicio de su problema de ansiedad. En ocasiones, los pacientes recordaban perfectamente cuándo habían experimentado su primer AP, en otros casos, cuando los pacientes no recordaban el momento en el que comenzaron a tener problemas de ansiedad, se les animaba a dar una fecha aproximada teniendo en cuenta como referencia acontecimientos vitales cercanos a ese momento.

La diferencia entre la edad del paciente en el momento de acudir a consulta y la que tenía cuando comenzó a tener problemas de ansiedad ha sido la que ha permitido diferenciar entre aquellos pacientes cuyo problema de ansiedad comenzó antes de los 25 años y aquellos cuyo problema comenzó posteriormente a los 25 años.

Como se puede observar en la Tabla 28 se encontró una pequeña diferencia en cuanto a comorbilidad Eje I; el grupo de inicio temprano obtiene un porcentaje superior en trastornos de ansiedad (37.5%) comparado con el de inicio tardío (21.4%). En cuanto a diagnósticos Eje II, el Cluster C es el más diagnosticado en ambos grupos, siendo el mayor porcentaje para el grupo de inicio temprano (10.7% y 8.3% respectivamente). El grupo de inicio temprano obtiene un 7.1% en Cluster B (TPe Histriónico) y el de inicio tardío un 4.2% en Cluster A (TPe Paranoide). Los rasgos de personalidad más frecuentes en el grupo de inicio temprano fueron el Obsesivo-compulsivo (46.4%) seguido del Paranoide e Histriónico (ambos 10.7%). En el grupo de inicio tardío encontramos los rasgos Obsesivo-compulsivos como los más frecuentes también aunque con un porcentaje menor (33.3%), seguido de rasgos Histriónicos, Evitativos y Dependientes (12.5%). El Eje III arroja diferencias en las medias dependiendo del grupo, el grupo de inicio temprano obtiene un porcentaje mayor en ausencia de enfermedad médica comparado con el grupo de inicio tardío (96.4%). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos con respecto al Eje IV siendo los estresores más

habituales, los referidos al grupo primario de apoyo y los laborales. Los pacientes del grupo de inicio tardío obtienen un porcentaje mayor en las variables farmacoterapia (70.8%) y tratamientos psicológicos previos (70.8%) comparados con los del grupo de inicio temprano (57.1% y 39.3% respectivamente).

En resumen podemos decir que los pacientes del grupo de inicio temprano (menor o igual a 25 años), obtienen mayor número de diagnósticos Eje II en Cluster C y sólo en este grupo aparece diagnóstico en Cluster B (Histriónico). Los rasgos Obsesivo-compulsivos, Paranoide e Histriónico son los más frecuentes, tienen menos enfermedades médicas, menor consumo de fármacos y menores índices de tratamientos psicológicos previos. Los pacientes del grupo de inicio tardío (más de 25 años) se diferencian del grupo de inicio temprano en obtener un mayor porcentaje de comorbilidad con trastornos de ansiedad, además del Cluster C es el único que recibe diagnóstico en Cluster A (Paranoide). Se destacan los rasgos Evitativos y Dependientes, además de los Obsesivo-compulsivos e Histriónicos. Existe mayor número de diagnósticos de enfermedades médicas, mayor consumo de fármacos y mayor experiencia terapéutica previa.

Tabla 28. Descripción del diagnóstico multiaxial en función de la edad de inicio del problema de ansiedad.

	≤ 25 años (N= 28)	+ 25 años (N= 24)		≤ 25 años (N= 28)	+ 25 años (N= 24)
Diagnóstico Eje I			Rasgos Eje II		
TPA	22 (78.6%)	21 (87.5%)	Paranoide	3 (10.7%)	2 (8.3%)
TP	5 (17.9%)	3 (12.5%)	Histriónico	3 (10.7%)	3 (12.5%)
AG	1 (3.6%)	0	Narcisista	2 (7.1%)	
			Evitativo	2 (7.1%)	3 (12.5%)
			Dependiente	2 (7.1%)	3 (12.5%)
			Obsesivo-compulsivo	13 (46.4%)	8 (33.3%)
			Sin diagnóstico	3 (10.7%)	5 (20.8%)
Comorbilidad Eje I			Eje III		
Tras. de ansiedad	6 (21.4%)	9 (37.5%)	Sin enfermedad médica	27 (96.4%)	19 (79.2%)
Estado de ánimo	4 (14.3%)	2 (8.3%)	Con enfermedad médica	1 (3.6%)	5 (20.8%)
Sin comorbilidad	18 (64.3%)	13 (54.2%)			
Diagnósticos Eje II			Eje IV		
Cluster A		1 (4.2%)	Grupo primario	9 (32.1%)	8 (33.3%)
Paranoide		1 (4.2%)	Laborales	8 (28.6%)	5 (20.8%)
Cluster B	2 (7.1%)		Vivienda	1 (3.6%)	
Histriónico	2 (7.1%)		Enseñanza	4 (14.3%)	
Cluster C	3 (10.7%)	2 (8.3%)	Sin estresores	6 (21.4%)	11 (45.8%)
Evitación	1 (3.5%)	1 (4.2%)			
Dependiente		1 (4.2%)			
Obsesivo-comp	2 (7.1%)				
No especificado		1 (4.2%)			
Sin diagnóstico	23 (82.1)	20 (83.3%)			
Farmacoterapia			Tratamientos psicológicos		
Ansiolíticos	7 (25.0%)	8 (33.3%)	Con tratamientos	11 (39.3%)	17 (70.8%)
Antidepresivos		2 (8.3%)	Sin tratamientos	17 (60.7%)	7 (29.2%)
Ambos	9 (32.15)	7 (29.2%)			
Sin medicación	12 (42.9%)	7 (29.2%)			

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia; TP: Trastorno de pánico; AG: Agorafobia.

En cuanto a las medidas clínicas (Tabla 29), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas: en el Eje IV (problemas psicosociales y ambientales), con una media mayor en el grupo de inicio temprano; en el Eje V (evaluación de la actividad global), a favor del grupo de inicio tardío y en el número de AP (ADIS-IV) a favor de los pacientes del grupo de inicio temprano.

Tabla 29. Medias, desviaciones típicas, prueba t y grado de significación en las medidas clínicas en función de la edad de inicio del problema

	≤ 25 años					+ 25 años				
Medidas Clínicas	Medias (DT)	Medias (DT)	t	p	d	Medidas Clínicas	Medias (DT)	Medias (DT)	t	p
Eje IV (nº estresares)	2.03 (2.25)	0.75 (0.79)	2.66	0.011	0,76	ACQ	33.42 (11.31)	33.92 (10.17)	-0,16	0,872
Eje V (EEAG)	51.25 (10.09)	57.58 (8.50)	-2.42	0.019	0,68	ASI	31.14 (12.01)	30.12 (10.05)	0,33	0,744
Gravedad Clínico	5.25 (1.35)	5.04 (1.20)	0,58	0,562		Gravedad Paciente	7.28 (1.88)	7 (1.67)	0,57	0,568
ADIS-IV: Temor	6,39 (1,73)	5,50 (1,77)	1,84	0,070		FQ (Agorafobia)	16.89 (11.21)	15.21 (10.43)	0,56	0,580
Interferencia	5.61 (2.04)	6.21 (1.14)	-1,28	0,207						
Malestar	6.93 (1.68)	6.71 (1.46)	0,50	0,618						
Duración del trastorno meses	50.93 (48.89)	74.33 (69.47)	-1,42	0,162		QL-I	5.78 (1.38)	5.63 (1.19)	0,42	0,673
AP último mes (ADIS-IV)	3.68 (3.59)	1.83 (2.16)	2.19	0.033	0,62	BDI	13.36 (9.79)	14.75 (8.55)	-0,54	0,590
PDSS						BSI				
Frecuencia AP	1.35 (0.78)	1.21 (0.88)	0,64	0,522		Depresión	10.07 (7.17)	11.12 (6.63)	-0,55	0,587
Malestar	2.10 (1.31)	2.29 (1.20)	-0,53	0,601		Ansiedad Fóbica	10.32 (5.61)	10.87 (7.06)	0,31	0,754
Ansiedad Anticipatoria	1.71 (1.01)	2.08 (0.77)	-1,45	0,152		Ideación Paranoide	6.78 (5.06)	7.54 (5.19)	0,53	0,598
Evitación Situacional	2.17 (1.02)	2.33 (1.17)	-0,51	0,612		Obsesión- compuls	11.96 (7.25)	12.46 (5.55)	-0,27	0,787
Evitación Interoceptiva	1.46 (1.07)	1.96 (1.12)	-1,62	0,111		Somatización	9.96 (5.69)	10.08 (5.37)	-0,07	0,939
Interferencia Laboral	1.82 (0.98)	1.79 (1.10)	0,10	0,918		Hostilidad	2.57 (2.99)	3.25 (3.70)	-0,73	0,468
Interferencia Social	2.07 (0.94)	1.92 (0.97)	0,58	0,563						

En la Tabla 30 aparecen descritos los factores y facetas del NEO-PI-R en ambas muestras. Sólo han aparecido diferencias estadísticamente significativas en el factor Amabilidad y en la faceta Franqueza, ambas a favor del grupo de inicio tardío. En relación con el MCMI-III, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la edad de inicio del problema en ningún patrón clínico de personalidad ni en los síndromes clínicos (Tabla 31).

Tabla 30 Medias, desviaciones típicas, prueba t y grado de significación en el NEO-PI-R según edad de inicio del problema

	≤ 25 años		+ 25 años		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Neuroticismo	66.46	10.54	70.48	10.95	-1,345	0,185	
Ansiedad	66.30	11.15	71.40	9.95	-1,729	0,090	
Hostilidad	61.66	9.93	64.15	11.99	-0,820	0,416	
Depresión	64.00	11.94	65.60	14.28	-0,442	0,661	
Ansiedad social	58.69	8.76	61.66	11.84	-1,038	0,304	
Impulsividad	58.96	8.74	58.71	10.27	0,096	0,924	
Vulnerabilidad	67.10	13.07	74.35	15.34	-1,839	0,072	
Extraversión	40.31	11.27	38.85	14.99	0,399	0,691	
Cordialidad	40.42	12.55	41.03	12.15	-0,177	0,860	
Gregarismo	40.22	10.59	39.61	10.98	0,203	0,840	
Asertividad	44.85	11.85	43.13	14.22	0,475	0,637	
Actividad	45.11	10.09	45.51	13.54	-0,120	0,905	
Bús. Emociones	50.61	11.95	48.21	11.76	0,729	0,469	
Emociones (+)	40.11	11.73	38.49	15.36	0,430	0,669	
Apertura	47.97	9.49	46.55	10.17	0,521	0,604	
Fantasía	55.41	10.35	55.16	9.97	0,090	0,929	
Estética	45.91	10.66	45.96	10.43	-0,016	0,987	
Valores	52.45	12.02	50.59	11.39	0,570	0,572	
Sentimientos	44.04	12.32	49.21	9.92	-1,648	0,106	
Acciones	43.56	10.44	39.47	9.43	1,473	0,147	
Ideas	48.29	11.35	46.09	10.82	0,712	0,480	
Amabilidad	39.87	7.131	46.24	9.35	-2.78	0.008	0,76
Confianza	41.27	13.50	44.60	11.60	-0,946	0,349	
Franqueza	40.66	9.09	50.25	12.36	-3.21	0.002	0,88
Altruismo	43.48	11.66	47.39	11.90	-1,195	0,238	
Actitud Conciliadora	41.92	9.79	43.59	10.37	-0,596	0,554	
Modestia	48.97	7.74	52.35	10.17	-1,357	0,181	
Sensibilidad	43.54	8.53	45.94	9.73	-0,947	0,348	
Responsabilidad	34.25	13.51	39.35	12.69	-1,395	0,169	
Competencia	40.71	14.10	39.89	11.62	0,226	0,822	
Orden	42.03	12.15	46.89	12.55	-1,416	0,163	
Sentido Deber	39.29	12.29	44.39	12.46	-1,484	0,144	
Nece. Logro	32.95	14.51	37.20	14.50	-1,052	0,298	
Autodisciplina	35.56	14.79	38.50	12.69	-0,762	0,449	
Deliberación	37.89	11.01	44.26	12.04	-1,990	0,052	

Tabla 31. Medias, desviaciones típicas, prueba t y grado de significación del MCMI-III en función de la edad de inicio del problema.

Personalidad	≤ 25 años		+ 25 años		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Esquizoide	44.61	22.36	42.92	23.31	0,267	0,791
Evitativa	52.11	27.69	55.75	23.45	-0,507	0,614
Depresiva	46.21	20.25	47.37	23.23	-0,193	0,848
Dependiente	52.57	22.13	52.00	22.97	0,091	0,928
Histriónica	49.00	20.53	44.54	29.57	0,639	0,526
Narcisista	53.14	14.17	49.62	16.63	0,824	0,414
Antisocial	43.03	18.45	37.96	23.06	0,882	0,382
Agresiva	48.57	14.54	39.29	22.90	1,769	0,083
Compulsiva	55.00	16.15	61.17	16.87	-1,345	0,185
Negativista	47.14	24.00	45.33	21.56	0,284	0,778
Autodestructiva	40.25	26.65	37.12	25.79	0,428	0,671
Esquizotípica	41.18	26.22	37.25	22.88	0,571	0,571
Límite	41.18	20.05	35.50	20.64	1,004	0,320
Paranoide	37.78	23.43	42.87	27.42	-0,722	0,474
Síndromes	Media	DT	Media	DT	t	p
Trastorno de ansiedad	75.57	24.21	75.29	25.67	0,040	0,968
Trastorno somatomorfo	43.75	27.55	48.29	21.72	-0,652	0,517
Trastorno bipolar	45.96	21.88	42.00	20.99	0,664	0,510
Trastorno distímico	42.96	27.50	39.79	30.14	0,397	0,693
Dependencia del alcohol	41.71	23.04	36.37	22.96	0,834	0,408
Dependencia de sustancias	40.21	24.14	37.25	24.12	0,442	0,661
Trastorno de estrés postraumático	38.93	25.23	42.67	25.70	-0,528	0,600
Trastorno del pensamiento	47.57	26.54	41.33	28.44	0,818	0,418
Depresión mayor	39.00	30.36	37.21	28.89	0,217	0,829
Trastorno delirante	21.07	28.09	26.58	29.90	-0,685	0,497

Objetivo 5: Descripción y comparación entre los tres grupos estudiados en las dimensiones y patología de personalidad.

a) Descripción

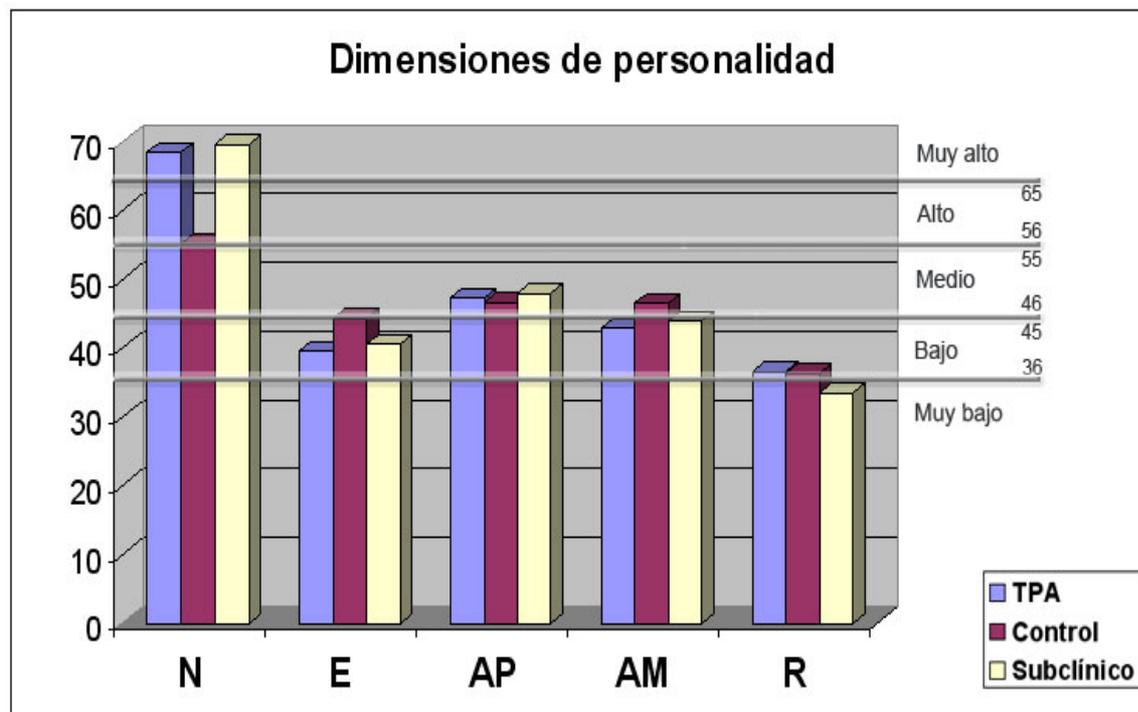
En primer lugar se consideran los factores y facetas del **NEO-PI-R** que han obtenido las medias más elevadas entre los tres grupos estudiados (Tabla 32). El factor Neuroticismo y todas las facetas excepto la faceta de Ansiedad han obtenido las mayores puntuaciones en el grupo subclínico, seguido con poca diferencia del grupo TPA. La media en la faceta Ansiedad ha sido mayor para el grupo TPA. Todas las puntuaciones en el grupo subclínico corresponden a los intervalos “muy altas” (>65) y “altas” (56-65). En cuanto al factor de Extraversión y sus facetas, es el grupo control el que obtiene las puntuaciones más altas. En los tres grupos el factor Extraversión y las facetas Cordialidad y Asertividad obtienen medias dentro del intervalo de puntuaciones “bajas” (36-45), mientras que las facetas Gregarismo, Actividad, Búsqueda de emociones y Emociones positivas obtienen medias dentro del intervalo “medio” (46-55). El factor Apertura obtiene medias muy similares en los tres grupos, que varían entre 46.76 en el grupo control y 47.91 en el grupo subclínico, ambas puntuaciones medias. En las facetas Fantasía e Ideas obtiene mayores puntuaciones el grupo TPA, en Estética el grupo subclínico y en las facetas Valores, Sentimientos y Acciones es el grupo control el que obtiene las medias más elevadas. El grupo control obtiene las máximas puntuaciones en el factor Amabilidad y todas las facetas que lo componen. Todas las medias se sitúan en el intervalo de puntuaciones “medias” (46-55). Por último, el factor Responsabilidad, obtiene la media más alta en el grupo TPA junto con la faceta Deliberación, ambas en el intervalo de puntuaciones “bajas”. El resto de facetas del factor Responsabilidad obtienen las medias más elevadas en el grupo control.

Tabla 32. Medias y desviaciones típicas de las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R en los diferentes grupos del estudio.

	TPA		Control		Subclínico	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Neuroticismo	68.32	10.81	55.11	10.45	69,59	10,25
Ansiedad	68.65	10.82	50.03	17.64	63,06	12,05
Hostilidad	62.81	10.88	56.89	16.05	62,98	10,61
Depresión	64.74	12.96	55.57	18.02	67,86	12,62
An. Social	60.06	10.30	56.89	15.74	66,26	10,21
Impulsividad	58.85	9.38	56.32	16.40	59,46	10,58
Vulnerabilidad	70.45	14.49	59.45	18.02	70,69	12,26
Extraversión	39.64	13.00	44.37	13.46	40,56	14,41
Cordialidad	40.70	12.24	44.17	13.61	39,33	13,99
Gregarismo	39.93	10.66	46.26	15.20	44,82	12,58
Asertividad	44.06	12.89	44.25	16.99	38,87	12,33
Actividad	45.30	11.69	49.54	16.98	44,39	12,98
Bús. Emociones	49.50	11.81	55.68	16.75	54,14	12,36
Emociones (+)	39.36	13.41	48.75	16.30	40,38	14,47
Apertura	47.32	9.74	46.76	11.61	47,91	11,48
Fantasía	55.29	10.08	54.77	12.55	53,91	10,31
Estética	45.93	10.45	46.53	12.44	49,16	10,38
Valores	51.59	11.66	52.23	12.99	48,24	12,50
Sentimientos	46.42	11.47	48.80	13.14	47,29	10,29
Acciones	41.67	10.09	48.98	14.13	45,20	9,67
Ideas	47.27	11.05	46.40	11.80	46,64	12,34
Amabilidad	42.81	8.75	46.584	10.24	43,88	10,88
Confianza	42.81	12.65	6.82	11.95	42,97	12,87
Franqueza	45.08	11.65	52.18	11.71	49,03	9,66
Altruismo	45.28	11.82	48.00	15.56	43,56	11,80
Actitud Concilia	42.69	9.99	47.16	15.24	43,63	11,08
Modestia	50.53	9.01	54.92	13.65	52,14	10,47
Sensibilidad	44.64	9.09	47.03	10.38	42,79	11,14
Responsabilidad	36.61	13.26	36.28	11.62	33,52	9,55
Competencia	40.34	12.89	40.64	16.77	35,86	10,27
Orden	44.27	12.45	45.89	18.78	42,09	9,57
Sentido Deber	41.64	12.51	46.15	13.01	40,48	10,31
Nece. Logro	34.91	14.51	35.05	17.54	33,91	12,67
Autodisciplina	36.91	13.80	39.55	17.61	31,53	13,16
Deliberación	40.83	11.82	40.58	14.40	40,19	11,55

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia.

Figura 7. Resultados obtenidos en las dimensiones de personalidad mediante el NEO-PI-R en los grupos clínico, subclínico y control.



A modo de resumen (Figura 7) se presentan las principales dimensiones de personalidad para cada grupo:

Grupo Control: Neuroticismo, Apertura y Amabilidad en la media, baja Extraversión (aunque muy cerca de la media) y baja Responsabilidad.

Grupo Subclínico: Muy alto Neuroticismo, baja Extraversión y Amabilidad, Apertura en la media y muy baja Responsabilidad.

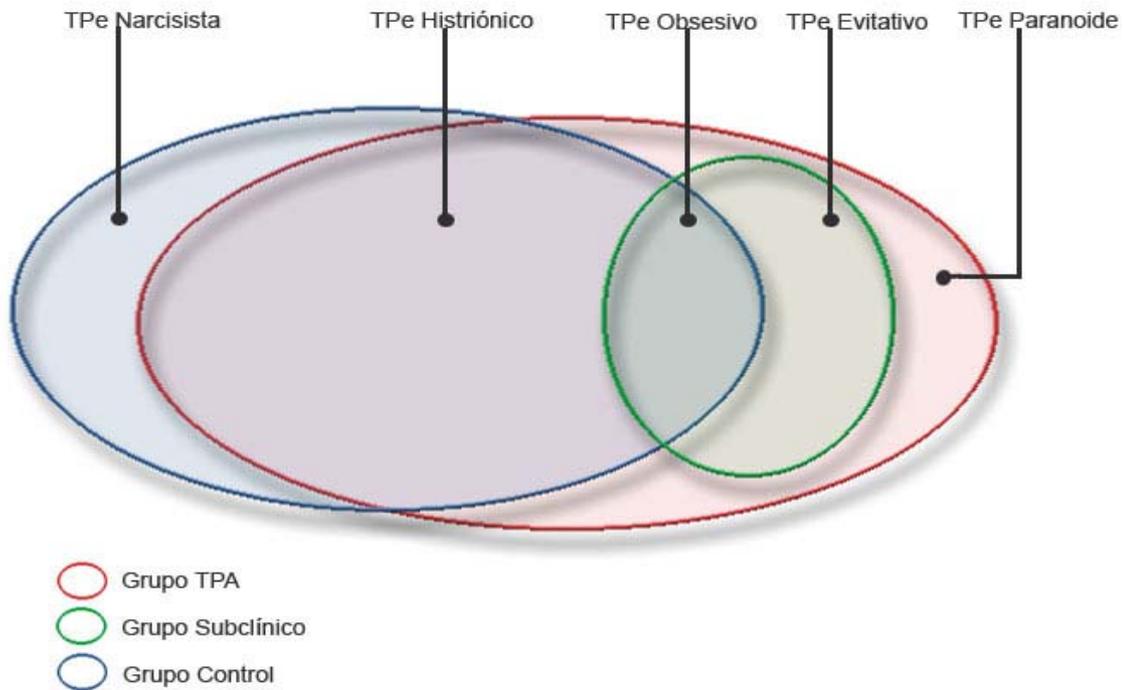
Grupo TPA: Muy alto Neuroticismo, baja Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad y Apertura en la media.

Con respecto a la descripción de los patrones clínicos de personalidad y la patología grave de personalidad utilizando el **MCFI-III** en las muestras control, subclínica y clínica (Tabla 33), podemos observar cómo 44 participantes en el grupo control superan el punto de corte 75 en rasgos patológicos de personalidad alcanzando un porcentaje del 80%. Los rasgos más frecuentes son el Compulsivo, Histriónico, Narcisista y Evitativo. En el grupo subclínico observamos que 40 participantes superan el punto de corte 75 en rasgos patológicos de personalidad

situándose el porcentaje en un 88,89%. Los rasgos más frecuentes en este grupo son el Depresivo, Compulsivo, Evitativo, Dependiente e Histriónico. Por último, los participantes del grupo clínico que han obtenido puntuaciones superiores a 75 en rasgos patológicos de personalidad son 48, el porcentaje alcanza el 92,31%. Los rasgos más frecuentes en el grupo clínico son el Evitativo, Compulsivo, Histriónico y Dependiente. Si tenemos en cuenta los rasgos de personalidad patológica que describe el MCMI-III, un total de 14, el grupo control obtiene un porcentaje de presencia de rasgos de personalidad patológica, superiores al punto de corte 75, del 50%, dado que son 7 los rasgos que se han presentado entre sus participantes. El grupo subclínico obtiene puntuaciones superiores al punto de corte 75 en 9 de los 14 rasgos por lo que alcanza un porcentaje del 64,28%. Finalmente, el grupo TPA, obtiene 10 por lo que el porcentaje alcanza el 71,43%. Estos resultados indican la existencia en el grupo TPA de una mayor variedad de rasgos patológicos de personalidad, seguido del subclínico y el control. Si tenemos en cuenta el número de casos, comprobamos, en primer lugar, el elevado porcentaje obtenido por el grupo control en rasgos patológicos de personalidad (80%) y, en segundo lugar, cómo el grupo subclínico se aproxima mucho al porcentaje obtenido por el grupo TPA (88,89% y 92,31% respectivamente). Si realizamos una descripción más detallada observamos que, existen rasgos patológicos de personalidad que aparecen en los tres grupos del estudio, son los rasgos **Evitativo, Depresivo, Histriónico, Narcisista y Compulsivo**. Además, el grupo clínico y subclínico tienen en común la presencia de los rasgos **Esquizoide, Paranoide y Dependiente**. El grupo TPA es el único que ha obtenido rasgos patológicos de personalidad en **Negativista y Autodestructivo**. El subclínico es el único que ha obtenido rasgos patológicos de personalidad **Límites**. Estos resultados indican que los rasgos de personalidad patológica que caracterizan al grupo TPA de nuestro estudio son los rasgos negativistas y autodestructivos y los que caracterizan al grupo subclínico son los rasgos límite de personalidad. El grupo control ha obtenido rasgos de personalidad patológica **Antisocial y Agresivos**. Como podemos observar, sólo se presenta patología grave de personalidad, en cuanto a rasgos, en los grupos TPA y subclínico.

En cuanto a la patología de personalidad observada en la columna de Trastornos (puntuaciones superiores a 85) de la Tabla 33, llama nuestra atención que el porcentaje total más elevado de casos de TPe se dé en el grupo control (23,64%), seguido del clínico (19,2%) y subclínico (11,11%). Si tenemos en cuenta el número de TPe diferentes, y no el número de participantes que puntúan por encima del punto de corte 85, obtenemos los siguientes resultados: en el grupo control son 3 los TPe que aparecen obteniendo un porcentaje del 21,43%; en el grupo subclínico se presentan 2 TPe por lo que el porcentaje es del 14,28%; y, finalmente, en el grupo TPA aparecen 4 TPe por lo que el porcentaje se sitúa en un 28,57%. Observamos que la mayor diversidad de TPe presentados entre los participantes se da en el grupo TPA seguido del control y el subclínico. Los resultados obtenidos (Figura 8) indican que el **TPe Obsesivo- Compulsivo** se presenta en los tres grupos sujetos a estudio en este trabajo. En los grupos TPA y subclínico, aparece también el **TPe Evitativo**. El grupo control y TPA coinciden en la presencia del **TPe Histriónico**. El único grupo que presenta patología grave de personalidad entre sus participantes es el grupo TPA con un caso de **TPe Paranoide**. Algo que diferencia al grupo control de resto de grupos es la presencia de 2 casos de **TPe Narcisista**.

Figura 8. Distribución de los TPe encontrados en los grupos TPA, subclínico y control según resultados obtenidos en el MCMI-III



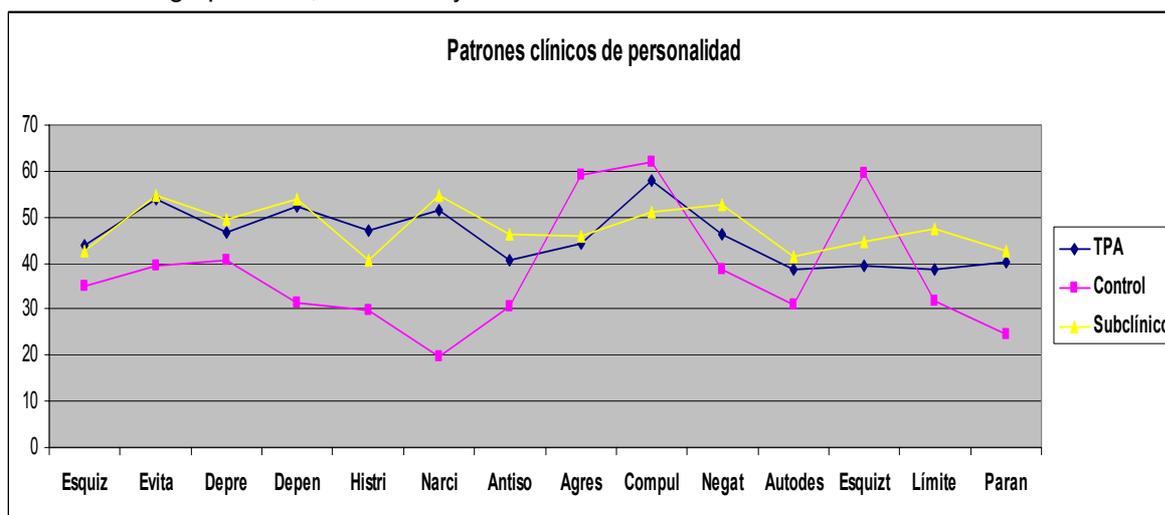
En cuanto a la clasificación de TPe por clusters observamos que el grupo control obtiene mayor prevalencia de TPe en cluster B (TPe Histriónico y Narcisista) y cluster C (TPe Compulsivo). El grupo subclínico también obtiene el mayor porcentaje de TPe en el cluster C (TPe Evitativo y Compulsivo). El grupo TPA obtiene mayor porcentaje en cluster C (TPe Evitativo y Compulsivo), seguido del cluster B (TPe Histriónico) y cluster A (TPe Paranoide). En conjunto, **el cluster C** es el más prevalente entre todos los participantes que superan el punto de corte 85 de la muestra con un total de 15 casos obteniendo un porcentaje del 53,57%. El cluster B obtiene 12 casos por lo que consigue un porcentaje del 42,86% y, finalmente, el cluster A con un único caso obtiene un 3,57%.

Tabla 33. Número y porcentaje de patrones clínicos de personalidad y patología grave de personalidad (rasgos y trastornos) según el MCMI-III en el grupo control, subclínico y TPA.

	Grupo Control		Grupo Subclínico		Grupo TPA	
	% > 75 (N)	% > 85 (N)	% > 75 (N)	% > 85 (N)	% > 75 (N)	% > 85 (N)
	Rasgos	Trastornos	Rasgos	Trastornos	Rasgos	Trastornos
Esquizoide	0 (0)	0 (0)	2,2 (1)	0 (0)	7.7 (4)	0 (0)
Evitativa	7,3 (4)	0 (0)	13,3 (6)	2,2 (1)	19.2 (10)	5.8 (3)
Depresiva	1,8 (1)	0 (0)	24,4 (11)	0 (0)	5.8 (3)	0 (0)
Dependiente	0 (0)	0 (0)	8,9 (4)	0 (0)	11.5 (6)	0 (0)
Histriónica	23,6 (13)	10,9 (6)	8,9 (4)	0 (0)	15.4 (8)	7.7 (4)
Narcisista	18,2 (10)	3,6 (2)	6,7 (3)	0 (0)	1.9 (1)	0 (0)
Antisocial	1,8 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Agresiva	1,8 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Compulsiva	25,5 (14)	9,1 (5)	17,8 (8)	8,9 (4)	17.3 (9)	3.8 (2)
Negativista	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5.8 (3)	0 (0)
Autodestructiva	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3.84 (2)	0 (0)
Esquizotípica	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Límite	0 (0)	0 (0)	2,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Paranoide	0 (0)	0 (0)	4,4 (2)	0 (0)	3.8 (2)	1.9 (1)
Suma Total	80 (44)	23,64 (13)	88,89 (40)	11,11 (5)	92,31 (48)	19,2 (10)

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia.

Figura 9. Distribución de los patrones clínicos de personalidad según resultados obtenidos en el MCMI-III en los grupos TPA, subclínico y control.



Si se analizan las medias obtenidas mediante el **MCMI-III** en los patrones clínicos de la personalidad y en la patología grave de personalidad (Tabla 34) para

los tres grupos observamos que, el **grupo TPA** obtiene las medias más elevadas en el patrón Compulsivo, Evitativo y Dependiente. Al comparar las medias con el resto de grupos se observa como los patrones Esquizoide e Histriónico son los que obtienen una mayor puntuación en el grupo TPA. En el **grupo subclínico** obtenemos las puntuaciones medias más elevadas en los patrones clínicos Narcisista, Evitativo y Dependiente. Al comparar las medias obtiene las máximas en los patrones Evitativo, Depresivo, Dependiente, Narcisista, Antisocial, Negativista, Autodestructivo, Límite y Paranoide. En el **grupo control** coinciden las puntuaciones medias más elevadas en los patrones clínicos, tanto en el grupo como en la comparación entre grupos, siendo los más característicos los patrones Compulsivo, Esquizotípico y Agresivo.

Tabla 34. Medias y desviaciones típicas por grupos en el MCMI-III en los diferentes grupos del estudio.

	TPA		Control		Subclínico	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Esquizoide	43.82	22.59	35.05	19.33	42.82	20.68
Evitativa	53.78	25.63	39.55	25.23	54.73	20.31
Depresiva	46.75	21.46	40.58	18.40	49.35	26.90
Dependiente	52.30	22.30	31.58	19.48	54.02	20.07
Histriónica	46.94	24.94	29.76	17.26	40.73	22.38
Narcisista	51.51	15.30	19.56	17.40	54.75	17.12
Antisocial	40.69	20.65	30.47	20.97	46.29	18.06
Agresiva	44.28	19.24	59.25	21.71	45.95	19.66
Compulsiva	57.84	16.61	61.94	20.37	51.02	20.09
Negativista	46.30	22.70	38.47	18.95	52.89	17.68
Autodestructiva	38.80	26.04	30.98	18.09	41.27	22.36
Esquizotípica	39.36	24.57	59.40	18.67	44.58	21.49
Límite	38.57	20.32	31.92	17.91	47.53	20.88
Paranoide	40.13	25.22	24.60	24.84	42.84	25.73

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia.

En resumen, el grupo de participantes del grupo subclínico ha obtenido las máximas puntuaciones medias en la mayoría de patrones de personalidad (9 de 14).

b) Análisis comparativo de las dos medidas de personalidad utilizadas: NEO-PI-R y MCMI-III.

Los análisis de varianza multivariados (ANOVA) para las dimensiones y patrones clínicos de personalidad utilizados en nuestro estudio nos han informado de la existencia de diferencias estadísticamente significativas en muchos de los factores y facetas del inventario NEO-PI-R y de prácticamente todas las variables del MCMI-III entre los tres grupos.

Comenzando por el **NEO-PI-R** (Tabla 35) podemos observar que el factor Neuroticismo es el único que aporta diferencias estadísticamente significativas entre grupos, la media más elevada la obtiene el grupo subclínico. En cuanto a las facetas: la Ansiedad, Hostilidad, Depresión, Ansiedad Social y Vulnerabilidad, del factor Neuroticismo, aportan diferencias estadísticamente significativas entre grupos siendo el grupo subclínico el que obtiene las puntuaciones más elevadas en todas ellas. También consiguen diferencias estadísticamente significativas entre grupos las facetas Gregarismo y Emociones positivas del factor Extraversión, la faceta Acciones del factor Apertura, la faceta Franqueza del factor Amabilidad y las facetas Sentido del deber y Autodisciplina del factor Responsabilidad. En todas ellas es el grupo control el que obtiene las puntuaciones más elevadas.

Tabla 35. Comparación de dimensiones de personalidad entre los grupos control, subclínico y TPA mediante el NEO-PI-R (ANOVA).

NEO-PI-R	df	F	P
Neuroticismo	2	30,34	0,000
Ansiedad	2	24,97	0,000
Hostilidad	2	3,77	0,025
Depresión	2	9,43	0,000
Ansiedad social	2	7,04	0,001
Impulsividad	2	0,88	0,413
Vulnerabilidad	2	9,25	0,000
Extraversión	2	1,82	0,166
Cordialidad	2	1,80	0,169
Gregarismo	2	3,41	0,036
Asertividad	2	2,15	0,120
Actividad	2	1,95	0,146
Búsqueda emociones	2	2,79	0,064
Emociones positivas	2	6,40	0,002
Apertura	2	0,14	0,873
Fantasía	2	0,19	0,828
Estética	2	1,11	0,331
Valores	2	1,43	0,242
Sentimientos	2	0,56	0,572
Acciones	2	5,30	0,006
Ideas	2	0,08	0,925
Amabilidad	2	2,02	0,136
Confianza	2	1,75	0,178
Franqueza	2	5,45	0,005
Altruismo	2	1,43	0,241
Actitud conciliadora	2	1,92	0,151
Modestia	2	2,18	0,117
Sensibilidad a los demás	2	1,79	0,170
Responsabilidad	2	1,00	0,370
Competencia	2	1,79	0,170
Orden	2	0,86	0,427
Sentido del deber	2	3,17	0,045
Necesidad de logro	2	0,08	0,924
Autodisciplina	2	3,55	0,031
Deliberación	2	0,031	0,970

Por lo que respecta al inventario **MCMI-III** (Tabla 36), todos los patrones clínicos de personalidad han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre los tres grupos del estudio a excepción del Antisocial y el Compulsivo.

Tabla 36. Comparación de características de personalidad entre los grupos control, subclínico y TPA mediante el MCMI-III (ANOVA).

MCMI-III	df	F	P
Esquizoide	2	5,61	0,004
Evitativa	2	18,20	0,000
Depresiva	2	28,80	0,000
Dependiente	2	21,14	0,000
Histriónica	2	9,63	0,000
Narcisista	2	5,51	0,005
Antisocial	2	1,95	0,145
Agresiva	2	8,53	0,000
Compulsiva	2	2,61	0,076
Negativista	2	14,68	0,000
Autodestructiva	2	21,30	0,000
Esquizotípica	2	23,62	0,000
Límite	2	27,99	0,000
Paranoide	2	7,91	0,001

A continuación, realizamos la prueba *post hoc* de Tukey para delimitar con mayor exactitud las diferencias existentes entre el grupo TPA y los grupos control y subclínico (Tabla 37). Las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre el grupo TPA y el grupo control se observan en el factor Neuroticismo y en sus facetas: Ansiedad, Depresión y Vulnerabilidad, siendo el factor Neuroticismo y la faceta Ansiedad las que mayor tamaño del efecto consiguen ($d= 1,24$ y $1,27$ respectivamente). En todas ellas las puntuaciones de los pacientes con TPA son superiores a las de los participantes del grupo control. En la faceta Emociones positivas del factor Extraversión, en la faceta Acciones del factor Apertura y por último, la faceta Franqueza del factor Amabilidad, también se han obtenido

significación estadística, siendo los participantes del grupo control los que mayores puntuaciones obtienen. La comparación entre el grupo con TPA y el grupo subclínico ha arrojado únicamente una diferencia estadísticamente significativa en la faceta Ansiedad Social, siendo los participantes del grupo subclínico los que obtienen puntuaciones más altas.

Tabla 37. Diferencia de medias, nivel de significación y límites inferior y superior en las dimensiones y facetas del NEOPI-R entre el grupo TPA y los grupos control y subclínico.

NEO-PI-R	TPA-Control					TPA-Subclínico				
	Dif. de medias	P	Límite Inferior	Límite Superior	d	Dif. de medias	P	Límite Inferior	Límite Superior	d
Neuroticismo	13,20	,000	8,38	18,02	1,24	-1,27	0,824	-6,34	3,80	
Ansiedad	18,63	,000	12,22	25,03	1,27	5,59	0,125	-1,15	12,34	
Hostilidad	5,92	,130	0,00	11,84		-0,16	0,998	-6,40	6,07	
Depresión	9,17	,006	2,34	16,00	0,58	-3,12	0,560	-10,31	4,07	
Ansiedad social	3,18	,693	-2,56	8,91		-6,19	0,043	-12,23	-0,16	0,60
Impulsividad	2,52	,837	-3,28	8,33		-0,610	0,970	-6,72	5,50	
Vulnerabilidad	10,99	,001	3,98	18,00	0,67	-0,245	0,997	-7,62	7,13	
Extraversión	-4,74	,394	-10,96	1,49		-0,93	0,940	-7,48	5,63	
Cordialidad	-3,47	,681	-9,55	2,61		1,37	0,869	-5,03	7,77	
Gregarismo	-6,33	,131	-12,29	-0,37		-4,89	0,159	-11,16	1,39	
Asertividad	-,19	1,000	-6,77	6,39		5,19	0,182	-1,74	12,12	
Actividad	-4,24	,489	-10,73	2,25		0,91	0,947	-5,92	7,74	
Búsq. emociones	-6,18	,099	-12,56	0,21		-4,64	0,235	-11,36	2,09	
Emociones positivas	-9,39	,011	-16,18	-2,60	0,63	-1,02	0,939	-8,17	6,12	
Apertura	,55	,999	-4,47	5,58		-0,59	0,961	-5,88	4,69	
Fantasía	,52	,999	-4,56	5,61		1,38	0,814	-3,97	6,74	
Estética	-,60	,999	-5,73	4,53		-3,22	0,336	-8,62	2,17	
Valores	-,64	,999	-6,32	5,04		3,35	0,382	-2,62	9,33	
Sentimientos	-2,38	,850	-7,78	3,01		-0,87	0,931	-6,55	4,81	
Acciones	-7,31	,018	-12,63	-1,99	0,59	-3,53	0,297	-9,13	2,07	
Ideas	,87	,996	-4,49	6,24		0,63	0,962	-5,02	6,28	
Amabilidad	-3,77	,357	-8,35	0,81		-1,07	0,860	-5,89	3,75	
Confianza	-4,01	,537	-9,72	1,70		-0,16	0,998	-6,18	5,85	
Franqueza	-7,10	,015	-12,19	-2,01	0,61	-3,95	0,193	-9,31	1,41	
Altruismo	-2,72	,805	-8,81	3,37		1,73	0,799	-4,68	8,13	
Actitud conciliadora	-4,47	,325	-10,16	1,22		-0,94	0,927	-6,93	5,06	
Modestia	-4,39	,302	-9,57	0,79		-1,61	0,644	-7,06	3,84	
Sensib. a los demás	-2,38	,741	-7,05	2,28		4,48	0,251	-3,06	6,77	
Responsabilidad	,32	1,000	-5,02	5,67		3,09	0,398	-2,54	8,71	
Competencia	-,30	1,000	-6,62	6,01		4,48	0,251	-2,17	11,12	
Orden	-1,61	,975	-8,22	4,99		2,18	0,739	-4,77	9,13	
Sentido del deber	-4,51	,347	-10,05	1,03		1,17	0,884	-4,67	7,00	
Necesidad de logro	-,14	1,000	-7,10	6,83		1,00	0,944	-6,33	8,33	
Autodisciplina	-2,64	,907	-9,57	4,28		5,39	0,191	-1,91	12,67	
Deliberación	,25	1,000	-5,59	6,08		0,64	0,967	-5,50	6,78	

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia

Si analizamos los resultados obtenidos en los patrones clínicos de personalidad del inventario **MCMII-III** mediante la prueba Tukey (Tabla 38) observamos que, únicamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones entre el grupo TPA y el grupo control. Entre los grupos TPA y subclínico no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los patrones clínicos de personalidad. Los pacientes con TPA en su comparación con los participantes del grupo control han obtenido diferencias estadísticamente significativas en los patrones Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Narcisista, Negativista, Autodestructivo, Límite y Paranoide. En todos ellos, las medias del grupo con TPA han sido mayores que en el control alcanzándose puntuaciones altas (> 0.8) al realizar la prueba d en los patrones Dependiente y Narcisista. Únicamente las diferencias estadísticamente significativas encontradas en los TPe Agresivo y Esquizotípico han sido a favor del grupo control. El patrón Esquizotípico, como podemos observar, obtiene un tamaño del efecto alto (d= 0,92).

Tabla 38. Diferencia de medias, nivel de significación y límites inferior y superior en los patrones clínicos de personalidad del MCMII-III entre el grupo TPA y los grupos control y subclínico.

MCMII-III	TPA-Control					TPA-Subclínico				
	Dif. de medias	P	Límite Inferior	Límite Superior	d	Dif. de medias	P	Límite Inferior	Límite Superior	
Esquizoide	12,245	0,020	2,678	21,81	0,42	1,005	0,970	-9,065	11,074	
Evitativa	24,025	0,000	13,019	35,030	0,56	-0,944	0,980	-12,529	10,639	
Depresiva	27,186	0,000	17,007	37,366	0,30	-2,605	0,833	-13,320	8,109	
Dependiente	21,835	0,000	12,375	31,295	0,99	-1,714	0,913	-11,672	8,243	
Histriónica	-12,312	0,052	-22,22	-2,394		6,209	0,339	-4,230	16,648	
Narcisista	-10,426	0,020	-18,04	-2,810	1,95	-3,236	0,606	-11,252	4,780	
Antisocial	2,219	0,975	-6,96	11,399		-5,596	0,359	-15,259	4,065	
Agresiva	13,306	0,004	4,014	22,599	0,73	-1,667	0,914	-11,448	8,114	
Compulsiva	-1,554	0,994	-10,29	7,185		6,824	0,188	-2,374	16,022	
Negativista	14,380	0,001	5,233	23,527	0,37	-6,581	0,241	-16,209	3,047	
Autodestructiva	23,371	0,000	13,147	33,595	0,35	-2,458	0,851	-13,220	8,302	
Esquizotípica	22,347	0,000	12,452	32,269	0,92	-5,212	0,466	-15,656	5,231	
Límite	19,521	0,000	10,519	28,523	0,35	-8,976	0,067	-18,451	0,499	
Paranoide	15,535	0,014	3,977	27,091	0,62	-2,709	0,858	-14,874	9,455	

TPA: Trastorno de pánico con agorafobia.

En resumen podemos decir que lo que caracteriza a los pacientes con TPA frente al resto de los grupos cuando se utiliza una medida de personalidad basada en un modelo de personalidad normal (NEO-PI-R) es:

TPA- Control: Puntuaciones muy altas en neuroticismo, ansiedad y vulnerabilidad, puntuaciones altas en depresión y puntuaciones bajas en emociones positivas, acciones y franqueza.

TPA- Subclínico: Puntuaciones altas en ansiedad social.

Por otra parte, lo que caracteriza a los pacientes con TPA frente al resto de los grupos cuando se utiliza una medida de personalidad basada en un modelo clínico (MCMI-III) es:

TPA- Control: Puntuaciones elevadas en los TPe: Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Narcisista, Negativista, Autodestructivo, Límite y Paranoide. Puntuaciones más bajas en TPe Agresivo y Esquizotípico.

TPA- Subclínico: No hay diferencias estadísticamente significativas.

6.- Relación entre las dimensiones y patología de personalidad y las variables clínicas relevantes en el grupo TPA.

Se ha estudiado la posible existencia de relaciones bivariadas entre las medidas clínicas relevantes para el estudio psicopatológico del TPA y los dos inventarios de personalidad utilizados en el estudio. Comenzando por el **NEO-PI-R**, las medidas clínicas (12 medidas) se han comparado con las siete dimensiones y facetas que han obtenido diferencias significativas a nivel estadístico en los análisis de comparación entre grupos realizados previamente (Tabla 37). Hemos considerado adecuado añadir algunas más debido a su estrecha relación con la fenomenología del pánico y que además, se relacionan con aspectos que encontramos en la literatura sobre este trastorno como es el control y el perfeccionismo (Antony, Purdon, Huta y Swinson, 1998; Iketani et al., 2002). Las dimensiones y facetas de personalidad añadidas a las que han obtenido

significación estadística son: Responsabilidad, Orden, Autodisciplina, Deliberación y Sentido del deber. Finalmente han sido 12 medidas clínicas y 12 dimensiones y facetas de personalidad. Los resultados que pueden observarse en la Tabla 39, indican la existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre la gravedad valorada por el clínico y las variables: neuroticismo ($p < 0.05$) y depresión ($p < 0.01$) en positivo y autodisciplina ($p < 0.05$) en negativo, es decir, a menor autodisciplina mayor gravedad. La frecuencia de AP evaluada por el PDSS no ha obtenido correlaciones significativas a nivel estadístico con ninguna de las facetas y factores de personalidad incluidas. El grado de malestar (PDSS) obtiene correlaciones positivas y significativas con: neuroticismo ($p < 0.05$) y ansiedad ($p < 0.001$) y correlación negativa con la faceta acciones ($p < 0.05$), por lo que, a menor número de acciones mayor malestar. La ansiedad anticipatoria (PDSS) también consigue correlaciones estadísticamente significativas en positivo con el neuroticismo ($p < 0.05$) y la ansiedad ($p < 0.01$). La evitación situacional (PDSS) no ha obtenido ninguna correlación con significación estadística. Sí lo ha hecho la evitación interoceptiva (PDSS), en positivo con la faceta ansiedad ($p < 0.001$) y en negativo con la faceta acciones ($p < 0.005$), a menor número de acciones mayor evitación interoceptiva. Dos han sido las correlaciones estadísticamente significativas obtenidas por la variable clínica interferencia laboral (PDSS), ambas negativas, la primera con la faceta franqueza ($p < 0.05$) y otra con la faceta orden ($p < 0.05$), diríamos que, a menor franqueza y menor orden mayor interferencia laboral. La interferencia social (PDSS) no ha obtenido ninguna correlación con significación estadística. Si tenemos en cuenta todas las escalas del PDSS, podemos observar que únicamente obtienen correlaciones estadísticamente significativas las escalas: grado de malestar, ansiedad anticipatoria, evitación interoceptiva e interferencia laboral. El ACQ ha obtenido cuatro correlaciones estadísticamente significativas y todas en sentido negativo con: neuroticismo ($p < 0.0001$), ansiedad ($p < 0.001$), depresión ($p < 0.001$) y vulnerabilidad ($p < 0.05$). El ASI ha obtenido correlaciones estadísticamente significativas con el neuroticismo ($p < 0.05$) y la faceta de ansiedad ($p < 0.005$), ambas positivas. La escala de Agorafobia del FQ no ha obtenido ninguna correlación con significación estadística. Por último, el QL-I ha obtenido un total de ocho correlaciones con significación

estadística con: neuroticismo ($p < 0.0001$), ansiedad ($p < 0.05$), depresión ($p < 0.0001$) y vulnerabilidad ($p < 0.001$) en sentido negativo; y con emociones positivas ($p < 0.05$), responsabilidad ($p < 0.0001$), autodisciplina ($p < 0.0001$) y sentido del deber ($p < 0.01$) en sentido positivo. El factor neuroticismo junto con la faceta ansiedad han sido las variables de personalidad que más correlaciones estadísticamente significativas han obtenido de entre todas las incluidas en los análisis (6), seguidas de las facetas depresión (3) y vulnerabilidad y autodisciplina (2). En cuanto a las medidas clínicas, el PDSS, en su conjunto, ha obtenido un total de 9 correlaciones estadísticamente significativas, siendo el grado de malestar el que ha obtenido 3 correlaciones, el máximo comparado con el resto de escalas del instrumento. El QL-I obtiene ocho correlaciones estadísticamente significativas, seguido del ACQ con cuatro y la gravedad valorada por el clínico con tres.

Taba 39. Valor r y grado de significación en las correlaciones entre factores y facetas del NEO-PI-R y medidas clínicas relevantes para el TPA

		Neuroti	Ansiedad	Depresi	Vulnerab	Emoc+	Acciones	Franq	Respon	Orden	Autodis	Delibera	Sentdebe
Gravedad Clínico	r	,301*	,265	,361**	,178	-,249	-,221	-,133	-,144	-,145	-,295*	-,068	,045
PDSS: Frecuencia AP	r	-,035	,186	,025	-,028	-,001	-,160	-,103	,229	-,013	,230	,179	,156
PDSS: Malestar	r	,315*	,435****	,243	,256	-,057	-,343*	-,003	,089	-,038	,110	,209	,072
PDSS: Ans Anticipatoria	r	,297*	,359**	,268	,253	-,029	-,231	,002	-,015	,004	,038	,009	,020
PDSS: Evi Situacional	r	-,049	,105	-,074	-,028	,139	-,118	-,197	,012	-,052	,049	,047	-,029
PDSS: Evi Interoceptiva	r	,214	,437****	,067	,147	-,025	-,401***	,114	,113	-,006	,119	,175	,179
PDSS: Interf Laboral	r	,105	,127	,065	,211	,170	,092	-,345*	-,265	-,284*	-,161	,016	-,251
PDSS: Interf Social	r	,159	,221	,163	,077	,079	-,022	-,056	,022	-,046	,054	,047	,094
ACQ	r	-,478****	-,446****	-,465****	-,319*	,120	,265	-,037	,028	-,144	,062	-,044	-,123
ASI	r	,298*	,393***	,234	,227	-,006	-,158	-,190	-,059	-,128	-,088	,017	,165
FQ (Agorafobia)	r	,093	,200	,071	,090	-,065	-,128	-,160	-,151	-,026	-,088	-,107	-,101
QL-I	r	-,500****	-,273*	-,479****	-,447****	,292*	-,069	,194	,489****	,229	,540****	,064	,360**

* p< .05; **p< .01; ***p< .005; ****

Las medidas clínicas (12 medidas) se han comparado también con los once TPe del **MCMI-III** que han obtenido diferencias significativas a nivel estadístico en los análisis de comparación entre grupos realizados previamente (Tabla 38). Se han añadido a las comparaciones dos TPe tradicionalmente relacionados con el TP: el TPe Histriónico (Mavissakalian et al., 1990; Reich y Braginsky, 1994; Latas et al., 2000; Grant et al., 2005) y el TPe Obsesivo-compulsivo (Marchesi et al., 2006; Albert et al., 2006). Obtenemos así una matriz con 12 medidas clínicas y 13 de personalidad. Los resultados obtenidos (Tabla 40) son los siguientes: La gravedad valorada por el clínico ha correlacionado con los TPe Esquizoide ($p < 0.005$), Depresivo ($p < 0.005$), Dependiente ($p < 0.05$), Esquizotípico ($p < 0.0001$) y Límite ($p < 0.005$) en sentido positivo y con los TPe Histriónico ($p < 0.001$) y Narcisista ($p < 0.05$) en sentido negativo. La frecuencia de ataques de pánico evaluada por el PDSS obtiene una correlación estadísticamente significativa con el TPe Esquizoide ($p < 0.05$) en sentido positivo. El grado de malestar (PDSS) ha obtenido dos correlaciones estadísticamente significativas en sentido positivo con el TPe Depresivo ($p < 0.05$) y Esquizotípico ($p < 0.05$). La ansiedad anticipatoria consigue una correlación con significación estadística con el TPe Depresivo ($p < 0.005$), también en positivo. La evitación situacional (PDSS) no ha obtenido ninguna correlación con significación estadística. La evitación interoceptiva ha obtenido correlaciones significativas positivas a nivel estadístico con los TPe Dependiente ($p < 0.05$) y Límite ($p < 0.05$). La interferencia laboral correlaciona con el TPe Obsesivo-compulsivo ($p < 0.05$) en sentido negativo, a mayor puntuación en TPe Obsesivo-compulsivo menor interferencia laboral. Dos son las correlaciones significativas positivas que obtiene la interferencia social a nivel estadístico con los TPe Dependiente ($p < 0.05$) y Límite ($p < 0.05$). El ACQ obtiene ocho correlaciones significativas a nivel estadístico, todas ellas en sentido negativo, con los TPe Esquizoide ($p < 0.05$), Depresivo ($p < 0.001$), Dependiente ($p < 0.001$), Pasivo-agresivo ($p < 0.05$), Autodestructivo ($p < 0.001$), Esquizotípico ($p < 0.0001$), Límite ($p < 0.05$) y Paranoide ($p < 0.005$). Por su parte el ASI ha obtenido correlaciones con significación estadística y en sentido positivo con los TPe Depresivo ($p < 0.005$), Dependiente ($p < 0.05$), Agresivo ($p < 0.05$), Esquizotípico ($p < 0.005$) y Límite ($p < 0.01$). La escala de Agorafobia del FQ ha obtenido tres correlaciones estadísticamente significativas, en sentido positivo con los TPe Dependiente ($p < 0.005$) y Límite ($p < 0.05$) y en negativo con el TPe Obsesivo-

compulsivo ($p < 0.05$), a mayor obsesión-compulsión menor agorafobia. Finalmente, el QL-I consigue correlaciones significativas a nivel estadístico con los TPe Esquizotípico ($p < 0.005$), Fóbico ($p < 0.0001$), Depresivo ($p < 0.005$), Dependiente ($p < 0.05$), Obsesivo-compulsivo ($p < 0.01$), Pasivo-agresivo ($p < 0.005$), Autodestructivo ($p < 0.001$), Esquizotípico ($p < 0.0001$), Límite ($p < 0.0001$) y Paranoide ($p < 0.05$), todas ellas en sentido negativo y en sentido positivo con los TPe Histriónico ($p < 0.05$) y Narcisista ($p < 0.0001$).

El TPe que más correlaciones estadísticamente significativas ha conseguido ha sido el Dependiente y el Límite (7), seguido del Depresivo (6) y el Esquizotípico (5). Por su parte, las medidas clínicas que han obtenido mayor número de correlaciones estadísticamente significativas han sido el QL-I (12), PDSS (9), ACQ (8) y la gravedad valorada por el clínico (7).

Taba 40. Valor r y grado de significación en las correlaciones entre los patrones clínicos de personalidad del MCMI-III y medidas clínicas relevantes para el TPA.

		ESQUI	FOBIC0	DEPRE	DEPEN	HISTRI	NARCI	AGRESI	OBSCOM	PASAG	AUTDEST	ESQTICO	LIMITE	PARANA
Gravedad Clínico	r	,389***	,246	,380***	,352*	-,438****	-,275*	-,028	,014	,170	,229	,467****	,424***	,192
PDSS: Frecuencia AP	r	,330*	,051	,212	,166	-,130	,022	-,020	,099	,039	-,053	,125	,098	-,017
PDSS: Malestar	r	,113	-,034	,326*	,249	,008	-,141	,056	,057	,236	-,040	,349*	,242	,182
PDSS: Ans Anticipatoria	r	,186	,227	,380***	,238	-,219	-,140	,172	-,051	,174	,103	,239	,194	,222
PDSS: Evi Situacional	r	-,037	-,040	,065	,167	-,018	,069	-,013	-,148	,021	-,034	,030	,130	-,025
PDSS: Evi Interoceptiva	r	,023	,067	,020	,300*	,066	,055	,062	-,062	,191	,076	,128	,273*	,111
PDSS: Interf Laboral	r	,133	-,006	,190	,225	-,037	-,171	-,093	-,281*	,013	,051	,097	,143	,043
PDSS: Interf Social	r	,162	,115	,211	,347*	-,120	-,062	,127	-,214	,135	,127	,107	,274*	,076
ACQ	r	-,306*	-,236	-,446****	-,453****	,199	,163	-,227	,007	-,291*	-,431****	-,483****	-,318*	-,416***
ASI	r	,087	,126	,386***	,322*	-,086	-,130	,342*	,079	,199	,144	,381***	,371**	,106
FQ (Agorafobia)	r	,128	,261	,126	,383***	-,010	-,056	,188	-,316*	,223	,239	,154	,307*	,122
QL-I	r	-,399***	-,591****	-,411***	-,278*	,347*	,473****	-,128	-,378**	-,419***	-,434****	-,506****	-,473****	-,325*

* p< .05; **p< .01; ***p< .005; ****

7.- Analizar el valor predictivo de las medidas de personalidad respecto a las variables clínicas relevantes en el TPA.

Con el fin de averiguar el valor predictivo de las dimensiones y patrones clínicos de personalidad (NEO-PI-R y MCMI-III) y las medidas clínicas más relevantes en el TP en una muestra de pacientes con TPA, hemos utilizado análisis de regresión *stepwise*. Las variables dependientes introducidas fueron: la gravedad percibida por el clínico, del cuestionario PDSS las variables frecuencia de AP, malestar, ansiedad anticipatoria, evitación situacional, evitación interoceptiva, interferencia laboral e interferencia social, el ACQ, el ASI, la escala de agorafobia del FQ y el QL-I. Las variables independientes fueron, del NEO-PI-R los factores Neuroticismo y Responsabilidad y las facetas Ansiedad, Depresión, Vulnerabilidad, Emociones positivas, Acciones, Franqueza, Orden, Autodisciplina, Deliberación y Sentido del deber. Los patrones clínicos de personalidad introducidos del MCMI-III fueron, el Esquizoide, Fóbico, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Agresivo, Obsesivo-compulsivo, Pasivo-agresivo, Autodestructivo, Esquizotípico, Límite y Paranoide. Estas variables independientes fueron elegidas por haber obtenido correlaciones mayores con las variables clínicas relacionadas con el TPA o por su importancia respecto al TPA recogida en la literatura científica. Los análisis de regresión *stepwise* ofrecen los siguientes resultados (Tabla 41): el mejor predictor de la gravedad valorada por el clínico fue el TPe Esquizotípico ($\beta = 0.467$, $p = 0.000$). Respecto al PDSS, el mejor predictor de la frecuencia de ataques de pánico fue el TPe Esquizoide ($\beta = 0.330$, $p = 0.017$), con respecto al mejor predictor del malestar, el modelo ofrece la faceta Ansiedad ($\beta = 0.435$, $p = 0.001$), en cuanto a la ansiedad anticipatoria el mejor predictor fue el TPe Depresivo ($\beta = 0.380$, $p = 0.005$), la evitación situacional no consigue valor predictivo con ninguna variable de personalidad. El mejor predictor de la evitación interoceptiva fue la faceta Ansiedad ($\beta = 0.437$, $p = 0.001$). Si tenemos en cuenta la interferencia laboral, el mejor predictor fue la faceta Franqueza ($\beta = -0.345$, $p = 0.012$). El mejor predictor de la interferencia social fue el TPe Dependiente ($\beta = 0.347$, $p = 0.012$). Pasando a la regulación de la ansiedad (ACQ) el mejor predictor fue el TPe Esquizotípico ($\beta = -0.483$, $p = 0.000$). Por su parte, el mejor predictor de la sensibilidad a la ansiedad (ASI) fue la faceta de Ansiedad ($\beta = 0.393$, $p = 0.004$), de la escala de agorafobia

(FQ) fue el TPe Dependiente ($\beta= 0.383$, $p= 0.005$) y finalmente, el mejor predictor de la calidad de vida (QL-I) fue el TPe Fóbico ($\beta= -0.591$, $p= 0.000$). Como podemos observar, de las 12 medidas clínicas tenidas en cuenta, se ha encontrado que 11 características de la personalidad actuaban como variables predictoras, de las cuales, 7 corresponden a TPe del MCMI-III (63.64%), mientras que 4 corresponden a facetas del NEO-PI-R (36.36%). Las únicas facetas que han predicho alguna de las medidas clínicas han sido, la faceta Ansiedad (Malestar, Evitación interoceptiva y ASI) y la Franqueza (Interferencia laboral). El MCMI-III ha conseguido un mayor número de predictores que el NEO-PI-R en esta muestra de pacientes con TPA.

Tabla 41. Aspectos clínicos del TPA y los predictores de personalidad obtenidos mediante el análisis de regresión stepwise.

Aspectos Clínicos TPA	Predictores
Gravedad valorada por el clínico	TPe Esquizotípico
Frecuencia de AP	TPe Esquizoide
Grado de Malestar	Faceta Ansiedad
Ansiedad anticipatoria	TPe Depresivo
Evitación interoceptiva	Faceta Ansiedad
Interferencia laboral	Faceta Franqueza
Interferencia social	TPe Dependiente
Regulación de la ansiedad	TPe Esquizotípico
Sensibilidad a la ansiedad	Faceta Ansiedad
Agorafobia	TPe Dependiente
Calidad de vida	TPe Fóbico

II- 4.- DISCUSIÓN

En la primera de nuestras hipótesis planteamos que la prevalencia de TPe en nuestra muestra con TPA sería similar a la encontrada por otros autores y que el cluster C sería el grupo de TPe más frecuente. Los resultados obtenidos en nuestro grupo de pacientes con TPA en cuanto a la **prevalencia de TPe** ha sido del 17,3 %, atendiendo al juicio clínico mediante entrevista no estructurada (criterios DSM-IV) y del 19,2% según el MCMI-III. Los resultados de este estudio se asemejan a los obtenidos por otros autores que han estudiado la prevalencia de los TPe en muestras de pacientes con TP o TPA. En este sentido, Massion et al. (2002), utilizando la entrevista clínica semiestructurada *International Personality Disorder Examination* (IPDE, Loranger et al., 1994; Loranger, Janca y Sartorius, 1997) (criterios DSM-III-R), encuentran un porcentaje de TPe en su muestra de pacientes con TPA del 20%. Por su parte, Blashfield et al. (1994) en una muestra de 84 pacientes con TP encuentra una prevalencia de TPe del 21,8% utilizando la entrevista semiestructurada SIDP (Pfohl, Stangl y Zimmerman, 1982). Sanderson et al. (1991), encuentra un porcentaje del 24% en su muestra de TPA utilizando también la SIDP (Pfohl, Stangl y Zimmerman, 1982). Berger et al. (2004) utilizando la entrevista semiestructurada IPDE (IPDE, Loranger et al., 1994; Loranger et al., 1997) obtiene un porcentaje del 31,5% de TPe. Mediante entrevista clínica siguiendo criterios DSM-III-R, Black et al. (1996) encontraron un porcentaje del 32% de TPe en su muestra de TP. Aunque el porcentaje de TPe encontrado en nuestra muestra de TPA es inferior al de la mayoría de trabajos publicados (Latas et al., 2000; Barzega et al., 2001; Iketani et al., 2002; Venturello, Barzega et al., 2002; Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005; Marchesi et al 2005; Marchesi et al., 2006, Albert et al., 2006), como podemos observar, existen algunos estudios que obtienen datos que se aproximan mucho a nuestro porcentaje de alrededor del 20%.

La disparidad de porcentajes encontrados entre los investigadores puede deberse a los criterios de selección de las muestras de pacientes, a las propiedades psicométricas de algunos instrumentos de evaluación o a la adecuación de los instrumentos de evaluación a los criterios de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales utilizados en cada época, entre otros

motivos. Como pusimos de manifiesto en el capítulo 3 de este trabajo, existen intervalos de prevalencia que van desde el 20% al 95% (Massion et al. 2002; Blashfield et al. 1994; Sanderson et al. 1991; Berger et al. 2004; Black et al. 1996; Ozkan y Altindag, 2005; Friedman, Shear y Frances, 1987; Sanderson et al., 1994; Hoffart et al., 1994; Jansen et al., 1994; Rathus et al., 1995; Ampollini et al., 1997; Ampollini et al., et al., 1999; Langs et al., 1998; Barzega et al., 2001) (Tabla 14, pág. 178).

Nos gustaría destacar que el acuerdo entre el juicio clínico mediante entrevista no estructurada y el inventario MCMI-III nos parece muy relevante desde un punto de vista clínico. Queremos resaltar el hecho de que, probablemente, este sea el primer estudio que utiliza la nueva versión del MCMI en esta población, por lo que no podemos comparar los resultados obtenidos con el MCMI-III con otros trabajos que también lo hayan utilizado. A pesar de que algunos autores afirman que la utilización de cuestionarios autoadministrados sobrestima la prevalencia de TPe en muestras de pacientes con TP/TPA (Mulder, 2002; Slaap y den Boer, 2001; Zimmerman, 1994; Dressen y Arntz, 1998; Reich y Noyes, 1987), en nuestro estudio no se ha producido este efecto, el juicio clínico y la utilización del MCMI-III coinciden prácticamente en el porcentaje de TPe identificados en la muestra con TPA. La mayoría de estudios que han explorado la prevalencia de TPe en TPA utilizan entrevistas diagnósticas, el juicio clínico o autoinformes, pero hay pocos estudios que, utilizando la misma muestra de pacientes administren entrevistas/juicio clínico y autoinformes y comparen los resultados obtenidos. Pensamos que éste sería un procedimiento más adecuado para discernir si los autoinformes sobrestiman o no la prevalencia de los TPe en TPA.

Los **diagnósticos de TPe más frecuentes** en la muestra de TPA, tanto evaluados por los clínicos como por el MCMI-III, son los correspondientes al cluster C (9,5% y 9,6% respectivamente), seguido del cluster B (3,8% y 7,7% respectivamente) y por último el cluster A (1,9% en ambos). Los clínicos también valoraron a un 1,9% de los pacientes como TPe no especificado. Los resultados obtenidos por los investigadores ponen de manifiesto la relación existente entre el Cluster C de los TPe y el TP (Tabla 14, pág. 178), siendo este Cluster el que obtiene mayores porcentajes de presencia entre las personas con TP/ TPA

estudiadas (42.5%) con un rango de entre un 28% a un 64%. El Cluster que obtiene mayor porcentaje después del C es el B con un 29.8% y finalmente el Cluster A con un 21.0% (Reich y Troughton, 1988; Chambless et al., 1992; Friedman et al., 1987; Flick et al., 1993; Green y Curtis, 1988; Mavissakalian y Hamann, 1988; Reich, Noyes y Troughton, 1987; Reich y Braginsky, 1994; Latas et al., 2000; Barzega et al., 2001; Iketani et al., 2002; Steketee, Chambless y Tran, 2001; Venturello et al., 2002; Iketani et al., 2004; Ozkan y Altindag, 2005; Marchesi et al., 2005; Marchesi et al., 2006; Albert et al., 2006). Como puede observarse los resultados obtenidos en nuestro trabajo van en la misma línea de los encontrados en los estudios que han investigado los TPe más frecuentes en TPA.

*

*

*

Podemos concluir que nuestra hipótesis se cumple, aunque no totalmente. La muestra de pacientes con TPA ha obtenido menores porcentajes en TPe que la mayoría de trabajos revisados aunque se acerca a los valores de porcentajes más bajos encontrados por algunos investigadores. Por otra parte, sí se han obtenido mayores porcentajes de TPe correspondientes al cluster C de TPe como la mayoría de los trabajos han puesto de manifiesto. Nos gustaría destacar que hemos encontrado una similitud importante en el porcentaje y en el tipo de trastornos encontrados utilizando dos estrategias de evaluación distintas, una entrevista no estructurada según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) y un autoinforme.

*

*

*

La segunda de las hipótesis planteadas hace referencia a las diferencias en variables de personalidad que encontraremos en función del sexo y la edad de inicio del trastorno en la muestra con TPA. En nuestro estudio se encontraron las siguientes **diferencias en función del sexo**: el porcentaje de pacientes con TPA diagnosticado de TPe, fue mayor en los hombres con un porcentaje del 26,8% frente al 7,7% de las mujeres. Los trastornos del cluster A (TPe Paranoide) y cluster C (TPe Evitativo, Obsesivo-compulsivo y Dependiente), únicamente se diagnosticaron en el grupo de hombres y el cluster B únicamente en el de mujeres

(Histriónico). Utilizando el **MCMI-III** sólo encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, en el TPe Paranoide. Las mujeres obtienen una media mayor, sin embargo, el único caso diagnosticado pertenece al grupo de hombres. Este resultado indicaría que las mujeres con TPA, comparadas con los hombres, son más desconfiadas hacia los demás, están a la defensiva ante críticas y engaños que anticipan, presentan mayor irritabilidad y tienden a provocar el enfado en los demás. Se caracterizan por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento. Los estudios que han tenido en cuenta las diferencias en función del sexo en la génesis, clínica y curso del TPA son más numerosos que los que han estudiado las diferencias en TPe en función del sexo en pacientes diagnosticados con TPA. Reich (1987) en su trabajo sobre distribución de TPe en hombres y mujeres según criterios del DSM-III, encontró que el cluster A era el más prevalente en hombres y el TPe Paranoide el TPe más frecuente. No encontraron diferencias entre hombres y mujeres en el TPe Evitativo y el TPe Compulsivo obtuvo una mayor prevalencia entre los hombres de la muestra. Este último dato coincidiría con los obtenidos en nuestro estudio donde el TPe Obsesivo-compulsivo obtiene una media mayor en el grupo de hombres (7.7%). Reich y Troughton (1987) encontraron un porcentaje de TPe Evitativo mayor en hombres, al igual que en nuestro estudio que alcanza un porcentaje de 7.7%. En esta misma línea, Reich et al. (1994) encontraron que los hombres obtenían correlaciones estadísticamente significativas con el TPe Paranoide y también en el TPe Evitativo y Compulsivo. Como se observa en la Tabla 26 (Pág. 246) los porcentajes de TPe más altos encontrados en nuestra muestra de hombres son los mismos que han obtenido correlaciones significativas en el estudio de Reich et al. (1994). En el estudio realizado por Barzega et al. (2001), se pone de manifiesto que el porcentaje de TPe en mujeres fue mayor que en hombres aunque no significativamente. Este resultado no iría en la línea de los encontrados en nuestro estudio. El Cluster A apareció como el más común en hombres, específicamente el Esquizoide. El Cluster B aparece en mayor porcentaje en hombres. El TPe Límite era mayor en hombres y el TPe Histriónico en mujeres. En cuanto al Cluster C fue el más diagnosticado en mujeres siendo el TPe Dependiente el más común. Como podemos ver algunos de los resultados obtenidos en nuestro estudio van en la línea

de los obtenidos por otros autores que indican que los hombres obtienen mayores porcentajes de diagnóstico en cluster A, especialmente, en TPe Paranoide y Esquizoide (Reich, 1987; Reich et al., 1994; Barzega et al., 2001). El TPe más frecuente en hombres es el TPe Evitativo y Compulsivo (Reich, 1987; Reich y Troughton, 1987). El TPe Histriónico es el más diagnosticado en mujeres de los TPe del cluster B según el estudio de Barzega et al. (2001), lo que sí coincide con los resultados obtenidos por las mujeres de nuestra muestra con TPA.

La utilización del inventario de personalidad **NEO-PI-R** en hombres y mujeres nos informó de la existencia de diferencias estadísticas significativas en las facetas del factor Amabilidad: Franqueza, dónde las medias son mayores en las mujeres y en la faceta Actitud Conciliadora, dónde las medias son mayores en los varones. Estas diferencias reflejan que las mujeres de nuestra muestra con TPA son más francas, sinceras e ingenuas que los hombres y, por otra parte, que los hombres son más capaces de inhibir la agresión, olvidar y perdonar a los demás, son más dóciles y apacibles que las mujeres. Freire et al. (2007) utilizando análisis de regresión lineal concluyen que el género femenino predecía puntuaciones elevadas en Neuroticismo. Las medias obtenidas en nuestra muestra son superiores en las mujeres pero no alcanzan la significación estadística. El estudio de Foot y Koszycki (2004) analiza las diferencias en función del sexo en una muestra de pacientes con TP y TPA utilizando el NEO-PI-R. Las diferencias estudiadas se centran en los factores Neuroticismo y Extraversión y los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en las facetas Hostilidad y Depresión, siendo mayores para los hombres. El factor Extraversión obtuvo puntuaciones mayores en el grupo de mujeres. Las facetas Cordialidad y Emociones positivas también obtuvieron puntuaciones más elevadas en el grupo de mujeres. Los resultados obtenidos en nuestra muestra de TPA no coinciden con los obtenidos por Foot y Koszycki (2004).

La explicación que algunos investigadores han obtenido sobre la génesis de estas diferencias entre sexos radica en la influencia de factores genéticos, culturales y biológicos. Quizá las diferencias que existen en los procesos de socialización que discriminan los recursos de afrontamiento entre hombres y mujeres o las diferencias genéticas y hormonales podrían explicar dichas

diferencias. Como podemos observar los resultados que arrojan distintos estudios, incluidos el nuestro, sobre las diferencias en TPe en función del sexo en el TPA no son concluyentes. Sería necesario seguir realizando estudios en este sentido para determinar si el sexo tiene un papel importante en la caracterización de la patología de personalidad en el TP.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio teniendo en cuenta la **edad de inicio del trastorno** indican que el porcentaje de diagnósticos de TPe es similar en ambos grupos, 17.9% en el grupo de inicio temprano y 16.7% en el grupo de inicio tardío. En cuanto al tipo de TPe, el más frecuente en ambos subgrupos fue el Cluster C (10.7% y 8.3%), aunque superior en el caso del grupo de inicio temprano. El TPe Obsesivo-compulsivo fue el que obtuvo mayor porcentaje en el grupo de inicio temprano (7.1%) y en el de inicio tardío se encontraron dos casos, un TPe Evitativo y un TPe Dependiente. El grupo de inicio temprano es el único que obtiene diagnóstico en cluster B (7,1%, TPe Histriónico). Las únicas diferencias estadísticamente significativas que se han producido entre ambos subgrupos se han encontrado con el inventario **NEO-PI-R**, la primera en el factor Amabilidad y la segunda en la faceta Franqueza, ambas a favor del grupo de inicio tardío. Estos resultados indicarían que las personas del grupo de inicio del trastorno más tardío son más bondadosas, compasivas, afables, confiadas, serviciales y altruistas (Factor Amabilidad) y también más francos, sinceros e ingenuos (faceta Franqueza) que aquellas que desarrollaron el trastorno a más temprana edad. Estos últimos tenderían a ser más cínicos, rudos, agresivos, poco cooperativos e irritables (Factor Amabilidad) y también más dispuestos a manipular por medio del engaño y más cautos a la hora de expresar sus sentimientos. En el inventario de personalidad **MCMI-III** no se ha obtenido ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de pacientes. Al igual que en el estudio de las diferencias según sexo, los trabajos que han estudiado las diferencias en TPe en pacientes con TPA en función de la edad de inicio del trastorno han sido escasos. Venturello et al. (2002) establecen los subgrupos según la edad de 18 años y concluyen que el porcentaje de TPe fue mayor en el grupo de inicio temprano (menor o igual a 18 años) y obtuvo mayores porcentajes en Cluster C. El trabajo de Iketani et al. (2004), a pesar de establecer como edad de corte para delimitar los subgrupos los 25 años,

encontró que los de inicio temprano obtuvieron mayor probabilidad de tener un TPe, y el más común fue el Cluster B (58.1%) y C (58.1%). Como podemos ver estos datos coincidirían con los encontrados en nuestro estudio donde el porcentaje de TPe es mayor en el grupo de inicio temprano y el Cluster con mayor prevalencia en este grupo es el C seguido del B. Los diagnósticos más frecuentes en el estudio de Iketani et al (2004) en el grupo de inicio temprano fueron el TPe Dependiente (30.8%), Límite (29%) y TPe Evitativo (25.8%). En nuestro estudio coincidiría el diagnóstico del TPe Evitativo pero no del resto. Con respecto al grupo de inicio tardío el Cluster C fue el más prevalente (39.2%), seguido del B (20.3%) y el A (6.8%). Estos resultados coinciden en parte con nuestro estudio donde el Cluster C es el más prevalente seguido del A. Los diagnósticos más frecuentes en este caso fueron el TPe Evitativo con un 20.3%, el Obsesivo-compulsivo con un 18.9% y el Dependiente con un 13.5%. En nuestro estudio, al igual que en el de Iketani et al. (2004), los diagnósticos de TPe Evitativo y TPe Dependiente son los más frecuentes, no así el Obsesivo-compulsivo.

*

*

*

Con respecto a las diferencias en variables de personalidad en función del **sexo** de los participantes podemos decir que sí se ha cumplido nuestra hipótesis. En nuestra muestra de TPA se han observado diferencias aunque estas diferencias han sido muy escasas. Utilizando el MCMI-III, el grupo de hombres ha obtenido una mayor prevalencia de TPe, mayores porcentajes de diagnóstico en cluster C y A, los TPe más frecuente en hombres ha sido el TPe Evitativo y Compulsivo. El TPe Histriónico es el más diagnosticado en mujeres de los TPe del cluster B. De las diferencias encontradas utilizando el MCMI-III han obtenido significación estadística el TPe Paranoide siendo las mujeres las que obtienen una media mayor. Mediante el NEO-PI-R también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en las facetas Franqueza, que obtiene medias superiores en las mujeres y en la faceta Actitud Conciliadora que obtiene medias superiores en el grupo de varones. Estos resultados irían en la línea de los obtenidos por otros investigadores que ponen de manifiesto la existencia de diferencias en personalidad

en función del sexo en pacientes diagnosticados con TPA (Reich, 1987; Reich y Troughton, 1987; Reich et al., 1994; Barzega et al., 2001).

En cuanto a la **edad de inicio del trastorno**, aparece un mayor porcentaje de TPe en el grupo de inicio temprano del TPA, aunque éstas diferencias son mínimas (alrededor del 1%), por lo que no podemos concluir que la patología de personalidad sea más frecuente en el grupo de inicio temprano del TPA. Sería necesario replicar este estudio con muestras mayores para ver si esa tendencia a un mayor porcentaje de TPe en el grupo de inicio temprano es más sólida y así poder extraer conclusiones. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas utilizando el NEO-PI-R únicamente en el factor Amabilidad y en la faceta Franqueza, ambas obtienen puntuaciones dentro de la media (46-55) en el grupo mayor de 25 años y puntuaciones bajas (36-45) en los menores o iguales a 25 años. El inventario de personalidad MCMI-III no ha obtenido ninguna diferencia estadísticamente significativa en función de la edad de inicio del problema. A pesar de no existir diferencias en personalidad muy notables entre ambos grupos teniendo en cuenta la edad de inicio, llama nuestra atención las diferencias en aspectos clínicos del trastorno. La mayor gravedad, interferencia y número de AP en el grupo de inicio más temprano podría relacionarse con las características de personalidad descritas anteriormente, también con estilos educativos familiares inadecuados, estresores graves a edad temprana o a la carencia de recursos personales de afrontamiento, entre otros. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias educativas de carácter preventivo y también intervenciones precoces cuyo objetivo se centre en aportar recursos específicos de afrontamiento en población infantil, adolescente o joven como podría ser el entrenamiento en solución de problemas, regulación emocional o el entrenamiento en estilos de comunicación asertivos. Estas medidas deberían ir acompañadas de intervenciones en los ambientes más significativos para los menores como son la familia y los contextos educativos.

*

*

*

La hipótesis número tres hace referencia, por una parte, a la existencia de **diferencias estadísticamente significativas en las características de personalidad entre los pacientes del grupo TPA y los participantes del grupo control**, tanto valoradas con el NEO-PI-R como por el MCMI-III. Comenzando por el **NEO-PI-R** encontramos que el perfil de los pacientes del grupo con TPA se diferencia del grupo control en altas puntuaciones en el factor Neuroticismo, en las facetas ansiedad, depresión y vulnerabilidad y puntuaciones bajas en las facetas emociones positivas, acciones y franqueza. Freire et al. (2007) indican en su trabajo que el grupo con TP, obtuvo diferencias estadísticamente significativas en Neuroticismo cuando se comparó con el grupo control. Con respecto al factor Extraversión, el grupo con TP no obtuvo diferencias estadísticamente significativas al compararse con el grupo control. Carrera et al. (2006) ponen de manifiesto que los pacientes con TP tienen un perfil de personalidad caracterizado por puntuaciones altas en Neuroticismo y los pacientes con agorafobia son más introvertidos que los controles. Bienvenu et al. (2001, 2004) añade a estos resultados puntuaciones bajas en cordialidad y emociones positivas. Podemos decir que al igual que otros autores, nuestra muestra de pacientes con TPA ha obtenido un perfil de personalidad que se diferencia significativamente a nivel estadístico del perfil de personalidad del grupo control en el alto neuroticismo (Watson et al., 1988; Angst y Vollrath, 1991; Trull y Sher, 1994; Katon et al., 1995; Krueger, 1999a; Bramsen et al., 2000; Fauerbach et al., 2000; Jankowsky et al., 2000; Samuels et al., 2000; Bienvenu et al., 2001, 2004). Junto al alto neuroticismo, algunos investigadores han encontrado la baja extraversión. En nuestro estudio, las medias encontradas tanto en el grupo TPA como en el control se sitúan en el intervalo de puntuaciones bajas (36-45) en el factor Extraversión (MD: 39.64, DT: 13.00 y MD: 44.37, DT: 13.46 respectivamente). Por lo que se refiere a las facetas, Bienvenu et al. (2001, 2004) encontraron, al igual que en nuestra muestra, diferencias significativas a nivel estadístico en la faceta de emociones positivas, siendo más bajas en el grupo con agorafobia. No se han descrito diferencias estadísticamente significativas en referencia a las facetas de acciones y franqueza en otros trabajos revisados.

Utilizando el **MCMI-III** encontramos que el perfil característico de los pacientes del grupo TPA a diferencia del perfil obtenido por el grupo control es el siguiente: puntuaciones elevadas en los TPe Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Narcisista, Negativista, Autodestructivo, Límite y Paranoide. Puntuaciones más bajas en TPe Agresivo y Esquizotípico. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas con el grupo control en los TPe Histriónico, Antisocial y Compulsivo. Reich y Troughton (1987) compararon los resultados obtenidos mediante distintas medidas de personalidad en pacientes con TP y controles. Sus resultados utilizando el MCMI fueron los siguientes: encontraron diferencias estadísticamente significativas en el cluster C, en el TPe Dependiente, TPe Evitativo y TPe Pasivo-agresivo. Estos resultados indicarían que los pacientes con TPA se caracterizan por su elevada prevalencia en los trastornos del cluster C de los TPe. A pesar de este estudio que hemos citado, la mayoría de trabajos revisados centran su interés en el estudio de la prevalencia de TPe y el tipo de TPe más frecuentes en muestras de pacientes con TP/TPA y en su comparación con otros trastornos de ansiedad. No hemos encontrado otros trabajos que, desde un modelo clínico, ofrezcan resultados con respecto a las diferencias estadísticamente significativas entre pacientes clínicos (TP/TPA) y personas sin diagnóstico de trastorno mental.

*

*

*

Nuestra hipótesis se cumple puesto que los resultados obtenidos indican que sí existen importantes diferencias con significación estadística entre el grupo TPA y el grupo control. El grupo con TPA tendría un perfil de personalidad según el NEO-PI-R caracterizado por la tendencia al malestar psicológico, dificultades para tolerar la frustración y respuestas de afrontamiento desadaptativas (puntuaciones muy altas en el Factor Neuroticismo: mayores a 65). Destacarían por su elevada ansiedad, depresión y sus dificultades en controlar el estrés (puntuación muy alta en la faceta Vulnerabilidad: mayor a 65). Además de estas características también destacarían por sus dificultades en la vivencia de emociones positivas como la alegría, felicidad, amor o entusiasmo (puntuaciones bajas en el Factor Extroversión: 36-45), no estarían interesados en realizar actividades nuevas y diferentes

(puntuaciones bajas en la Faceta Acciones: 36-45) y, por último, estarían más dispuestos a manipular mediante el engaño y serían más cautos en la expresión de emociones (puntuaciones medias en la Faceta Franqueza: 46-55). El grupo control se diferenciaría del grupo TPA por obtener puntuaciones medias (46-55) en el factor Neuroticismo y Amabilidad por lo que se caracterizarían por ser personas más estables emocionalmente, más bondadosos, compasivos, afables, confiados, serviciales, atentos, sensibles y empáticos. Estos resultados indicarían que el alto Neuroticismo y la baja Extroversión son los factores de personalidad más característicos de las personas con TPA. Teniendo en cuenta el MCMI-III obtenemos un perfil para el grupo con TPA caracterizado por puntuaciones elevadas en los TPe Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Narcisista, Negativista, Autodestructivo, Límite y Paranoide. También se obtienen puntuaciones más bajas en TPe Agresivo y Esquizotípico. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas con el grupo control en los TPe Histriónico, Antisocial y Compulsivo. Estos resultados indicarían que al comparar el grupo de TPA con el grupo control en cuanto a las medias obtenidas en los TPe según el MCMI-III, existen tres TPe que aparecerían por igual en ambos grupos. Por una parte, se pone de manifiesto la posibilidad de obtener puntuaciones elevadas en un TPe sin un diagnóstico de Eje I y por otra parte podemos decir que la existencia de un trastorno de Eje I como el TPA no sería el único factor a considerar para el desarrollo de un TPe. Sería muy interesante averiguar si todos los TPe se presentan en la misma proporción en población normal o existen TPe específicos, como los encontrados en nuestra muestra (TPe Histriónico, Antisocial y Compulsivo), que aparecen con mayor frecuencia en la población normal. En caso de que esta última opción fuese cierta, podríamos considerar si algunos rasgos o TPe podrían estar siendo reforzados en nuestra sociedad provocando, por una parte, una mayor prevalencia de estos trastornos y por otra, una creciente normalización de los mismos. En esta línea de reflexión nos gustaría citar algunos Ejemplos como el TPe histriónico y los cada vez más numerosos programas televisivos que refuerzan el éxito social y la fama independientemente del medio por el que se consigan, o el fomento de las llamadas de atención por medio de un determinado vestuario, actitud o imagen corporal, etc. Otro Ejemplo de la influencia

social y educativa en el posible desarrollo de rasgos patológicos de personalidad sería el TPe Dependiente en mujeres de países marcadamente misóginos por sus ideologías políticas y/o religiosas. Con respecto a los rasgos obsesivos mencionaremos el estilo de funcionamiento conocido en el mundo anglosajon como *winner-loser*, una tendencia cada vez más extendida en los países del 1er mundo por el que es necesario conseguir el éxito social, laboral y/o familiar o, de lo contrario, te conviertes en un “perdedor”. La sociedad occidental promueve la productividad y la racionalidad en áreas tan fundamentales para el ser humano como el trabajo. Es decir, los patrones obsesivos están muy reforzados en las sociedades más industrializadas.

Por otro lado, la sociedad del bienestar conseguida con mucho esfuerzo por generaciones anteriores ha proporcionado una sensación de poder conseguir las cosas sin esfuerzo. Existe la percepción de que estamos fomentando la baja tolerancia a la frustración y el aburrimiento. Muchas de estas formas de funcionamiento, fácilmente reconocibles en nuestra sociedad, pueden llevar consigo el desarrollo de conductas antisociales como medio para conseguir los objetivos de forma rápida o de cubrir las necesidades a costa de los demás, Ejemplo de ello son las cada vez más frecuentes noticias en los medios de comunicación con respecto a robos, extorsiones, amenazas, agresiones físicas, etc... Desde una perspectiva más científica se encuentra de nuevo en auge el estudio de los llamados psicópatas subclínicos (ver Lebreton, Binning y Adorno, 2006 para una revisión).

También es interesante observar que el único TPe que aparece en las tres muestras de participantes, aunque con distinta prevalencia (9,1 % grupo control; 8,9 % grupo subclínico y 3,8 % grupo TPA) es el TPe Obsesivo-compulsivo. Este resultado nos hace cuestionarnos: ¿Qué variables influyen en que algunas personas con un diagnóstico de Eje II como el TPe Obsesivo-compulsivo desarrollen un TPA y otras no?. En esta misma línea de discusión llama también nuestra atención que, con respecto a la comparación entre ambos grupos en prevalencia de TPe según el MCMI-III, el grupo control ha obtenido la media más alta comparado con el resto de grupos (Tabla 33, pág. 262) a pesar de que se ha descartado que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Este resultado podría poner de manifiesto, como hemos indicado

anteriormente, la existencia de otras variables llamemoslas “protectoras”, responsables de impedir el desarrollo o la manifestación del TPA. Por otra parte, podemos decir que también cabría la posibilidad de que existan otros factores que influyan en el desarrollo del TPA como la sensibilidad a la ansiedad, la regulación emocional o incluso factores de tipo social o familiar. De hecho, recordamos que las puntuaciones obtenidas en el ASI y en todas las escalas del BSI por parte del grupo control fueron inferiores a las puntuaciones normativas de ambos instrumentos. Para clarificar estos aspectos y llegar a conclusiones más sólidas sería necesaria la evaluación más exhaustiva del grupo control así como también la realización de un estudio comparativo entre dos grupos clínicos con TPA: un grupo con diagnóstico en Eje II y otro sin diagnóstico de Eje II. Este análisis comparativo no se ha podido realizar en este estudio debido al pequeño número de pacientes con TPA y TPe que aparece en nuestra muestra. La identificación y estudio de las variables “protectoras” en el desarrollo del TPA podría ayudarnos a prevenir la aparición del trastorno en pacientes con riesgo como por Ejemplo los que tienen diagnóstico en Eje II o puntuaciones elevadas en el ASI o bajas en el ACQ. Finalmente, las grandes diferencias encontradas entre los grupos TPA y control ponen de manifiesto que las personas con mayor equilibrio emocional están más protegidas para no desarrollar trastornos psicológicos en Eje I e incluso a pesar de tener diagnóstico en Eje II pueden no desarrollar un TPA. Nuevamente se pone de manifiesto la importancia de trabajar contenidos relacionados con la inteligencia emocional en niños/as y jóvenes con el fin de prevenir la aparición de problemas emocionales que pudieran provocar trastornos psicológicos en la infancia, adolescencia o edad adulta.

*

*

*

La segunda parte de la hipótesis número tres, hace referencia a la existencia de **similitudes en características de personalidad entre los pacientes del grupo TPA y los participantes del grupo subclínico**. Si tenemos en cuenta el inventario **NEO-PI-R** observamos que únicamente se han producido diferencias estadísticamente significativas en la faceta Ansiedad social del factor Neuroticismo siendo mayores las puntuaciones del grupo subclínico. Los resultados obtenidos

indicarían que la muestra de participantes subclínicos comparten las características de personalidad encontradas en los pacientes del grupo TPA. Los resultados coinciden al utilizar el **MCMI-III**, es decir, no existe un perfil diferencial de características de personalidad entre el grupo TPA y el subclínico cuando utilizamos el MCMI-III. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La utilización de un grupo subclínico en el estudio de las características de personalidad en pacientes con TP/TPA no se ha realizado en ningún otro estudio de los que hemos revisado, por lo que no ha sido posible realizar la comparación entre nuestros resultados y los de otros autores. Nuestro trabajo representa una contribución en este sentido. Para la selección de nuestra muestra subclínica utilizamos el índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI; Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986). Las personas que puntúan alto en esta variable y pese a no tener un diagnóstico de TP presentan una gran similitud por lo que se refiere a características de personalidad con pacientes diagnosticados. Podría ser que las personas pertenecientes al grupo subclínico compartan una vulnerabilidad a padecer problemas de ansiedad como los pacientes. Esto abre el camino a distintas preguntas que sería interesante responder como por Ejemplo: si las características de personalidad y la sensibilidad a la ansiedad son similares en ambos grupos es posible que hayamos evaluado a estas personas en un momento en que todavía no se ha activado el trastorno, por lo que sería conveniente realizar un estudio longitudinal para determinar si estas características constituyen realmente un factor de riesgo para padecer TP. También sería interesante determinar el peso diferencial de la sensibilidad a la ansiedad y las características de personalidad en la probabilidad de padecer un TP.

*

*

*

A tenor de los resultados obtenidos podemos concluir que no existen diferencias en la mayoría de características de personalidad entre el grupo con TPA y el grupo subclínico de nuestro estudio, es decir, nuestra hipótesis se cumple. Estos resultados apoyan las nuevas propuestas en la conceptualización y clasificación de los trastornos emocionales en las que se afirma que existen características básicas comunes en todas ellas (Brown y Barlow, 2009). La única

diferencia encontrada mediante el NEO-PI-R se ha producido en la faceta Ansiedad Social que ha obtenido mayores puntuaciones en el grupo subclínico. La similitud de características de personalidad entre ambos grupos indicaría que en el grupo subclínico pudieran existir variables “protectoras” para el desarrollo del TPA. Al igual que en la hipótesis anterior concluimos que, sería interesante realizar una evaluación más amplia y detallada del grupo subclínico que nos ayude a identificar qué aspectos marcan las diferencias entre el grupo subclínico y el clínico, es decir, marcan la diferencia entre las personas que desarrollan un TPA y los que no lo hacen a pesar de la similitud en cuanto a características de personalidad. Estos hallazgos serían de gran relevancia, en primer lugar, para la *identificación de individuos en riesgo o vulnerables* (cobra especial importancia la evaluación y detección precoz en contextos educativos, médicos y laborales), en segundo lugar, para la *implementación de programas preventivos* centrados en incrementar los conocimientos emocionales y educativos para padres y madres, formación de profesionales de la enseñanza o el trabajo de aspectos relacionados con la inteligencia emocional con los niños/ as, adolescentes y jóvenes, entre otros. En tercer lugar, nos ayudaría a *mejorar los protocolos de evaluación y tratamiento psicológicos* añadiendo cuestionarios específicos para el pánico, cuestionarios relacionados con estrategias de afrontamiento, técnicas terapéuticas específicas para el trabajo de la personalidad patológica, etc. Finalmente, estos conocimientos nos ayudarían a conseguir una *mejora en la eficacia, efectividad y eficiencia* de las intervenciones clínicas con el beneficio que supone para el bienestar integral del paciente, la economía, la investigación y el avance terapéutico, entre otras variables relevantes.

*

*

*

Nuestra hipótesis número cuatro se refiere a la **existencia de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables clínicas más relevantes en la evaluación y caracterización del TP y las dimensiones y patrones clínicos de personalidad medidas con ambos instrumentos de personalidad, NEO-PI-R y MCMI-III**. Comenzando por los resultados obtenidos con el **NEO-PI-R** podemos decir que el factor Neuroticismo junto con la faceta Ansiedad han sido las que más

correlaciones estadísticamente significativas han obtenido de entre todas las incluidas en los análisis (6 correlaciones), seguidas de las facetas Depresión (3 correlaciones), Vulnerabilidad y Autodisciplina (2 correlaciones). Como era de esperar, el factor Neuroticismo y las facetas que lo componen ha obtenido el máximo de correlaciones, un total de 17 correlaciones, comparado con las 5 correlaciones obtenidas en el factor Responsabilidad y las facetas que lo componen. El factor Neuroticismo, correlaciona positivamente con la gravedad valorada por el clínico y la sensibilidad a la ansiedad (ASI) y con las variables de la Escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS): malestar y ansiedad anticipatoria. El Neuroticismo correlaciona negativamente con la regulación emocional (ACQ) y la calidad de vida (QL-I). Como podemos observar, las personas con puntuaciones elevadas en Neuroticismo son las personas con mayores puntuaciones en aspectos clínicos relacionados con la gravedad y la ansiedad y, con menores puntuaciones en regulación de la ansiedad y calidad de vida. Estos resultados son similares cuando tenemos en cuenta la faceta Ansiedad que correlaciona positivamente con el grado de malestar, la ansiedad anticipatoria, la evitación interoceptiva y la sensibilidad a la ansiedad y correlaciona negativamente con el ACQ y el QL-I. La faceta depresión correlaciona positivamente únicamente con la gravedad valorada por el clínico y negativamente con la regulación de la ansiedad y la calidad de vida. Podemos decir que las personas que obtienen puntuaciones más elevadas en la faceta depresión, son valoradas por los clínicos con mayor gravedad y tienen dificultades en regular los niveles de ansiedad lo cual les afecta en su calidad de vida. La faceta vulnerabilidad obtiene correlación estadísticamente significativa con la regulación de la ansiedad (ACQ) y la calidad de vida (QL-I). La faceta vulnerabilidad hace referencia a la dificultad para controlar el estrés por lo que podemos afirmar que las personas que se sienten incapaces de afrontar el estrés en sus vidas tienen mayores dificultades en regular los niveles de ansiedad y por lo tanto tienen una peor calidad de vida. La faceta Emociones positivas del factor Extraversión obtiene únicamente una correlación en positivo con la calidad de vida, es decir, las personas que tienden a experimentar más emociones positivas tales como alegría, felicidad, amor, ilusión y entusiasmo disfrutan de una mejor calidad de vida. La faceta Acciones del factor Apertura que

hace referencia a la disposición a intentar actividades nuevas y diferentes correlaciona negativamente con el grado de malestar y con la evitación interoceptiva. Estos resultados podrían indicar que las personas que prefieren las actividades nuevas y variadas experimentan menor malestar y menor evitación de síntomas físicos que aquellas que prefieren las actividades familiares y rutinarias. El prestar atención a las actividades nuevas puede lograr que la persona no preste tanta atención a sus síntomas físicos por lo que no aumentaría su miedo y malestar. Las puntuaciones bajas en la faceta Franqueza (factor Amabilidad) hacen referencia a la cautela con respecto a expresar los verdaderos sentimientos; esta faceta ha correlacionado negativamente con interferencia laboral (Escala de gravedad del trastorno de pánico, PDSS), lo que podría indicar que las personas con TPA con puntuaciones bajas en Franqueza sufren mayor interferencia laboral debido a la dificultad que experimentan en comunicar lo que piensan y sienten en su entorno de trabajo. El factor Responsabilidad obtiene una única correlación en positivo con la calidad de vida (QL-I) lo que parece indicar que las personas más responsables tienen una mejor calidad de vida. La faceta Orden (factor Responsabilidad) correlaciona negativamente con la interferencia laboral (Escala de gravedad del trastorno de pánico, PDSS), lo que podría indicar que los pacientes con TPA con puntuaciones bajas en orden sufren mayor interferencia laboral. Esto puede deberse a que el mundo laboral, en general, exige y refuerza las habilidades relacionadas con el factor responsabilidad por lo que las personas poco ordenadas, organizadas y esmeradas tendrían más dificultades en esta área concreta. La faceta Autodisciplina correlaciona positivamente con la calidad de vida y negativamente con la gravedad percibida por el clínico. Quizá las personas con mayor capacidad de automotivación y que se esfuerzan por conseguir sus objetivos a pesar del aburrimiento o las distracciones que puedan producirse, consiguen más objetivos que otras personas obteniendo así mayor calidad de vida y menor gravedad en sus síntomas. La faceta Deliberación no ha obtenido ninguna correlación con significación estadística y la faceta Sentido del deber la ha obtenido en positivo con la calidad de vida (QL-I). Los resultados indicarían que las personas que se caracterizan por adherirse estrictamente a sus principios éticos y cumplen sus obligaciones morales disfrutan de una mayor calidad de vida.

Las medidas clínicas que han obtenido mayor número de correlaciones estadísticamente significativas han sido la calidad de vida (QL-I), con un total de ocho y la regulación de la ansiedad (ACQ) con cuatro, todas las correlaciones se han obtenido con el factor Neuroticismo y sus facetas (ansiedad, depresión y vulnerabilidad). Con respecto al ACQ, nos parece muy interesante esta medida ya que evalúa regulación de la ansiedad. Pensamos, como otros autores, que la regulación emocional es un aspecto clave en los trastornos emocionales y también en los TPe (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Gross, 2007; Brown y Barlow, 2009). Por ello nos parece muy relevante que la capacidad de regular la ansiedad esté muy relacionada con un factor de personalidad de la entidad del Neuroticismo. El Neuroticismo se define como la inestabilidad emocional o la tendencia a experimentar emociones negativas. Podría ser que la regulación de las emociones negativas sea una característica que complementa a otras facetas o dimensiones de la personalidad como el Neuroticismo. Sería conveniente profundizar en las relaciones entre la regulación emocional y el Neuroticismo.

Podemos concluir diciendo que el factor Neuroticismo y sus facetas Ansiedad, Depresión y Vulnerabilidad son las características de personalidad que más correlaciones estadísticamente significativas obtienen con las características clínicas consideradas. Las medidas clínicas relacionadas con la gravedad, Escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS), y con la regulación emocional, el ACQ, son las que más correlaciones han conseguido con este factor, un total de 5 y 4 respectivamente. El QL-I, relacionado con la interferencia, obtiene 4 correlaciones estadísticamente significativas.

Mediante el inventario **MCMI-III** también hemos obtenido correlaciones estadísticamente significativas. El TPe Esquizoide ha obtenido cuatro correlaciones estadísticamente significativas, en positivo con las medidas clínicas: gravedad valorada por el clínico y frecuencia de ataques de pánico y en negativo con la regulación de la ansiedad y la calidad de vida. Este trastorno se caracteriza por la falta de deseo y la incapacidad para experimentar placer o dolor intenso, tienden a

ser apáticos, desganados, distantes y asociales. Estas características justificarían la valoración de gravedad por parte de los clínicos, por otra parte, quizá la existencia de una excesiva demanda externa y las dificultades en regular la ansiedad puedan provocar el aumento en el número de ataques de pánico en estos pacientes con la consecuencia lógica de menoscabar su calidad de vida. El TPe Fóbico únicamente obtiene una correlación estadísticamente significativa con la calidad de vida. Las personas con rasgos de personalidad fóbicos (evitativos), experimentan pocos refuerzos positivos, permanecen alerta, preparados para distanciarse de la anticipación ansiosa de las experiencias dolorosas o negativas. Se protegen mediante la retirada de los demás. Como vemos, cuanto mayor sea la evitación hacia los demás se produce un mayor descenso en la calidad de vida lo que enfatiza la importancia de unas relaciones sociales adecuadas y sanas en la promoción de la calidad de vida. El TPe Depresivo correlaciona en positivo con la gravedad percibida por el clínico, el malestar, la ansiedad anticipatoria y la sensibilidad a la ansiedad. Estas correlaciones son lógicas cuando entendemos que los rasgos de personalidad depresiva indican la tendencia a evitar actividades por el temor a la experiencia de dolor, tristeza o fracaso, como consecuencia aumenta el malestar, los niveles de ansiedad incluyendo la anticipación ansiosa y disminuye de manera importante la calidad de vida. Estos síntomas son valorados con mayor gravedad por los clínicos. Por último mencionar la aparición de nuevo de la regulación de la ansiedad (ACQ) como variable a tener en cuenta para entender esta patología de la personalidad. El TPe Dependiente obtiene siete correlaciones estadísticamente significativas, en positivo con la gravedad valorada por el clínico, la evitación interoceptiva, la interferencia social, la sensibilidad a la ansiedad (ASI) y la agorafobia (FQ). Obtiene correlaciones en negativo con la regulación de la ansiedad y la calidad de vida. Los rasgos dependientes indican la tendencia a permanecer en alerta constante por el temor al abandono y a no considerarse capaces de asumir la responsabilidad de dirigir sus vidas, por ello, las variables clínicas relacionadas con la sensibilidad a la ansiedad y la evitación de las sensaciones físicas han obtenido correlaciones significativas. Relacionada con la ansiedad aparece la agorafobia (FQ), los pacientes con TPA, en muchas ocasiones, necesitan ser acompañados a lugares donde consideran que es probable

experimentar ataques de pánico y así se sienten más seguros. La agorafobia ha correlacionado con la personalidad dependiente ya que, como vemos, puede considerarse una manifestación más de este TPe. El deterioro de las relaciones personales puede producirse por el cansancio que conlleva el hacerse responsable de todo lo que concierne a la persona dependiente y a sus demandas continuas de compañía y seguridad. Parece que la regulación de la ansiedad es una variable que, de nuevo, parece aportar datos sobre el hecho de que experimentar ansiedad y no disponer de recursos suficientes para regularla provoca una mayor gravedad en la sintomatología y una menor calidad de vida. Los TPe Histriónico y Narcisista coinciden en correlacionar en negativo con la gravedad valorada por el clínico y en positivo con la calidad de vida. Los resultados obtenidos indicarían que los rasgos Narcisistas e Histriónicos no son valorados por los clínicos con más gravedad. El perfil característico de estas personalidades relacionado con la aparente seguridad personal, sus habilidades sociales y su búsqueda de aprobación ha podido producir confusiones en la evaluación de la gravedad percibida por los clínicos, además también es posible que haya influido la ausencia de deterioro en su calidad de vida. Por lo que se refiere al TPe Agresivo (sádico) ha correlacionado significativamente a nivel estadístico con la sensibilidad a la ansiedad. A mayor puntuación en esta escala mayor sensibilidad a la ansiedad. Estos rasgos de personalidad indican una tendencia a mostrarse hostiles y combativos, parecen indiferentes por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Quizá su carácter dominante, antagónico y persecutorio aumente los niveles de arousal y ansiedad. El TPe Obsesivo-compulsivo correlaciona negativamente con las medidas clínicas: interferencia laboral, agorafobia y calidad de vida. Los datos indicarían que estas personalidades caracterizadas por el control y el perfeccionismo, tienen menos dificultades en el contexto laboral donde se tiende, en muchas ocasiones, a reforzar estos rasgos de la personalidad. Por otra parte los pacientes con rasgos obsesivos son menos agorafóbicos, quizá su grado de autoexigencia y su miedo a la desaprobación social les permite vencer la evitación a permanecer en determinados lugares. Como consecuencia de su patología su calidad de vida está deteriorada como en la mayoría del resto de TPe. Con respecto a los TPe Pasivo-agresivo y Autodestructivo ambos obtienen dos

correlaciones estadísticamente significativas en negativo con las variables clínicas: regulación de la ansiedad y calidad de vida. Parece evidenciarse que las dificultades en regular la ansiedad puede ser un factor que subyace, o es consecuencia, de estos patrones de funcionamiento caracterizados por la vivencia de emociones como la culpa, la ira, la vergüenza o la venganza. Nuevamente, es en la calidad de vida donde se percibe la interferencia de estos patrones de personalidad disfuncionales. El TPe Esquizotípico ha obtenido cinco correlaciones con significación estadística. Correlaciona positivamente con la gravedad valorada por el clínico, el grado de malestar (Escala de gravedad del trastorno de pánico, PDSS) y la sensibilidad a la ansiedad (ASI). Correlaciona negativamente con la regulación de la ansiedad y la calidad de vida. Este patrón de personalidad está caracterizado por un déficit social e interpersonal, notables excentricidades y pueden mostrarse cautos e hipersensibles o bien aplanados emocionalmente y con déficits afectivos. Sus características de personalidad les provocan un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales. Resultan lógicas las correlaciones encontradas con este TPe relacionadas con la gravedad, el malestar y la ansiedad. Nuevamente, la regulación de la ansiedad y la calidad de vida aparecen relacionadas con un TPe. El TPe Límite ha obtenido siete correlaciones estadísticamente significativas. El patrón de inestabilidad e impulsividad emocional y el caos en todas las áreas de la persona, especialmente en la interpersonal, son las características que definirían a estos patrones de funcionamiento. Se han obtenido correlaciones positivas con la gravedad valorada por el clínico, la evitación interoceptiva, la interferencia social, la sensibilidad a la ansiedad y la agorafobia (FQ). Por otra parte, las correlaciones negativas se han obtenido con la regulación de la ansiedad y la calidad de vida como en la mayoría de los TPe. Por último, el TPe Paranoide, obtiene dos correlaciones estadísticamente significativas ambas en negativo con la regulación de la ansiedad y la calidad de vida. En resumen podemos decir que el TPe que más correlaciones estadísticamente significativas ha obtenido ha sido el Dependiente y el Límite (7), seguido del Depresivo (6) y el Esquizotípico (5). Por su parte, las medidas clínicas que han obtenido mayor número de correlaciones estadísticamente significativas

han sido el QL-I (12), el PDSS (9), el ACQ (8) y la gravedad valorada por el clínico (7).

*

*

*

Los resultados obtenidos indican que sí se han producido correlaciones estadísticamente significativas entre las medidas de personalidad utilizadas en este estudio y las variables que miden características clínicas en el TP, por lo que también se cumple esta hipótesis. Tanto el NEO-PI-R como el MCMI-III han obtenido correlaciones estadísticamente significativas. Las medidas clínicas que más correlaciones han conseguido con ambos inventarios de personalidad han sido el PDSS, el QL-I y el ACQ. El factor Neuroticismo y sus facetas Ansiedad, Depresión y Vulnerabilidad y los TPe Dependiente y Límite han sido los que más correlaciones significativas a nivel estadístico han conseguido. Estos resultados indican que las características de personalidad más relacionadas con el TP obtienen correlaciones significativas con tres variables principales; la gravedad del TP (PDSS), la interferencia en la vida cotidiana (QL-I) y la percepción de control de la ansiedad (ACQ). Estos resultados ponen de manifiesto la estrecha relación entre las personas con perfiles de personalidad caracterizados por la inestabilidad emocional (alto Neuroticismo) y/ o dificultades relacionadas con la inseguridad e intensidad emocional (TPe Dependiente y TPe Límite) y la gravedad, interferencia y percepción de control en el TP. Tanto los rasgos de personalidad dependientes como límites indican dificultades relacionadas con la regulación emocional lo cual se relaciona con la vulnerabilidad a padecer ansiedad y depresión. Nuevamente, los aspectos emocionales cobran importancia al relacionarse con el TPA y la personalidad patológica. Partiendo de estos resultados sería aconsejable incluir en los protocolos de evaluación para el TPA instrumentos que evalúen la gravedad, interferencia y percepción de control de la ansiedad y los tratamientos psicológicos para el TPA deben incluir entre sus herramientas terapéuticas técnicas dirigidas al aumento de la regulación emocional sobre todo cuando existe comorbilidad en el Eje II con cluster B o C. En este sentido recordamos la teoría emocional de Greenberg (2004) quién entiende la patología como resultado de fracasos en la regulación del afecto. Su *Terapia Centrada en la Emoción* (Greenberg, 2004)

plantea los siguientes objetivos de trabajo: 1) Aumentar el conocimiento sobre las emociones; 2) Aumentar la regulación emocional y 3) Transformar las emociones. Dentro de la segunda área de trabajo, *la regulación emocional*, plantea las siguientes herramientas terapéuticas: entrenamiento en habilidades de tolerancia emocional (Linehan, 1993), la identificación de emociones, tomar distancia emocional, aumentar la vivencia de emociones positivas, reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas, técnicas de distracción y respiración y técnicas para confortarse a uno mismo. Greenberg (2004) menciona en su trabajo que el ambiente es un elemento importantísimo para aprender y facilitar la regulación emocional. Según este autor, es necesario el trabajo con los ambientes significativos de las personas dado que un ambiente emocionalmente seguro, validante y empático puede generar regulación emocional en sus miembros (Bohart y Greenberg, 1997).

*

*

*

La hipótesis número cinco hace referencia al **valor predictivo que las medidas de personalidad tendrán sobre los aspectos más relevantes en el TP**. Los análisis de regresión ponen de manifiesto que de las 12 medidas clínicas que han entrado en la ecuación de regresión, se han encontrado 11 predictores estadísticamente significativos, de los cuales, 7 corresponden a TPe del MCMI-III (63.64%) y 4 corresponden a facetas del NEO-PI-R (36.36%). Los análisis con escalas del **MCMI-III** ponen de manifiesto que el TPe Esquizotípico predice la gravedad valorada por el clínico y la regulación emocional (ACQ). Millon sitúa al trastorno Esquizotípico entre los trastornos de mayor gravedad, por ello nos parece lógico que esta escala de su cuestionario prediga la gravedad. Con respecto al valor predictivo de la escala Esquizotípica con respecto a la regulación de la ansiedad, y como ya hemos comentado, la regulación emocional nos parece un aspecto clave en los TPe. El trastorno Esquizotípico se caracteriza por una gran inadecuación en varias áreas estructurales entre las que se incluye la emocional que muchas veces se traduce en una dificultad en la modulación de los afectos. Por ello no nos sorprende que estas dos variables estén tan relacionadas. El TPe Esquizoide

predice la frecuencia de AP (PDSS). Este resultado parece contradictorio pero podría explicarse por la gran vulnerabilidad que caracteriza a estos pacientes. Es posible que si se produjeran demandas ambientales que rompieran la rutina en su vida cotidiana pudieran responder con frustración, ira o ansiedad. El TPe Depresivo predice la ansiedad anticipatoria. El TPe depresivo se caracteriza por la experimentación de dolor de manera permanente, una inclinación hacia el pesimismo, el desánimo, una sensación de rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría (Millon, Davis y Millon, 2007). Bajo esta perspectiva la ansiedad anticipatoria puede interpretarse como un mecanismo para no afrontar la gran probabilidad de fracaso. El TPe Dependiente ha conseguido un valor predictivo significativo a nivel estadístico con respecto a la interferencia social y la AG (FQ). Tampoco nos sorprende esta relación considerando que el trastorno dependiente está caracterizado por una necesidad de protección por parte de los demás y por esperar pasivamente a que otros tomen el mando y se la proporcionen. Consideramos que una persona con estas características que experimente ataques de pánico tendrá una mayor probabilidad de desarrollar agorafobia, restringiendo los lugares en los que se siente seguro buscando la protección de los demás. Esta forma de funcionamiento puede provocar una mayor interferencia en las relaciones interpersonales. El TPe Fóbico predice la calidad de vida (QL-I). La evitación generalizada que caracteriza a este patrón de personalidad puede llegar a menoscabar de manera muy notable la calidad de vida. Estos resultados contradicen los encontrados por autores como Chambles, Renneberg y Goldstein (1992), quienes utilizando el MCMI-II, concluyeron que las medidas de TPe no correlacionaban significativamente con variables clínicas como la gravedad de la agorafobia o la frecuencia de AP.

Si tenemos en cuenta el **NEO-PI-R** las únicas facetas que han conseguido predecir con significación estadística alguna de los aspectos clínicos han sido, la faceta de personalidad Ansiedad (factor Neuroticismo) que predice el grado de malestar, la evitación interoceptiva y la sensibilidad a la ansiedad (ASI) y la faceta Franqueza que predice la interferencia laboral (PDSS). De nuevo una faceta del Neuroticismo (Ansiedad) muestra una relación muy significativa con algunas de las

variables clínicas más características del TPA, la sensibilidad a la ansiedad y la evitación interoceptiva, variables que, a su vez están enormemente relacionadas entre sí. La tendencia a experimentar ansiedad como rasgo de personalidad explicaría un aumento en la expectativa y el miedo a padecer los síntomas físicos de ansiedad y como consecuencia una mayor evitación de los mismos. También aparece una relación importante entre la ansiedad como rasgo y el malestar emocional, pudiéndose considerar éste como una consecuencia de experimentar ansiedad. Por último, la faceta Franqueza (factor Amabilidad) que hace referencia a la cautela con respecto a expresar los verdaderos sentimientos, predice la interferencia laboral (PDSS), este resultado podría indicar que las personas con TPA con puntuaciones bajas en Franqueza sufren mayor interferencia laboral debido a la dificultad que experimentan a comunicar lo que piensan y sienten. Nos gustaría señalar de manera especial las relaciones encontradas entre los TPe que han demostrado mayor relación con el TPA como son el TPe Dependiente y el Fóbico o Evitativo (Cluster C) y las variables clínicas interferencia social, agorafobia y calidad de vida. Por otra parte y desde una perspectiva de personalidad normal, la relación existente entre la Faceta Ansiedad (Factor Neuroticismo) y las medidas clínicas malestar, evitación interoceptiva y sensibilidad a la ansiedad.

*

*

*

Nuestra hipótesis se cumple. Podemos decir que, algunas de las características de personalidad, escalas esquizotípica, esquizoide, depresiva, dependiente y fóbica del MCMI-III y las facetas Ansiedad y Franqueza del NEO-PI-R han demostrado tener un valor predictivo con respecto a las medidas clínicas más relevantes en el estudio del TPA como son la frecuencia de AP, ansiedad anticipatoria, evitación interoceptiva, sensibilidad a la ansiedad, agorafobia, regulación de la ansiedad, malestar, gravedad, interferencia laboral y social y calidad de vida. Por tanto, se confirma que la personalidad es un factor a tener en cuenta en la caracterización del TPA. Al igual que en otros estudios estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de incluir en los protocolos de evaluación clínica medidas de personalidad dada su fuerte relación sobre numerosas medidas características del TPA. En virtud de los datos conseguidos

aconsejamos el aumento de la formación de los psicólogos clínicos en aspectos relacionados con la personalidad normal y patológica y en los procesos y procedimientos de evaluación de la personalidad así como en los instrumentos desarrollados para tal fin. Por último nos gustaría comentar que es necesaria mayor investigación sobre medidas de evaluación fiables para el estudio de la personalidad patológica.

*

*

*

Finalmente, la sexta hipótesis plantea que **una evaluación utilizando una medida de personalidad basada en un modelo de personalidad normal ofrecería más información relevante o sería más explicativo que una evaluación de la personalidad basada en un modelo clínico para la caracterización clínico-diagnóstica del TP**. De los resultados expuestos en la hipótesis anterior se deriva que el MCMI-III ha conseguido mayor valor predictivo (7 variables clínicas, 63.64%) que el NEO-PI-R (4 variables clínicas, 36.36%) en esta muestra de pacientes con TPA. El modelo clínico de la personalidad de Millon parece ofrecer más información sobre los aspectos clínicos del TPA que el modelo de personalidad normal propuesto por Costa y McCrae. Este es el primer trabajo del que tenemos constancia en el que se compara el valor informativo de un modelo clínico de la personalidad y un modelo de personalidad normal en el TPA. Por la revisión de la literatura y por nuestros conocimientos esperábamos que un modelo dimensional basado en la personalidad normal universalmente validado sería más informativo que un modelo clínico basado en los criterios del DSM-IV para los TPe. No obstante, nos gustaría señalar que respecto al modelo de Costa y McCrae, nuestros datos confirman la gran importancia de la dimensión y las facetas del Neuroticismo para entender y abordar los trastornos de ansiedad. Es este factor, el de la estabilidad o inestabilidad emocional, el que caracterizaría de manera más evidente a las personas con trastornos de ansiedad y en nuestro estudio el que más correlaciones encuentra con variables clínicas relacionadas con el TPA. Nos gustaría señalar y reivindicar la importancia de la visión de Eysenck, que siempre estuvo ligada a la clínica. De hecho, es necesario reconocerle su esfuerzo por aislar los componentes y antecedentes de personalidad de los trastornos mentales

(Pelechado y Pastor, 2005). En nuestro estudio, y en muchos otros, se obtiene el mismo resultado, la dimensión básica de personalidad que une el campo de la personalidad normal con el de la psicopatología es el Neuroticismo (es cierto que otras dimensiones también se relacionan con la psicopatología, pero el Neuroticismo lo hace de una forma amplia y general). Las puntuaciones elevadas en la dimensión de Neuroticismo o de sus facetas están fuertemente relacionadas con aspectos psicopatológicos. Es importante destacar este resultado, ya que esta dimensión se podría conceptualizar como uno de los indicadores de patología más consistentes. Con ello, también es importante llamar la atención a los teóricos de la personalidad que se han preocupado excesivamente por la búsqueda de las dimensiones básicas de la personalidad normal para que vuelvan la vista a Eysenck y a su concepto de Neuroticismo.

La clasificación de los TPe es foco de uno de los grandes debates en psicopatología, las categorías diagnósticas no son lo suficientemente fiables y válidas y en los últimos años se aboga por la adopción de modelos dimensionales para explicar y clasificar la patología de personalidad. Existen diversas propuestas como hemos expuesto en el capítulo dos del marco teórico, algunas de ellas se basan en modelos de personalidad normal como el de Costa y McCrae y otras en modelos clínicos como el de Millon. Nuestro interés desde una perspectiva clínica se centra en averiguar qué modelos de personalidad ayudan a la identificación de patología de personalidad en el TPA. La posibilidad de identificar dicha patología puede dar una visión más integral del estado clínico del paciente y de esta forma, diseñar y aplicar intervenciones terapéuticas más eficaces y eficientes. Bajo esta perspectiva y en este estudio en concreto, el modelo de Millon nos ha proporcionado más información. Por tanto, la hipótesis no se cumple.

Nos gustaría comentar a continuación las **limitaciones** que hemos observado en el estudio. En primer lugar, nos gustaría hacer referencia a la reducida muestra en los distintos grupos del estudio. Sin duda alguna, muestras mayores podrían haber arrojado información más sólida sobre las hipótesis planteadas. Por otra parte, nos gustaría señalar la dificultad en conseguir muestras

más numerosas cuando se realizan investigaciones en psicología clínica. Conseguir 52 pacientes con TPA que participaran en esta investigación costó alrededor de dos años de trabajo. Es interesante resaltar que podría mitigarse este problema llevando a cabo estudios multicentro. Sería necesaria también la mejora en la equiparación de los grupos sujetos a estudio en lo referente a variables demográficas.

Otra limitación del estudio fue la no utilización de una entrevista diagnóstica estructurada para los TPe en los tres grupos. En estudios futuros deberíamos incluir en el protocolo de evaluación una entrevista diagnóstica estructurada para los TPe con el objetivo de mejorar el proceso de obtención del diagnóstico de los participantes y valorar, de manera más objetiva, el grado de acuerdo entre los distintos métodos de evaluación de la personalidad.

También nos gustaría hacer referencia a la necesidad de evaluar de manera más exhaustiva al grupo control y subclínico, esta mejora facilitaría la caracterización más exacta de ambos grupos, así como nos permitiría estudiar variables como por Ejemplo la sensibilidad a la ansiedad (ver McNally, 2002).

Por último, los futuros trabajos que se lleven a cabo en esta línea de investigación deberían incluir en los protocolos de evaluación aspectos relacionados con los estilos educativos y/o de comunicación familiares, asertividad, autoestima, empatía, etc. que pudieran esclarecer las posibles diferencias en aspectos familiares, educativos y emocionales en los tres grupos sometidos a estudio.

II- 5. CONCLUSIONES

- Existe un porcentaje de pacientes con TPA con comorbilidad en el Eje II. En este estudio el porcentaje se acerca al 20%.
- Los TPe más frecuentes en personas diagnosticadas con TPA son los del Cluster C (TPe Evitativo, TPe Obsesivo-compulsivo y TPe Dependiente).
- El resultado obtenido por el MCMI-III al evaluar patología de personalidad en la muestra con TPA ha sido similar al obtenido por los clínicos utilizando una entrevista de personalidad no estructurada. Este es el primer estudio que utiliza dos formas de evaluación de la patología de personalidad en esta población.
- Aunque nuestros resultados no son concluyentes, parecen indicar de forma preliminar que existen diferencias significativas en variables clínicas y de personalidad en función del sexo y de la edad de inicio del TPA. Es necesaria la detección e intervención precoz en niños/as, adolescentes y jóvenes que manifiestan ansiedad para la prevención de trastornos más graves, tanto en Eje I como en Eje II.
- Tanto la patología de personalidad como las dimensiones de personalidad son importantes para la caracterización del TPA. Los TPe Esquizotípico, Esquizoide, Depresivo, Dependiente y Fóbico del MCMI-III y las características de personalidad Ansiedad y Franqueza del NEO-PI-R están fuertemente relacionadas con medidas clínicas relevantes en el TP como son la frecuencia de AP, ansiedad anticipatoria, evitación interoceptiva, sensibilidad a la ansiedad, agorafobia, regulación de la ansiedad, malestar, gravedad, interferencia laboral y social y calidad de vida.
- Es imprescindible incluir en los protocolos de evaluación del TPA medidas que evalúen la personalidad patológica, prestando especial atención al Cluster C de los TPe.
- Es necesario estudiar de manera más exhaustiva los grupos de comparación, tanto el control como el subclínico, con el fin de averiguar qué variables funcionan como protectoras para el desarrollo del TPA.
- Las características de personalidad relacionados con la inestabilidad, inseguridad e intensidad emocional (Neuroticismo) correlacionan significativamente con variables clínicas del TP como la gravedad, la interferencia y la percepción de

control de la ansiedad. Es necesario incluir en los protocolos de evaluación medidas relacionadas con la regulación emocional y otras técnicas de afrontamiento.

- Han llamado nuestra atención el valor informativo que consigue la faceta Franqueza del factor Amabilidad con respecto a la interferencia laboral. Este resultado indicaría la importancia preventiva que tendría el entrenamiento en habilidades de comunicación, especialmente en técnicas asertivas, en los contextos educativos.

- La medida de personalidad MCMI-III basada en el modelo de personalidad patológica de Millon nos ha ofrecido más información sobre la patología de personalidad y su relación con las medidas clínicas más relevantes del TP al compararlo con el NEO-PI-R, cuestionario diseñado desde el modelo de personalidad normal de Costa y McCrae. Es importante avanzar en la caracterización dimensional de los TPe y de los trastornos emocionales sin perder de vista la necesidad de incorporar una perspectiva clínica.

II- 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J. y Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harpers.
- Agras, W. S., Leitenberg, H. y Barlow, D. (1968). Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 19, 423-427.
- Alden, L. E., Lapsa, J. M., Taylor, C. T. y Ryder, A. G. (2002). Avoidant Personality Disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16, 1-29.
- Aluja, A., Cuevas, L., García, L. F. y García, O. (2007). Predictions of the MCMI-III personality disorders from NEO-PI-R domains and facets : Comparison between american and spanish samples. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 307-321.
- Albert, U., Maina, G., Bergesio, C. y Bogetto, F. (2006). Axis I and II comorbidities in subjects with and without nocturnal panic. *Depression and Anxiety*, 23, 422-428.
- Albus, M., Scheibe, G. y Scherer, J. (1995). Panic disorder with or without concomitant depression 5 year after treatment: a prospective follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 34, 109-115.
- Allgulander, C. y Lavori, P. W. (1991). Excess mortality among 3302 patients with "pure" anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 48, 599-602.
- Allport, G. W. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Almagor, M., Tellegen, A. y Waller, N.G. (1995). The Big-Seven Model: A cross-cultural replication and further exploration of the basic dimensions of language trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 300-307
- Alnaes, R. y Torgersen, S. (1988a). DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 348-355.
- Alnaes, R. y Torgersen, S. (1988b). The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders 8Axis II) in an outpatients population. *Acta Psychiatrica Sacandinavica*, 78, 435-492.
- Alnaes, R. y Torgersen, S. (1990). MCMI Personality Disorders Among Patients With Major Depression With And Without Anxiety Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 4, 141-149.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1ª. ed.). (DSM-I). Washington: APA.

- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (2^a, ed.). Washington, DC, APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd, ed.). Washington, DC, APA. (Barcelona, Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a ed. rev.), Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd, rev.). Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* (4 ed., rev.). Washington, DC, APA.
- Ampollini, P., Marchesi, C., Signifredi, R. y Maggini, C. (1997). Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 420-423.
- Ampollini, P., Marchesi, C., Signifredi, R., Ghinaglia, E., Scardovi, F., Codeluppi, S. et al. (1999). Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders*, 52, 203-207.
- Andersch, S. y Hetta, J. (2003). A 15-year follow-up study of patients with panic disorder. *European Psychiatry*, 18, 401-408.
- Andreasen, N. C. y Black, D. W. (1995). *Introductory textbook of psychiatry* (2^a. Ed.). Washington: APA.
- Andrews, J. D. (1966). Psychotherapy of phobias. *Psychological Bulletin*, 66, 455-480.
- Angst, J. y Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 446-452.
- Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1996). Emotion theory as a framework for explaining panic attacks and panic disorder. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 55-76). New York: Guilford Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M. y Roemer, E. (2001). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety*. Kluwer Academic/ Plenum Publishers: New York.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. y Swinson R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-54.
- Antony, M. M., Roth, D. A., Swinson, R. P., Huta, V. y Devins, G. M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 311- 315.
- Antony, M. M. y Swinson, R. P. (2000). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Aronson, T. A. y Logue, C. M. (1987). On the longitudinal course of panic disorder: development history and predictors of phobic complications. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 344-355.
- Arrindell, W. A. y Emmelkamp, P. M. (1986). Marital adjustment, intimacy and needs in female agoraphobics and their partners: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 149, 592-602.
- Asmundson, G. J. y Norton, G. R. (1993). Anxiety sensitivity and its relationship to spontaneous and cued panic attacks in collage students. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 199-201.
- Asnis, G.M. y Van Praag, H.M. (1995). *Panic disorder. Clinical, biological , and treatment aspects*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.

B

- Báguena, M. J. (1996). Modelos socioculturales y colectivos de la personalidad: la personalidad en la cultura. En V. Pelechano (Coor.), *Psicología de la Personalidad*. Ariel: Barcelona (pp. 157-193).
- Báguena, M. J. y Belloch, A. (1985). *Extraversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*, Valencia, Promolibro.
- Baker, R. (1989). *Panic disorder: Theory, research and therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ballenger, J. C., Carek, D., Steele, J. y Cornish-McTighe, D. (1989). Three cases of panic disorder with agoraphobia in children. *American Journal of Psychiatry*, 146, 922-924.
- Ballenger, J.C. y Fyer, A.J: (1993). Examining criteria for panic disorder. *Hospital and Comunity Psychiatry*, 44, 226-228.
- Bandura, A. (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 464-468.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (Caps. 2, 5, 9).
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- Barber, J. P. y DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depresion. *Cognitive Therapy and Research*, 13(5), 441-457.

- Barlow, D.H. (1988a). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H. (1988b). Future directions. En C. G. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Barlow, D. H. y Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York, Guilford Press.
- Barlow, D. H., Chorpita, B. F. y Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 43. Perspectives on anxiety, panic, and fear*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Barlow, D. H. y Craske, M. (1994). *Mastery of your anxiety and panic-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Barlow, D. H. y Craske, M. G (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3): Client workbook for anxiety and panic* (3ª ed.). San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- Baron, M., Gruen, R., Rainer, J. D., Kane, J., Asnis, L. y Lord, S. (1985). A family study of schizophrenic and normal control probands: Implications for the spectrum concept of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 447-454.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2003). *Psicopatología* (3rd Ed.). Thomson. Madrid.
- Barsky, A. J., Delamater, B. A. y Orav, J. E. (1999). Panic Disorder Patients and Their Medical Care. *Psychosomatics*, 40, 50-56.
- Barzega, G., Maina, G., Venturello, S. y Bogetto, F. (2001). Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder. *European Psychiatry*, 16, 173-179.
- Battaglia, M., Bajo, S., Strambi, L. F., Brambilla, F., Castronovo, C., Vanni, G. et al. (1997). Physiological and behavioral responses to minor stressors in Offspring of patients with panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 365-376.
- Battaglia, M., Bertella, S. Politi, E., Bernardeschi, L., Perna, G., Gabriele, A., et al. (1995). Age at Onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1362-1364.
- Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.

- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R.A., Sanderson, W. C. y Skeie, T. M. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behaviour: Discrepant findings in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1195-1199.
- Beck, S., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Ergbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, P. (1998). A multifacet circumplex model of personality as a basis for the description and therapy of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12 (3), 213-225.
- Belloch, A. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Belloch, A y Mira, J. M. (1984). Categorización de personas: Rasgos, Tipos, Prototipos y...Personas?. *Boletín de Psicología*, 4, 7-31.
- Ben-Porath, Y. S., y Waller, N. G. (1992). "Normal" personality inventories in clinical assessment: General requirements and the potential for using the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 14-19.
- Benedikt, V. (1870). Über platzschwindel. *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, 15, 488.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York, Guilford.
- Benkelfat, C., Bradwejn, J., Meyer, E., Ellenbogen, M., Milot, S., Gjedde, A., et al. (1995). Functional neuroanatomy of CCK4-induced anxiety in normal healthy volunteers. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1180-1184.
- Berger, P., Sachs, G., Amering, M., Holzinger, A., Bankier, B. y Katschnig, H. (2004). Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80, 75-78.
- Bermúdez, J. (1997). *La personalidad*. Madrid: Aguilar.
- Bernstein, D., Cohen, P., Vélez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. y Shinsato, L. (1993). The prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
- Bernstein, D., Ueda, D. y Siever, L. J. (1995). Paranoid personality disorder. En W. J. Livesley (dir.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 45-57). Nueva York: Guilford.

- Bernstein, D. (1996). Trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad: El grupo extraño del DSM-IV. En V. E. Caballo (dir.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 2). Madrid: Siglo XXI.
- Berrios, G. E. (1993). European views on Personality Disorders: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (1), 14-30.
- Berry, B. T. R., Wetter, M. y Baer, R. (1995). Assessment of malingering. See Butcher, 1995, 235-248.
- Biederman, J., Petty, C. R., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Faraone, S. V., Fraire, M., Henry, B., McQuade, J y Rosenbaum, J. F. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research*, 153, 245-252.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R., et al. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Bienvenu, O. J., Nestadt, G., Samuels, J. F., Costa, P. T., Howard, W. T. y Eaton, W. W. (2001a). Phobic, panic, and major depression disorders and the five-factor modelo f personality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 154-161.
- Bienvenu, O. J., Brown, C., Samuels, J. F., Liang, K., Costa, P. T., Eaton, W. W. y Nestadt, G. (2001b). Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Research* 102, 73-85.
- Bienvenu, O. J. y Stein, M. B. (2003). Personality and anxiety disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, 17, 139-151.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, .W. W. y Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher-and lower- order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, 20, 92-97.
- Bienvenu, O. J. y Brandes, M. (2005). The Interface of Personality Traits and Anxiety Disorders. *Primary Psychiatry*, 12, 35-39.
- Bienvenu, O. J., Hettema, J. M., Neale, M. C., Prescott, C. A. y kendler, K. S. (2007). Low extraversión and high neuroticismo as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1714-1721.

- Black, D. W., Monahan, P., Wesner, R., Gabel, J. y Bowers, W. (1996). The effect of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo on abnormal personality traits in 44 patients with panic disorder. *Journal of Personality Disorders*, 10, 185-194.
- Black, D. W., Wesner, R. B., Gabel, J., Bowers, W. y Monahan, P. (1994). Predictors of short-term treatment response in 66 patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 30, 233-241.
- Blashfield, R. (1984). *The classification of psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Blashfield, R., Noyes, R. y Reich, J. (1992). *Personality disorders traits in generalized anxiety and panic disorder patients*. Presented at the Personality Disorders Study Group, McLean Hospital, Belmont, MA, June 19.
- Blashfield, R., Noyes, R., Reich, J., Woodman, C. Cook, B. L. y Garvey, J. (1994). Personality Disorder Traits in Generalized Anxiety and Panic Disorder Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 329-334.
- Blashfield, R. K y Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 472-473.
- Bohart, A. y Greenberg, L. (Eds) (1997). *Empathy reconsidered: New directions in theory research and practice*. Washington, DC: APA Press.
- Borden, J. W., Clum, G. A. y Salmon, P. G. (1991). Mechanisms of change in the treatment of panic. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 257-272.
- Borgatta, E. F. (1964). The structure of personality characteristics. *Behavioral Science*, 9, 8-17.
- Boshuisen, M. L., Ter Horst, G. J., Paans, A. M., Reinders, A. A. y den Boer, J. A. (2002). Differences between panic disorder patients and control subjects during anticipatory anxiety and rest. *Biological Psychiatry*, 52, 126-135.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Botella, C. y García-Palacios, A. (1999). The possibility of reducing therapist contact and total length of therapy in the treatment of panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 231-247.
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. y Riva, G. (2007). Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 164-175.
- Bouchard, T. J. y Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics*, 31: 243-273.

- Bouton, M. E., Mineka, S. y Barlow D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-32.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A. J. y van der Ploeg, H. M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1115-1119.
- Breier, A., Charney, D.S. y Heninger, G.R. (1986). Agoraphobia with panic attacks. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1029-1036.
- Breuer, J. y Freud, S. (1961). Studies on hysteria. Standard Edition of the *Complete Works of Sigmund Freud*, vol.3. Hogarth Press.
- Brooks, R. B., Baltazar, P. L., McDowell, D. E., Munjack, D. J. y Bruns, J. R. (1988). Personality disorders co-occurring with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Personality Disorders*, 5, 326-328.
- Brooks, R. B., Baltazar, P. L. y Munjack, D. J. (1989). Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 259-285.
- Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2005). Categorical versus dimensional classification of mental disorders in DSM-V and beyond. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 551-556.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a Dimensional Classification System Base don the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Shedule for DSM-IV*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, G. W., Harris, T. O. y Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 50-57.
- Brown, M., Smits, J. A., Powers, M. B. y Telch, M. J. (2003). Differential sensitivity of the three ASI factors in predicting panic disorder patients´subjective and behavioural response to hyperventilation challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 583-591.

- Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P. y Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. *Behavior Therapy, 35*, 75–99.
- Bruce, S. E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T. y Keller, M.B. (2005). Influence of Psychiatry Comorbidity on Recoery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: a 12-Year Prospective Study. *American Journal Psychiatry, 162*, 1179-1187.
- Buglass, P., Clarke, J., Henderson, A. S., Dreitman, D. N. y Presley, A. S. (1977). A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine, 7*, 73-86.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier D. A. y Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry, 47*, 511-518.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Rae, D. S. y Regier, D. A. (1991). Comparing age at onset of major depression and other psychiatric-disorders by birth cohorts in 5 United-States community populations. *Archives of Genetics Psychiatry, 48*, 789-795.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2 manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. (1995) (Ed.) *Clinical Personality Assessment: Practical Approaches*. New York: Oxford University Press. 10th ed.
- Butcher, J. N. y Rouse, S. V. (1996). Personality: Individuals differences and clinical assessment. *Annual Review of Psychology, 47*, 87-111.

C

- Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carrobles, J. A. (Eds.) (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol 2. Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. Madrid: Siglo XXI, 1995.
- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-560). New York: Guilford Press.
- Candilis, P. J., McLean, R. Y. Otto, M. W., Manfro, G. G., Worthington, J. J. III, Penava, S. J., Marzol, P. y Pollack, M. (1999). Quality of Life in Patients with Panic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 429-434.
- Cantor, N. y Mischel, W. (1979). Prototypes in person perception. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 12, pp. 3-52), New York: Academic.

- Carpiniello, B., Baita, A., Carta, M. G., Sitzia, R., Macciardi, A. M., Murgia, S. y Altamura, A. C. (2002). Clinical and psicosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *European Psychiatry*, 17, 394-398.
- Carrera, M, Herrán, A., Ramírez, M. L., Ayestarán, A., Sierra-Biddle, D., Hoyuela, F., Rodríguez-Cabo, B. y Vazquez-Barquero, J. L. (2006). Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 417-425.
- Carulla, L. S., Seguí, J., Fernández-Cano, P. y Canet, J. (1995). Costs and offset effect in panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166, 23-28.
- Casey, L. M., Oei, T. P. S. y Newcombe, P. A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychology Review* 24, 529-555.
- Caspi, A. y Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-498.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L. y Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1033-1039.
- Caspi, A., Roberts, B. W. y Shiner, R. L. (2005). Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56: 453-484.
- Cattell, R.B. (1947). Confirmation and clarification of primary personality factors. *Psychometrika*, 12, 197-220.
- Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. Nueva York: World.
- Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality*, Baltimore, MD: Penguin
- Cervone, D. (2000). Thinking about self-efficacy. *Behavior Modification*, 24(1), 30-56.
- Chambless, D. L. (1982). Characteristics of agoraphobics. In Chambless D. L., Goldstein, A. J. (eds.): *Agoraphobia: Multiple Perspectives on Theory and Treatment*. New York, John Wiley & Sons.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of "fear of fear" in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.

- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. y Williams, C. (1985). The mobility Inventory of Agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chambless, D. L., Fauerbach, J. A., Floyd, F. J., Wilson, K. A., Remen, A. L. y Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioural observation study. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 502-512.
- Chambless, D. L. y Gracely, E. J. (1988). Prediction of outcome following in vivo exposure treatment of agoraphobia. In I. Hand & H. U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias. II* (pp. 209-220). Berlin: Springer Verlag.
- Chambless, D. L., Hunter, K. y Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness: a comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 403-4.
- Chambless, D. L. y Renneberg, B. (1988). *Personality disorders of agoraphobics*. Comunicación presentada en Worl Congress of Behavior Therapy. Edinburgo, Escocia.
- Chambles, D. L., Renneberg, B. y Goldstein, A. (1992). MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment Outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 193-211.
- Chambles, D. L., Renneberg, B., Goldstein, A. y Gracely, E. J. (1992). MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobics outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 193-211.
- Chen, Y. W. y Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area survey. *American Journal of Psychiatry*, 152, 280-282.
- Choca, J. P. y Van Derbug, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Chorot, P., Pérez-Llantada, C. y Sandín, B. (1995). Métodos de investigación en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds). *Manual de psicopatología Vol. 1*. McGRAW-HILL: Madrid.
- Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1998). Diagnostic reliability of the DSM-III.R anxiety disorders: Mediating effects of patient and diagnostician characteristics. *Behavior Modification*, 22, 307-320.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman, & J. D. Maser (Eds.), *Panic Psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 318-344). Guilford Press.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (Suppl. 1), S5-S57.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman y J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. y Salkovskis, P. (1987). Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual. Manuscrito no publicado.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. y Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Öst, L. G., Breitholtz, E., Koehler, K. A., Westling, B. E., et al. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Clark, L. A. (1990). Toward a consensual set of symptom clusters for assessment of personality disorder. En J. N. Butcher y C. D. Spielberger (dirs.), *Advances in Personality Assessment*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Clark, L. A. (1993). *Manual for the Shedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP). Minneapolis: Univ. Minn. Press.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505-521.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58: 227-257.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

- Clark, L. A., Watson, D. y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1999). Temperament: A new paradigm for trait psychology. In: Pervin, LA.; John, OP., Editors. *Handbook of personality: Theory and research 2*, p. 399-423. New York: Guilford Press.
- Clark, L. A. y Watson, D. (2006). Distress and fear disorders: an alternative empirically based taxonomy of the mood and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 481-483.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorders: A proposal. *Journal of personality Disorders*, 14, 99-108.
- Cloninger C.R., Przybeck T. R., Svrakic D. M. (1991) The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychological Reports* 69: 1047-1057.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. et al. (1994). *The temperament and Character Inventory: A guide to its development and use*. St. Louis, MO, Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger CR., Svrakic D. M. Przybeck T. R. (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50: 975-990.
- Clum, G. A. (1989). Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429-457.
- Clum, G. A., Broyles, S., Borden, J. y Watkins, P. L. (1990). Validity and reliability of the panic attack Symptoms and cognitions questionnaires. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 12, 233-245.
- Clum, G. A. Clum, G. A. y Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- Cohen, M.E. y White, P.D. (1950). Life situations, emotions and neurocirculatory asthenia (anxiety neurosis, neurasthenia, effort syndrome). En H.G. Wolff (De.). *Life stress and bodily disease*. Baltimore: Williams & Williams.
- Coolidge, F. L. y Merwin, M. M. (1992). Reliability and validity of the Coolidge Axis II Inventory: A new inventory for the assessment of personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 59, 223-238.
- Coolidge, F. L. y Segal, D. L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 5, 585-99.

- Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- Coryell, W. H. y Zimmerman, M. (1989). Personality disorder in the families of depressed, schizophrenic, and never-ill probands. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1131-1141.
- Costa, P. y McCrae, R. (1980). Influences of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P. y McCrae, R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. y McCrae, R. (1992). *Inventario de personalidad Neo Revisado (NEO-PI-R). Manual profesional*. TEA Ediciones: Madrid.
- Costa, P. y McCrae, R. (1994). "Set like Blaster"? Evidence for the stability of adult personality. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can personality Change?* (pp. 21-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P., y McCrae, R. (1995). Primary traits of Eysenck's P-E-N system: Three and five factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 308-317.
- Costa, P. T. y Widiger, T. A. (dirs.) (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Costa, P. T. y Widiger, T. A. (2002) (Ed). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality 2*. Washington, DC: American Psychology Association.
- Cox, B. J., Drenfeld, D. M., Swinson, R. P. y Norton, R. G. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 882-887.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Walker, J. R., Kjernisted, K. y Pidlubny, S. R. (2001). Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 567-573.
- Cox, B. J., Norton, R., Swinson, R. P. y Endler, N. S. (1990). Substance abuse and panic-related anxiety: A critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 385-393.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Kuch, K. y Reichman, J. T. (1993). Dimensions of agoraphobia assessed by the Mobility Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 427-431.
- Cowley, D. S., Flick, S. N. y Roy-Byrne, P. P. (1996). Long-term course and outcome in panic disorder: a naturalistic follow-up study. *Anxiety*, 2, 13-21.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Westview Press.

- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R. y Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behavior Research Therapy*, 28, 395-400.
- Craske, M. G., y Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

D

- Da Costa, J.M. (1871). On irritable heart: A critical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, 61, 2-52.
- Dager, S.; Comess, K.; Saal, A. y Sisk, E. (1989). Diagnostic reliability of M-mode echocardiography for detecting mitral valve prolapse in 50 consecutive panic patients. 140th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 369-375.
- Dammen, T., Ekeberg, O., Arnesen, H. y Friis, S. (2000). Personality profiles in patients referred for chest pain: investigation with emphasis on panic disorder patients. *Psychosomatics*, 41, 269-276.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, R. R., Smith, R. D. y Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.
- Davis, M. (1992). The role of the amygdale in fear and anxiety. *Annual Review of Neuroscience*, 15, 353-375.
- Deakin, J. F. W. y Graeff, J. (1991). 5-HT and mechanisms of defence. *Psychopharmacol*, 5, 339-341
- de Beurs, E., Chambless, D. L. y Goldstein, A. J. (1997). Measurement of panic disorder by a modified panic diary. *Depression and Anxiety*, 6, 133-139.
- de Beurs, E., Van Dyck, R., Balkom, A., Lange, A. y Koele, P. (1994). Assessing the clinical significance of outcome in agoraphobia research: A comparison of two approaches. *Behavior Therapy*, 25, 147-158.
- Deckert, J., Catalano, M., Syagailo, Y. V., Bosi, M., Okladnova, O., Di Bella, D., Nothen, M. M., Maffei, P., Franke, P., Fritze, J., Maier, W., Propping, P., Beckmann, H., Bellodi, L. y Lesch, K. P. (1999). Excess of high activity monoamine oxidase A gene promoter alleles in female patients with panic disorder. *Human Molecular Genetics*, 8, 621-624.

- Demyttenaere, K ., Bruffaerts, R ., Lee, S ., Posada-Villa, J ., Kovess, V ., Angermeyer, M ., Levinson, D ., de Girolamo, G ., Nakane, H . y Mneimneh, Z . (2004). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain*, 129, 332 – 342.
- Derksen, J. (1995). *Personality disorders: clinical and social perspectives*. Chichester: Wiley.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dick, C. L., Bland, R. C. y Newman, S. C. (1994). Panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 45-53.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 50, 116-123.
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1246-1256.
- Digman, J. M. y Takemoto-Chock, N. (1981). Factors in the natural language of personality: Reanalysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, 16, 149-170.
- Donnell, C. D. y McNally , R. J. (1989). Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 325-332.
- Donnell, C. D. y McNally , R. J. (1990). Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 83-85.
- Drake, R. E. y Vaillant, G. E. (1985). A validity study of Axis II of DSM-III. *American Journal Psychiatry*, 142, 553-558.
- Dressen, L. y Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 4483-4504.
- Dressen, L., Arntz, A., Luttel, C. y Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behaviour therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265-274.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y. y Caine, E. D. (1994): Age differences in the personality characteristics of suicide completers: Preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry* 57:213–224.
- Dyck, I. R., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., Dolan, R. T., Shea, T., Stout, R. L., Massion, A. O., Zlotnick, C. y Keller, M. B. (2001). Patterns of personality pathology in patients with

generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 15, 60-71.

E

- Eaton, W. W., Holzer, C. E., Von Korff, M., Anthony, J. C., Helzer, J. E., George, L., et al. (1984). The design of the Epidemiologic Catchment Area surveys: The control and measurement of error. *Archives of General Psychiatry*, 41, 942-948.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U. y Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 41, 413-420.
- Echeburúa, E. (1990). La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios del DSM-III-R y del ICD-10. *Revista española del comportamiento*, 1, 1-15.
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Ehlers, A. (1993). Interoception and panic disorder. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(1), 3-21.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T. y Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30, 311-320.
- Endler, N. S. y Magnusson, D. (1976). Toward and interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin*, 83, 956-974.
- Ettigi, P., Meyerhoff, A. S., Chirban, J. T., Jacobs, R. J. y Wilson, R. R. (1997). The Quality of Life and Employment in Panic Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 368- 372.
- Estimation by ILO: http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm.
- Eysenk, H. J. (1947). *Dimensions of personality*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*, Londres, Routledge & Kegan Paul (trad. Española, Paidós, Buenos Aires, 1971).
- Eysenk, H. J. (Ed.). (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenk, H. J. y Eysenk, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenk Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, M. (1982). *Attention and arousal*. New York: Springer.
- Eysenck, H. J. (1985). *Decline and fall of the freudian empire*. Londres: Viking.

- Eysenk, H. J. (1990). Biological dimensions of personality, en L. A. Pervin (ed.), *Handbook of personality. Theory and research* (pp. 244-276), Nueva York, Guildford.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3?- Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 8, 773-790.
- Eysenk, H. J. (1994). Normality-abnormality and the Three-Factor Model of Personality. In: Strack, S.; Lorr, M., editors. *Differentiating normal and abnormal personality*. p. 3-25. New York: Springer.
- Eysenk, S. B. G., Eysenk, H. J. y Barrett, P. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Gratacós, L. y García, S. (1993). Trastorno por angustia en niños y adolescentes: una revisión. *Clínica y Salud*, 4, 145-162.

F

- Faravelli, C. y Albanesi, G. (1987). Agoraphobia with panic attacks: 1-year prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 481-7.
- Faravelli, C., Guerrini Degl'Innocenti, B. y Giardinelli, L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 308-312.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. y Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24.
- Faravelli, C. y Paionni, A. (2001). Panic disorder: clinical course, morbidity and comorbidity. In: Griez, E. J. L., Faravelli, C., Nutt, D., Zohar, J. (Eds.), *Anxiety Disorders. An introduction to Clinical Management and Research*. Wiley, Chichester, pp. 51-79.
- Faravelli, C., Abrardi, L., Bartolozzi, D., Cecchi, C., Cosci, F., D'Adamo, D., Lolacono, B., Ravaldi, C., Scarpato, M. A., et al. (2004). The Sesto Fiorentino Study: point and one year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 226-234.
- Fauerbach, J. A., Lawrence, J. W., Schmidt, C. W., Munster, A. M. y Costa, P. T. (2000). Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 510-517.
- Fava, M., Farabaugh, A. H., Sickinger, A. H., Wright, E., Sonawalla, S., Nierenberg, A. A., Worthington, J. J. III. (2002) . Personality disorders and depression. *Psychological Medicine* 32, 1049-1057.

- Fehm, L. y Margraf, J. (2002). Thought supresión: Specificity in agoraphobia versus broad impairment in social phobia?. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 57-66.
- Fehr, C., Szedgedi, A., Anghelescu, I., Klawe, C., Hiemke, C. y Dahmen, N. (2000). Sex differences in allelic frequencies of the 5-HT2C Cys23Ser polymorphism in psychiatric patients and healthy volunteers: Findings from a association study. *Psychiatry Genetics*, 10, 59-65.
- Ferro, T., Klein, D. N., Schwartz, J. E., Kasch, K. L. y Leader, J. B. (1998). 30-month stability of personality disorder diagnoses in depressed outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 633-659.
- Fierro, A. (Ed.). (1996). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Fifth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities (1998 to 2002), Decision No 182/1999/EC of the European Parliament and of the Council of 22.12.1998, Official Journal L26/1 of 01.02.1999,.Sixth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities covering the period 2002-2006, Decision N° 1513/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 27.06.2002, Official Journal L232/1 of 29.08.2002; Official Journal L294/1 of 29.10.02.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders- Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B. (2005). Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 560-564.
- Fiske, D.W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 44, 329-344.
- Flick, S. N., Roy-Byrne, P. P., Cowley, D. S., Shores, M. M. y Dunner, D. L. (1993). DSM-II-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 27, 71-79.
- Flint, J., Corley, R., DeFries, J. C., Fulker, D. W., Gray, J. A., Miller, S. y Collins, A. C. (1995). A simple genetic basis for a complex psychological trait in laboratory mice. *Science*, 269, 1432-1435.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Foot, M. y Koszycki, D. (2004). Gender differences in anxiety-related traits in patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 20, 123-130.
- Fraenkel, Y., Kindler, S. y Melmed, R. (1997). Differences in cognitions during chest pain of patients with panic disorder and ischemic heart disease. *Depression and Anxiety*, 4, 217-222.
- Fraley, C. Y Roberts, B. W. (2004). Patterns of continuity: a dynamic model for conceptualizing the stability of individual differences in psychological constructs across the life course. *Psychological Review*. In press.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment*, 3. p. 193.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. y Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191-220.
- Freire, R. C., Lopes, F. L., Veras, A. B., Valença, A. M., Mezzasalma, M. A., Nascimeto, I. y Nardi, A. E. (2007). Personality traits spectrum in panic disorder and major depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 31-4.
- Friedman, S., Jones, J. C., Chernen, L. y Barlow, D. H. (1992). Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: A survey of two outpatient clinics. *American Journal of Psychiatry*, 149, 680-685.
- Friedman, C. J., Shear, M. K. y Frances, A. (1987). DSM-III personality disorders in panic patients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 132-135.
- Frost, R. O. y Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Lipsitz, J., MartIn, L. Y. y Klein, D. F. (1996). Panic disorder and social phobia: Effects of comorbidity on familial transmission. *Anxiety*, 2, 173-178.

G

- García Coll, C., Kagan, J. y Reznick, J. S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005-1019.
- Gelder, M.G. (1989). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En J. Guimon, J.E. Mezzich y G.E. Barrios (Eds.), *Diagnóstico en psiquiatria*. Barcelona: Salvat.

- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G. y Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-257.
- Gersten, M., Hirshfeld, D. R., Meminger, S. R., Herman, J. B., et al. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 463-470.
- Gilham, J. E. y Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Gittelman, R. y Klein, D. F. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 17, 56-65.
- Goisman, R. M., Rogers, M. P., Steketee, G. S., Warshaw, M. G., Cuneo, P. y Keller, M. B. (1993). Utilization of behavioural methods in a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 213-218.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Peterson, L. G., Rogers, M. P., Cuneo, P., Hunt, M., Tomlin-Albanese, J., Kazim, A., Gollan, J. K., Reich, J., Epstein-Kayne, T. y Keller, M. B. (1994). Panic, Agoraphobia, and Panic with Agoraphobia: Follow-up data from a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 72-79.
- Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G. y Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 303-311.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. En L. Wheeler (Ed.): *Review of Personality and Social Psychology*, 2, 141-165. Beverly Hills, CA: Sage.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative. Description of personality: The Big- Five Factor Structured. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 6, 1216-1229.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structured. *Psychological Assessment*, 4, 1, 26-42.
- Golberg, L. R. (1993). The structured of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 1, 26-34.
- Goldstein, A. J. y Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 47-59.
- Goldstein, R. B., Wickramaratne, P. J., Horwath, E. y Weismann, M. M. (1997). Familial aggregation and phenomenology of "early"- onset (at or before age 20 years) panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 271-278.
- Goodwin, R.D. , Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R. y Wittchen, H.U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 435-443.

- Goodwin, R.D. (2003). The prevalence of panic attacks in the United States: 1980 to 1995. *Journal of Clinical Epidemiology*, *56*, 914-916.
- Goodwin, R.D., Jacobi, F. y Thfeld, W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1125-1130.
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M. y Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 493-505.
- Gorman, J. M., Papp, L. A., Coplan, J. D., Martínez, J. M., Lennon, S., Goetz, R. R. et al. (1994). Anxiogenic effects of CO₂ and hyperventilation in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 547-553.
- Gosling, S. D. (2001). From mice to men: What can we learn about personality from naimal research?. *Psichological Bulletin*, *127*: 45-86.
- Gottfredson, D. C., Gottfredson, G. D. y Hybl, L. G. (1993). Managing adolescent behavior: A multiyear, multischool study. *American Educational Research Journal*, *30*, 179-215.
- Gould, R. A., Otto, M. W. y Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, *15*, 819-844.
- Graeff, F. G. (1987). The anti-aversive action of drugs. En T. Thompson, P. B. Dews y J. Barrett (Eds.), *Advances in behavioural pharmacology*. Hillside, NJ: Erlbaum.
- Graeff, F. G. (1993). Role of 5-ht in defensive behaviour and anxiety. *Review in the Neurosciences*, *4*, 181-211.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Huang, B. (2005). Co- ocurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatry Research*, *39*, 1-9.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Gray, J. A. (1985). Issues in the neuropsychology of anxiety. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 5-25). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gray, J. A. y McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety: Reprise. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on motivation: Vol. 43. Perspectives on anxiety, panic, and fear*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Green, M.A. y Curtis, G. C. (1988). Personality disorders in panic patients: Response to termination of antipanic medication. *Journal of Personality Disorders*, *2*, 303-314.
- Greenberg, L. S. (2004a). Introduction Emotion Special Issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 1-2.
- Greenberg, L. S. (2004b). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 3-16.

- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., Bellenger, J. C. y Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- Griez, E. J. L., Lousberg, H. y van den Hout, M. A. (1987). CO2 vulnerability in panic disorder. *Psychiatry Research*, 20, 87-95.
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Edell, W. S. y McGlashan, T. H. (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 364-368.
- Gross, J. J. (Ed.). (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Guilford, J. P. (1936). Unitary traits of personality and factor theory. *American Journal of Psychology*, 48, 673-680.
- Guilford, J. S., Zimmerman, W. S. y Guilford, J. P. (1976). *The Guilford-Zimmerman Temperament Survey handbook: Twenty-five years of research and application*. San Diego, CA:EdITS.
- Gunderson, J. G., Links, P. S. y Reich, J. H. (1991). Competing models of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 5, 60-68.
- Gunderson, J. G. y Pollack, W. S. (1985). Conceptual risks of the Axis I-II division. In: Klar, H.; Siever, L. J., editors. *Biologic response styles: Clinical implications*, p. 81-95. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Gunderson, J. G., Ronningstom, E. y Bodkin, A. (1990). The diagnostic interview for narcissistic patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 676-680.
- Gunderson, J. G. y Singer, M. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-10.

H

- Hafner, R. J. y Minge, P. J. (1989). Sex role stereotyping in women with agoraphobia and their husbands. *Sex Roles*, 20, 705-711.
- Hall, C. S. y Lindzey, G. (1970). *Theories of Personality*. New York: Wiley.
- Hampson, S. (1982). Person memory: A semantic category model of personality traits. *British Journal of Psychology*, 73, 1-11.
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111-119.
- Harper, M. y Roth, M. Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety despersonalization syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 3, 129-151.

- Haslam, N. (2003). The dimensional view of personality disorders: a review of taxometric evidence. *Clinical Psychology Review*, 23, 75-93.
- Hataway, S. R. y McKinley, J. C. (1951). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Hayward, G., Killen, J. D., Hammer, L. D., Litt, I. F., Wilson, D. M., Simmonds, B. y Taylor, C. B. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth- and seventh-grade girls. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1239-1243.
- Hayward, G., Killen, J. D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 207-214.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J. y Lonnqvist, J. K. (1996). Panic disorder in completed suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 275-81.
- Hersen M. y Thomas, J.C. (Eds. in Chief). (2006). *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, 3 Volumes*. New York: John Wiley & Sons.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Managed Care*, 3, 1187-1196.
- Himadi, W. G., Boice, R. y Barlow, D. H. (1986). Assessment of agoraphobia: Measurement of clinical change. *Behavior Research and Therapy*, 24, 321-332.
- Hoffart, A. (1995a). A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 423-434.
- Hoffart, A. (1994). State and Personality in Agoraphobic Patients. *Journal of Personality Disorders*, 8, 333-341.
- Hoffart, A. (1995b). State and personality in agoraphobic patients. *Journal of Personality Disorders*, 8, 333-341.
- Hoffart, A. (1997). Interpersonal problems among patients suffering from panic disorder with agoraphobia before and after treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 149-157.
- Hoffart, A. y Hedley, L. M (1997). Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 77-87.

- Hoffart, A. y Martinsen, E. W. (1993). The effect of personality disorders and anxious-depressive comorbidity on outcome in patients with unipolar depression and with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Personality Disorders*, 7, 304-311.
- Hoffart, A., Thornes, K., Hedley, L. M. y Strand, J. (1994). DSM-III-R axis-I and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 186-191.
- Hofman, S. G., Shear, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Hershberger, D., Patterson, M. y Woods, S. (1998). Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depression and Anxiety*, 8, 14-20.
- Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, T., Ballenger, J. C., Mannuzza, S. y Fyer, A. J. (1997). Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 766-772.
- Hollon, S. D. (1999). Rapid early response in cognitive behaviour therapy: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 305-309.
- Horning, C. D. y McNally, R. J. (1995). Panic disorder and suicide attempt a reanalysis of data. *British Journal of Psychiatry*, 167, 76-9.
- Horwath, E., Lish, J., Johnston, J., Hornig, C. D. y Weissman, M.M. (1993). Agoraphobia without panic: clinical reappraisal of an epidemiologic finding. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1496-1501.
- Horwath, E., Cohen, R. S. y Weissman, M. M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In: Tsuang, M. T., Tohen, M. (Eds.). *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, 2nd ed. Wiley-Liss, New York.
- Hyer, S. E. y Rieder, R. O. (1987). *Personality Diagnostic Questionnaire Revised (PDQ)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Hyer, S. E., Rieder, R. D., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Hendler, J. y Lyons, M. (1983). The personality diagnostic questionnaire: development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders*, 2, 229-237.

I

- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1983). Interaccionismo y Psicología de la personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 47-68.

- Ibáñez, E. y Galdón, M. J. (1985). Una historia interminable de la psicología de la personalidad. En M. J. Báguena y A. Belloch (Eds.), *Extroversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad* (pp. 3-49). Valencia: Promolibro.
- Isensee, B., Wittchen, H. U., Stein, M., Höfler, B. y Lieb, M. (2003). Smokin increases the risk of panic. Findings from a prospective community study. *Archives of Genetics Psychiatry, 60*, 692-700.
- Instituto Nacional de Estadística (2005). Encuesta Nacional de Salud año 2003. Ver: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_SN.pdf
- Iketani, T., Kiriike, N., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Iwasaki, Y. et al., (2000). Clinical features of the patients with Ealing disorders and panic disorder. *Clinical Psychiatry, 42*, 1245-1251.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Shidao, A. y Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 171-178.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Minamikawa, N., Shidao, A. y Fukuhara, H. (2004). Patterns of Axis II Comorbidity in Early-Onset Versus Late-Onset Panic Disorder in Japan. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 114-120.

J

- Jackson, H. J. y Burgess, P. M. (2000). Personality disorders in the community: A report from the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35*, 531-538.
- Jackson, D. N. y Paunonen, S. V. (1980). Personality structure and assessment. *Annual Review of Psychology, 31*, 503-551.
- Jacobson, N. S., Follete, W. C. y Revensdorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.
- Jacobson, N. S. y Revensdorf, D. (1988). Statistic for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: issues, problems and the new developments. *Behavioral Assessment, 10*, 133-145.
- Jankowsky, D. S., Morter, S. y Tancer, M. (2000). Over-representation of Myers Briggs Type Indicator introversion in social phobia patients. *Depression and Anxiety, 11*, 121-125.

- Jansen, M. A., Arntz, A., Merckelbach, H. y Mersch, P. P. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 391-395.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M. y Bernstein, D. P. (1999b). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56*, 600-606.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Hamagami, F. y Brook, J. S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: A community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 265-275.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S. y Brook, J. S. (1999a). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56*, 805-811.
- Johnson, M. R. y Lydiard, R. B. (1998). Comorbidity of major depression and panic disorder. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 201-210.
- Johnson, J., Weissman, M. M. y Klerman, G. L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry, 47*, 805-808.
- Johnson, W. y Krueger, R. F. (2005). Higher perceived life control decreases genetic variance in physical health: Evidence from a national twin study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 165-173.
- Jung, C. G. (1921). *Psychological types*. Zurich: Rascher Verlag.

K

- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D. y Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York: Basic Books.
- Kagan, J. y Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1536-1541.
- Kalus, O., Bernstein, D. y Siever, L. (1993). Schizoid personality disorder: A review of current status and implications for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders, 3*, 43-52.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. y Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7ª. Ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Karajgi, B., Rifkin, A., Doddi, S. y Kolli, R. (1990). The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Psychiatry, 147*, 200-201.

- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E. y Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder: alternative pathways of continuity. *Archives of General Psychiatry*, 58, 231-236.
- Katerndahl, D. A. y Realini, J. P. (1993). Lifetime prevalence of panic states. *American Journal of Psychiatry*, 150, 246-249.
- Katerndahl, D. A. y Realini, J. P. (1997). A Quality of Life and Panic-Related Work Disability in Subjects With Infrequent Panic and Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 153-158.
- Katon, W., Vitaliano, P. P., Russo, J., Cormier, L., Anderson, K. y Jones, M. (1986). Panic disorder: Epidemiology in primary care. *Journal of Family Practice*, 23, 233-239.
- Katon, W., Hollifield, M., Chapman, T., Mannuzza, S., Ballenger, J. y Fyer, A. (1995). Infrequent panic attacks: Psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *Journal of Psychiatry Response*, 29, 121-131.
- Katschnig, H., Amering, M., Stolk, J. M., Klerman, G. L., Garvey, M., Roth, M. y Solyom, C. (1995). Long-term follow-up after a drug trial for panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 487-494.
- Katschnig, H. y Amering, M. (1998). The Long-Term Course of Panic Disorder and Its Predictors: Issues in the Long-Term Treatment of Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 6-11.
- Kearny, C. A. y Silverman, W. K. (1992). Let's not push the panic button: A critical analysis of panic and panic disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 12, 293-305.
- Keller, M. B., Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Pratt, L. A., Gollan, J. K., Massion, A. O., et al. (1994). Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: A prospective short-interval naturalistic follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 290-296.
- Kendler, K. (2001). Twin studies of psychiatric illness: An update. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1005-1014.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000a). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Kendler, K. S., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000b). Parenting and adult mood, anxiety, and substance use disorders in female twins: An epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychological Medicine*, 30, 281-294.

- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. y Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 929-937.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1995). The structured of genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorder in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-382.
- Kendall, R. E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Kendall, R. E. (1983). DSM-III: A mayor advance in psychiatric nosology. En R. L. Spitzer, J. B. W. Williams y A. E. Skodol (dirs.), *International perspectives on DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kennedy, B. L., Schwab, J. J. y Hyde, J. A. (2001). Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72, 251-262.
- Kernberg, O. F. (1984). The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 5-23.
- Kessler, R. C., Davis, C. G. y Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in U. S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B. y Zaslavsky, M. (2005). Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352, 2515-23.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M. Eshleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. y Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 30, 17-30.
- Kessler, R. C., Stang, P. E., Wittchen, H. U., Ustun, T. B., Roy-Burne, P. P. y Walters, E. E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801-808.
- Khawaja, N. G. y Oei, T. P. S. (1998). The psychobiological correlatos of panic attacks Turing in vivo exposure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 353-367.

- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementary in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- King, N., Gullone, E., Tonge, B. y Ollendick, T. H. (1993). Self-report of panic attacks and manifest anxiety in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 31, 111-116.
- Klass, E. T., DiNardo, P. A. y Barlow, D. H. (1989). DSM-III-R personality diagnosis in anxiety disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 251-258.
- Klein, D.F. (1964). Delineation of two drug responsive anxiety syndromes. *Psychofarmacologia*, 5, 397-408.
- Klein, D.F. (1981). Anxiety re-conceptualized. En D.F. Klein y J. Rabkin (Eds.). *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press.
- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 306-317.
- Klein, D.F. y Klein, H.M. (1989). The definition and psychofarmacology of spontaneous panic and phobia. En P. Tyrer (De.). *Psychofarmacology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Klerman, G. L., Weissman, M., Ouellette, R., Johnson, J. y Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community: Social morbidity and health care utilization. *Journal of the American Medical Association*, 265, 742-746.
- Koch, J. L. A. (1891). *Die Psychopatischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg: O. Maier. Erste Abteilung, Orig.-Broschur, Erstdruck (Abb.1).
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M. y Cooper, A. M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 207.
- Kraepelin, E. (1886-1887). Ueber crinnerungsfälschungen. *Archiv für Psychiatricund Nervenkrankheiten*, 17, 830-843, 18, 199-239; 395-436.
- Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer-Verlag.
- Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character*. Londres: Kegan Paul.
- Krueger, R. F. (1999a). Personality traits in late adolescence predict mental disorders in early adulthood: a prospective-epidemiological study. *Journal of Personality*, 67, 39-65.
- Krueger, R. F. (1999b). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal and Personality Disorders*, 19, 233-261.

- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E. y Huang, Y. (2008). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-IV axis II. En *Dimensional approaches in diagnostic classification: Redefining the research agenda for DSM-V*, ed. J. Hezler, HC Kraemer, RF Krueger, H-U Wittchen, PJ Sirovatka, DA Regier, pp. 85-99. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kupfer, D. J., First, M. B. y Regier, D. E. (2002). Introduction. In D. J. Kupfer, M. B. First & D. E. Regier (Eds.), *A Research agenda for DSM-V* (pp. xv-xxiii). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kushner, M. G., Abrams, K. y Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171.

L

- Ladd, C. O., Huot, R. L., Thirivikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Meaney, M. J. y Plotsky, P. M. (2000). Long-term behavioural and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. In E. A. Meyer y C. B. Saper (Eds.), *Progress in brain research: Vol. 122. The biological basis for mind-body interactions*. Amsterdam: Elsevier.
- Lader, M. H. y Wing, L. (1964). Habituation of the psycho-galvanic reflex in patients with anxiety states and in normal subjects. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 27, 210-218.
- Lamb, M. E., Chuang, S. S., Wessels, H. , Broberg, A. G. y Hwang, C. P. (2002). Emergence and construct validation of the Big Five factors in early childhood: a longitudinal analysis of their ontogeny in Sweden. *Child Development*, 73: 1517-1524.
- Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behaviour modification. In A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 75-125). New York: Wiley.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512.
- Langs, G., Quehenberger, F., Fabisch, K., Klug, G., Fabisch, H. y Zapotoczky, H. G. (1998). Prevalence, pattern and role of personality disorders in panic disorder patients with and without comorbid (lifetime) major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 116-123.

- Latas, M. Starcevic, V., Trajkovic, G. Y Bogojevic, G. (2000). Predictors of Comorbid Personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 28-34.
- LeBreton, J. M., Binning, J. F. y Adorno, A. J. (2006). Subclinical psychopaths. In J.C. Thomas & D. Segal (Eds.) *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Vol. I, Personality and everyday functioning* (pp. 388-411). New York: John Wiley and Sons, Inc.
- LeDoux, J. E. (1995). En search of an emotional system in the brain: Leaping from fear to emotion to consciousness. En M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 1049-1062). Cambridge, MA: MIT Press.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: Where have we been and where are we going?. *Biological Psychiatry*, 44, 1229-1238.
- Lelliot, P.; Marks, Y.; McNamee, G. y Tobeña, A. (1989). Onset of panic disorder with agoraphobia: Toward an integrated model. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1000-1004.
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L. y Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 27, 93- 105.
- Leon, A.C., Olfson, M. y Portera, L. (1997). Service utilization and expenditures for the treatment of panic disorder. *General Hospital Psychiatry*, 19, 82-8.
- Leon, A. C., Portera, L. y Weissman, M. M. (1995). The social cost of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166, 19-22.
- Lepine, J. P., Chignon, J. M. y Teherani, M. (1993). Suicide attempts in patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 144-149.
- Lepola, U., Koponen, H. y Leinonen, E. (1996). A naturalistic 6-year follow-up study of patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 181-183.
- Lesch, K. P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S. Z., Greenberg, B. D., Petri, S., Benjamin, J., Muller, C. R., Hamer, D. H. y Murphy, D. L. (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274, 1227-1231.
- Lesser, I. M., Rubin, R. T., Pecknold, J. C., Rifkin, A., Swinson, R. P., Lydiard, R. B., Burrows, G. D., Noyes, R. y DuPont, R. L. (1998). Secondary depression in panic disorder and agoraphobia: I. Frequency, severity, and response to treatment. *Archives of General Psychiatry*, 45, 437-443.

- Lewinsohn, P., Zinbarg, R., Seeley, J., Lewinsohn, M. y Sack, W. (1997). Comorbidity between anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.
- Lewis, T. (1917). *Medical research committee: Report upon soldiers returned as cases of "disordered action of the heart" (D. A. H.) or "valvular disease of the heart" (V. D. H.)*. London: His Majesty's Stationery Office.
- Lewis, M. (2001). Issues in the study of personality development. *Psychological Inquiry*, 12: 67-83.
- Liberthson, R., Sheehan, D. V., King, M. E. y Weyman, A. E. (1986). The prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 511-515.
- Lilienfeld, S. O. (1999). Anxiety Sensitivity and the structure of personality. Steven Taylor (Ed.). En *Anxiety sensitivity: Theory, research, and Treatment of the fear of anxiety* (pp. 149-180). Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey. London.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W. J. (1985). The classification of personality disorder: I The choice of category concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, 144, 728-732.
- Livesley, W. J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. En W. J. Livesley (dir.), *Handbook of personality disorders* (pp. 3-38). Nueva York: Guilford.
- Livesley, W. J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In *Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, ed. K. A. Phillips, M. B. First, H. A. Pincus, pp. 153-90. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorial classification of personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 21: 199-224.
- Livesley, W.J. y Jackson, D.N. (2002). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*. Sigma Press, Port Huron, MI.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N. y Schroeder, M. L. (1989). A study of the factorial structure of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 3, 292-306.
- Livesley, W. J. y Jang, K. L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 14: 137-151.
- Livesley, W. J., Jang, K. L. y Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.)

- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N. y Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103*: 6-17.
- Loranger, A., Susman, V., Oldham, J. y Russakoff, L. M. (1985). *Personality disorder examinations (PDE)*. *Directions*. Unpublished manuscript, New York Hospital-Cornell Medical Center, White Plains, NY.
- Loranger, A., Susman, V., Oldham, J. y Russakoff, L. M. (1987). The Personality Disorder Examination: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders, 1*, 1-13.
- Loranger, A. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV*. Ginebra: OMS. (Orig. 1995).
- Loranger, A., Janca, A. y Sartorius, N. (1997). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders*. New York, NY: Cambridge University Press; 1997.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Bucheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Dickstra, R. F. W. y Ferguson, B. (1994). *The International Personality Disorder Examination: the World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders*. *Archives of General Psychiatry, 51*, 215-224.
- Lorente, E., Ibáñez, I., Moro, M. y Ruipérez, M. A. (2002). Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral, 2*, 45-50.

M

- Maddi, S. R. (1968). *Personality theories: A comparative analysis* (1st ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K.A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159-168.
- Maier, S. F. (1997). Stressor controllability, anxiety, and serotonin. Paper presented at the *National Institute of Mental Health Workshop on Cognition and Anxiety*, Rockville, MD. (Cap. 5).
- Maier, W. y Buller, R. (1988). One-year follow-up of panic disorder. Outcome and prognostic factors. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 238*, 105-109.
- Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., Oehrlein, A. y Franke, P. (1993). A controlled family study in panic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 27*(Suppl. 1), 79-87.

- Maller, R. G. y Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. y Swinson, R. P. (1995). Behavioural inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 40, 87-92.
- Mancuso, D. M., Townsend, M. H. y Mercante, D. E. (1993). Long-term follow-up of generalizad anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 441-446.
- Mangan, G. L. (1982). *The biology of human conduct: East-west models of temperament and personality*. Oxford, New York: Pergamon.
- Mannoni, P. (1982). La peur, 7. *Presses Universitaires de France*. Paris.
- Mannuzza, S., Aronowitz, B., Chapman, T., Klein, D. F. y Fyer, A. J. (1992). Panic disorder and suicide attempts. *Jouranl of Anxiety Disorders*, 6, 261-274.
- Marazziti, D., Toni, C., Pedri, S., Bonuccelli, U., Pavese, N., Lucetti, C., Nuti, A., Muratorio, A. y Cassano, G. B. (1999). Prevalence of headache síndromes in panic disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 247-251.
- Marchand, A., Goyer, L. R., Dupuis, G. y Mainguy, N. (1998). Personality disorders and the outcome of cognitive-behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30, 14-23.
- Marchand, A. y Wapler, M. (1993). L'effet des troubles de personnalité sur la réponse au traitement béhavioral-cognitif du trouble panique avec agoraphobie. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38, 163-166.
- Marchesi, C., Cantón, A., Fonito, S., Giannelli, M. R. y Maggini, C. (2005). The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: A one year naturalistic study. *Journal of Affective Disorders*, 89, 189-194.
- Marchesi, C., De Panfilis, C., Cantón, A., Fonito, S., Giannelli, M. R. y Maggini, C. (2006). Personality disorders and response to medication treatment in panic disorder: A 1-year naturalistic study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 1240-1245.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M. y Telch, M. J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1- 8.
- Markon, K. E., Krueger, R. F. y Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality : An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 139-157.

- Markovitz, P. (1999). Pharmacotherapy. In : Livesley, W.J., editor. Handbook of personality disorders, p. 475-493. New York: Guilford Press.
- Markovitz, P. (2004). Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18, 90-101.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D. y Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Marks, I.M. (1987a). Agoraphobia, panic disorder and related conditions in the DSM-III-R and ICD-10. *Journal of Psychopharmacology*, 1, 6-12.
- Marks, I.M. (1987b). *Fears, phobias and rituals*, New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M. y Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 3-18.
- Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Marshall, G. N., Wortman, C.B., Vickers, R.R. Kusulas, J.W. y Hervig, L.K. (1994). The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. *Journal of Personality and social Psychology*, 67(2), 278-286.
- Marsland, D. W, Wood, M. y Mayo, F. (1976). A data bank for patient care, curriculum, and research in family practice: 526,196 patient problems. *The Journal of Family Practice*, 3, 25-28.
- Martin, E. D. y Sher, K. J. (1994) Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol* 55, 81-90.
- Martinsen, E. W., Olsen, T., Tonset, E., Nyland, K. E. y Aarre, T. F. (1998). Cognitive-behavioural group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 437-442.
- Massion, A. O., Warshaw M. G. y Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 600-607.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G. y Keller, M. B. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 434-440.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D. W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: Guilford Press.
- Matsunaga, H., Iketani, T., Matsui, T., Oya, K., Iwasaki, Y. y Miyata, A. (2000). Perfectionism in patients with obsessive-compulsive disorder. *Rinsho Seishin Igaku (in Japanese)*, 29, 1625-1632.

- Mattia, J. y Zimmerman, M. (1999). Epidemiology. In : Livesley, W.J., editor. *Handbook of personality disorders*, p. 107-135. New York: Guilford Press.
- Matuzas, W., Al-Sadir, J., Uhlenhuth, E. H. y Glass, R. M. (1987). Mitral valve prolapse and thyroid abnormalities in patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 144, 493-496.
- Mauri, M., Sarno, N. Rossi, V. M., Armani, A., Zambotto, S., Cassano, G. B. y Akiskal, H. S. (1992). Personality disorders associated with generalized anxiety, panic and recurrent depressive disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 162-167.
- Mavissakalian, M. R. (1990). The relationship between panic disorder/ agoraphobia and personality disorders. *Psychiatry Clinics of North America*, 13, 661-684.
- Mavissakalian, M. R. y Hamann, M. S. (1986). Assessment and significance of behavioral avoidance in agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 199-210.
- Mavissakalian, M. R. y Hamann, M. S. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356-361.
- Mavissakalian, M. R. y Hamann, M. S. (1988). Correlates of personality disorder in panic disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 535-544.
- Mavissakalian, M. R., Hamman, M. S., Haidar, S. y de Groot, C. M. (1993). DSM-III personality disorders in generalized anxiety disorder, panic/agoraphobia, and obsessive-compulsive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 243-248.
- Mavissakalian, M. R., Hamman, M. S. y Jones, B. (1989). A comparison of DSM-III personality disorders in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 238-244.
- Mavissakalian, M. y Revensdorf, D. (1986). Clinically significant improvement in agoraphobia research. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 369-370.
- McAdams, D. P. (1992). The five factor model in personality: A critical appraisal. *Journal of Personality*, 60, 329-361.
- McCabe, R. E. (2001). Panic Disorder and Agoraphobia: A brief overview and guide to assessment. En M. M. Antony, S. M. Orsillo y L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 87-94). Kluwer Academic: New York.
- McCrae, R.R. (1992). The five-factor model: Issues and applications (Special issue). *Journal of Personality*, 60.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6, 587-597.

- McCrae, R. R. y Costa, P. C., Jr. (1987). Validation of the five-factor model across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81–90.
- McCrae R.R. y Costa P.T. (1988). Do parental influences matter? A reply to Halverson. *Journal of Personality* 56: 445-449,
- McCrae R.R. y Costa P.T. (1988). Psychological resilience among widowed men and women: A 10-year follow-up of a national sample. *Journal of Social Issues* 44: 129-142.
- McCrae R.R. y Costa P.T. (1988). Recalled parent-child relations and adult personality. *Journal of Personality* 56: 417-434.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T. Jr. (1989). Structure of interpersonal traits: Wiggin's circumplex and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 586-595.
- McCrae R.R. y Costa P.T. (1990). *Personality in adulthood*, Nueva York, Guildford.
- McCrae R. R. y Costa, P. T. (1994). The stability of personality: observation and evaluations. *Current Directions in Psychological Science*, 3: 173-175.
- McCrae R. R. y Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 139-153). New York: Guildford Press.
- McCrae R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A. , Hrebickova, M., et al. (2000). Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78: 173-186.
- McDougall, W. (1932). Of the words character and personality. *Character and Personality*, 1, 3-6.
- McGuffin, P. y Reich, T. (1984). Psychopathology and genetics. In H. E. Adams y P.B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. New York: Plenum Press.
- McNally, R.J. (1994). *Panic disorder. A critical analysis*. New York: The Guilford Press.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 938-946.
- McNally, R. J., Hornig, C. D., Hoffman, E. C. y Han, E. M. (1999). Anxiety sensitivity and cognitive biases for threat. *Behaviour Therapy*, 30(1), 51-61.
- McNaughton, N. y Gray, J. A. (2002). McNaughton and Gray final word. *Neuropsychological Rehabilitation*, 12, 373.
- Meehl, P. E. (1995). Bootstraps taxometrics: Solving the classification problem in psychopathology. *American Psychologist*, 50, 266-275.

- Mellman, T. A., Leverich, G. S., Hauser, P., Kramlinger, K., Post, R. M. y Uhde, T. W. (1992). Axis II pathology in panic and affective disorders: Relationship to diagnosis, course of illness, and treatment response. *Journal of Personality Disorders*, 6, 53-63.
- Mendel, J.C. y Klein, D.F. (1969). Anxiety attacks with subsequent conditioned agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 190-195.
- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H. et al., (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of an international task force. *British Journal of Psychiatry*, 30, 58-67.
- Merikangas, K. R., Stevens, D. E., Fenton, B., Stolar, M., O'Malley, S., Woods, S. W., et al. (1998). Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 28, 773-788.
- Mezrich, J. E. (1989). An empirical prototypical approach to the definition of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 154 (4), 42-46.
- Mezrich, J. E., Ruipérez, M. A., Perez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Michelson, L. y Mavissakalian, M. (1983). Temporal stability of self-report measures in agoraphobia research. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 695-698.
- Michelson, L. K. y Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
- Michelson, L. K., Schwartz, R. M. y Marchione, K. E. (1991). States-of-mind model: Cognitive balance in the treatment of agoraphobia: II. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13(4), 193-213.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Filadelfia, PA: Saunders.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1982). *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (2nd ed.). Minneapolis, MN: Interpretive Scoring Systems.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory, manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: Interpretive Scoring Systems.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1999). *Personalized-guided therapy*. Nueva York: Guildford.

- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Davis, R. y Millon, C. (2007). *MCMI-III Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Manual. TEA Ediciones: Madrid.
- Millon, T., Davis, R. D., Millon, C. M., Wenger, A. W., Van Zuijen, M. H., Fuchs, M. y Millon, R. B. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. New York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. y Grossman, S. D. (2006). Goals of a Theory of Personality. En J. C. Thomas y D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology* (vol. 1). John Wiley & Sons.
- Millon, T. y Klerman, G. L. (eds.) (1986). *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. D. (1997). *MCMI-III manual*, 2nd ed. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mineka, S. (1985). Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations. In A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mineka, S. y Thomas, C. (1999). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. In T. Dalgleish, & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 747-764). Chichester, UK: Wiley.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S. y Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychology Review*, 39, 351-364.
- Moisan, D. y Engels, M. L. (1995). Childhood trauma and personality disorder in 43 women with panic disorder. *Psychological Report*, 76, 1133-1134.
- Moreno, B. y Garrosa, E. (2004). La evaluación de los trastornos de la personalidad. En V. E. Caballo (coord.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 325-458). Madrid: Síntesis.
- Moreno-Jiménez, B. (1996). La construcción social de la personalidad. En A. Fierro (Ed). *Manual de Psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Morey, L. C., Waugh, M. H., y Blashfield, R. K. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment*, 49, 245-251.

- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- Myers, I. B. y McCaulley, M. H. (1985). *A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

N

- National Institute of Health (1991). *Treatment of panic disorder*. NIH Consensus development conference consensus statement (vol. 9).
- Nelles, W. B. y Barlow, D. H. (1988). Do children panic? *Clinical Psychology Review*, 8, 359-372.
- Nestadt, G., Romanoski, A. J., Samuels, J. F., Folstein, M. F. y McHugh, P. R. (1992). The relationship between personality and DSM-III Axis I disorders in the population : Results from an epidemiological survey. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1228-1233.
- Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. y Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377-387.
- Nordahl, T. E., Semple, W. E., Gross, M., Mellman, T. A., Stein, M. B., Goyer, P., et al. (1990). Cerebral glucose metabolic differences in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology*, 3, 261-272.
- Norman, W.T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes, replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 66, 574-583.
- Norton, G., Cox, B., Asmundson, G. y Maser, J. (1995). The growth of research on anxiety during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 75-85.
- Norton, G. R., Cox B. J. y Malan, J. (1992). Nonclinical panickers: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 12, 121-139.
- Norton, G. R., Dorward, J. y Cox, B. J. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavior Therapy*, 17, 239-252.
- Norton, G. R., Rockman, G. E., Luy, B. y Marion, T. (1993). Suicide, chemical abuse, and panic attacks: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 37-40.

- Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M. y Claudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 227-232.
- Noyes, R. J., Reich, J. Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B. y Coryell, W. A. (1990). Outcome of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 809-818.
- Noyes, R., Reich, J. H., Suelzer, M. y Christiansen, J. (1991). Personality traits associated with panic disorder: Change associated with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 283-294.
- Noyes, R. J., Clancy, J., Woodman, C., Holt, C. S., Suelzer, M., Christiansen, J. y Anderson, J. (1993). Environmental factors related to the outcome of panic disorder: a seven-year follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 529-538.
- Nurnberg, H. G., Raskin, M. y Levine, P. E. (1989). Borderline personality disorders a negative prognostic factor in anxiety disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 205-217.
- Nystrom, S. y Lindegard, B. (1975). Predisposition for mental syndromes: A study comparing predisposition for depression, neurasthenia and anxiety state. *Acta Psichiatica Scandinavica*, 51, 69-76.

O

- O'Connor, B. P. y Dyce, J. A. (2001). Rigid and extreme: A geometric representation of personality disorders in Five-Factor Model space. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1119-1130.
- Oei, T. P., Kenna, D. y Evans, L. (1991). The reliability, validity, and utility of the SAD and FNE scales for anxiety disorders patients. *Personality and Individual Differences*, 12, 111-116.
- Oei, T. P. S., Wanstall, K. y Evans, L. (1990). Sex differences in panic disorder with agoraphobia. *Jouran of Anxiety Disorders*, 4, 317-324.
- Oldham, J. M. y Morris, L. B. (1995). *Autorretrato de la personalidad*. Gerona: Tikal. (Orig.: 1990).
- Oldham, J. M. y Skodol, A. E. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 14, 17-29.
- Ollendick, T. H., Mattis, S. G. y King, N. J. (1994). Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 113-134.

- Oppenheim, B.S. (1918). Report on neurocirculatory asthenia and its management. *Military Surgeon*, 42, 711-744.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *The ICD-9. Classification of mental and behavioural disorders*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders*. Ginebra: OMS.
- Ormel, J. y Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: A longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 744-755.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Kopper, B. A. y Chiros, C. E. (1998). The Social Phobia and Social Interaction Anxiety Scales: Evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 249-264.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Rosenbaum, J. F., Sachs, G. S. y Asher, R. H. (1994). Childhood history of anxiety in adults with panic disorder: Association with anxiety sensitivity and comorbidity. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 288-293.
- Otto, M. y Gould, R. A. (1996). Maximizing treatment outcome for panic disorder: Cognitive-behavioral strategies. In: Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F. (eds.). *Challenges in Clinical Practice: Pharmacologic and Psychosocial Strategies*. New York, NY: Guildford Press, 113-140.
- Ozkan, M. y Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity?. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 20-26.

P

- Papp, L. A., Martínez, J. M., Klein, D. F., Coplan, J. D., Norman, R. G., Cole, R. et al. (1997). Respiratory psychophysiology of panic disorder: Three respiratory challenges in 98 subjects. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1557-1565.
- Papp, L. A., Zitlin, C. M. y Coplan, J. (1990). The role of personality in anxiety disorders. *Psychiatry Medicine*, 8, 107-120.
- Parker, G. (1986). Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 22-27.

- Parker, G. y Gladstone, G. (1996). Parental characteristics as influences on adjustment in adulthood. In: Pierce G. R., Saranson, B. R., Saranson, I. G. (eds.): *Handbook of Social Support and the Family*. New York: NY: Plenum.
- Parker, G., Roy, K., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M. P. y Hadzi-Pavlovic, D. (1999). An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *Journal of Personality Disorders*, 13, 361-374.
- Pascual, J. (1984). Categorización de la información personal: los rasgos como categorías semánticas. *Boletín de Psicología*, 4, 33-50.
- Paris, J. (2003). *Personality disorders over time: Precursors, course, and outcome*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Pauli, P., Marchardt, C., Hartl, L., Nutzinger, D. O., Holzl, R. y Strian, F. (1991). Anxiety induced by cardiac perceptions in patients with panic attacks: A field study. *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 137-145.
- Pelechano, V. (1978). Formulación y panorama actual de la modificación de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 4, 63-88.
- Pelechano, V. (1993). *Psicología de la personalidad. Un acercamiento histórico-conceptual*, Valencia, Promolibro.
- Pelechano, V. (1996). Una introducción al modelo de parámetros en psicología. En V. Pelechano (coord.). *Psicología de la personalidad I. Teorías*, Barcelona, Ariel.
- Pelechano, V. y Pastor, A. (2005). Neuroticismo y trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 139 (31): 503-538.
- Penava, S. J., Otto, M. W., Maki, K. M. y Pollack, M. H. (1998). Rateo f improvement Turing cognitive-behavioral Group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 665-673.
- Perpiñá, C. (1998). Entrevista no publicada.
- Perry, J. C. y Vaillant, G. E. (1989). Personality disorders. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (dirs.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Peterson, R. A. y Heilbronner, R. L. (1987). The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 117-121.
- Peterson, R. A. y Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensiivity Index Manual*. (2nd ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.

- Peterson, R. A. y Reiss, S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index Revised test manual*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- Peterson, R. A. y Sacks, C. (1987). *Predictors of reactions to self-reported panic attacks in college students*. Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy Convention, Boston, MA.
- Perna, G., Bernardeschi, L., Caldirola, D., Garberi, A., Draisci, A. y Battaglia, M. (1992). Personality dimension in panic disorder: State versus trait issues. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 8, 49-54.
- Pervin, L. A. (1994). A critical analysis of trait theory. *Psychological Inquiry*, 5, 103-113.
- Perry, J. C. y Bond, M. (2000). Empirical studies of psychotherapy disorders. In: Gunderson, J.G.; Gabbard, G.O., editors. *Psychotherapy for personality disorders*, p. 1-31. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Peterson, R. A. y Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd Edition). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Pfohl, B., Blum, N. y Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality*. American Psychiatric Press. Washington DC.
- Pfohl, B., Stangl, D. y Zimmerman, M. (1983). *The Structured Interview for DSM-III personality disorders (SIDP)*. Unpublished manual, University of Iowa, College of Medicine, Iowa City.
- Phillips, K. A. (2009). Report of the DSM-V Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group. American Psychiatric Association.
- Piedmont, R.L. y Weinstein, H.P. (1993). A psychometric evaluation of the new NEO PI-R facet scales for Agreeableness and Conscientiousness. *Journal of Personality Assessment*, 60, 302-318.
- Pigott, T. A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-15.
- Pilkonis, P. A., Kim, Y., Proietti, J. M. y Barkham, M. (1996). Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Disorders*, 10, 355-369.
- Pitts, F.N. y McClure, J.N. (1967). Lactate metabolism in anxiety neurosis. *New England Journal of Medicine*, 277, 1329-1336.

- Piper, W. E. y Joyce, A. S. (1999). Psychosocial treatment outcome. In: Livesley, WJ., editor. *Handbook of personality disorders*, p. 323-343. New York: Guilford Press.
- Plehn, K. y Peterson, R.A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 455-474.
- Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E. y Rutter, M. (1997). *Behavioral genetics: A primer* (3rd ed.). New York: Freeman.
- Plomin, R. y McGuffin, P. (2003). Psychopathology in the postgenómica era. *Annual Review of Psychology*, 54, 205-228.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Kaspi, S. P., Hammerness, P. G. y Rosenbaum, J. F. (1994). Cognitive behaviour therapy for treatment-refractory panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 200-205.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F., Sachs, G., O'Neil, C., Asher, R. y Meltzer-Brody, S. (1990). Longitudinal course of panic disorder: Findings from the Massachusetts General Hospital naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 12-16.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F. y Sachs, G. S. (1992). Personality disorders in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 78-83.
- Pollack, M. H., Worthington, J. J., Otto, M. W., Maki, K. M., Smoller, J. W. Manfro, G. G., Rudolph, R. y Rosenbaum, J. F. (1996). Venlafaxine for panic disorder: Results from a double-blind placebo-controlled study. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 667-670.
- Pollard, C. A., Pollard, H. J. y Corn, K. J. (1989). Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 318-321.
- Poulton, R. y Andrews, G. (1992). Personality as a cause of adverse life events. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 35-38.
- Power, M. y Dagleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. UK: Psychology Press.
- Pukrop, R., Herpertz, S., Sass, H. y Steinmeyer, E. M. (1998). Personality and personality disorders: a facet theoretical analysis of the similarity relationships. *Journal of Personality Disorders*, 12: 226-246.
- Pukrop, R., Gentil, I., Steinbring, I. y Steinmeyer, E. (2001). Factorial structure of the German version of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire in clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Disorders*, 15:450-6.

Pukrop, R., Sass, H. y Steinmeyer, E. M. (2000). Circumplex models for the similarity relationship between higher-order factors of personality and personality disorders: an empirical analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (6): 438-445.

R

Rabin, A., Aronoff, J., Barclay, A. M. y Zucker, R. A. (Eds.) (1981). *Farther explorations in personality*. New York: John Wiley & sons.

Rachman, S. J. (1990). *Fear and courage*. (2nd ed.). New York: W. H. Freeman.

Rachman, S. (1994). Psychological treatment of panic: Mechanisms. In B. E. Wolfe, & J. D. Maser (Eds.), *Treatment of panic disorder: A consensus development conference* (pp. 133-148). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Rachman, S., Levitt, K. y Lopatka, C. (1987). Panic: The links between cognitions and bodily symptoms: I. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 411-423.

Raj, A. y Sheehan, D. (1990). Mitral valve prolapse and panic disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 63-65.

Raj, B. A., Corvea, M. H. y Dagon, E. M. (1993). The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: a retrospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 150-155.

Rathus, J. H., Sanderson, W. C., Millar, A. L. y Wetzler, S. (1995). Impact of personality functioning on cognitive behavioral treatment of panic disorder: a preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 9, 160-168.

Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 538-552.

Rapee, R. M., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1990). Subject described features of panic attacks using a new self-monitoring form. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 171-181.

Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.

Rapee, R. M., Litwin, E. M. y Barlow, D. H. (1990). Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *American Journal of Psychiatry*, 147, 640-644.

Rapee, R. M. y Medoro, L. (1994). Fear of physical sensations and trait anxiety as mediators of the response to hyperventilation in nonclinical subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 693-699.

- Rathus, J. H., Sanderson, W. C., Miller, A. L. y Wetzler, S. (1995). Impact of personality functioning on cognitive behavioural treatment of panic disorder: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 9, 160-168.
- Ravndal, E. y Vaglum, R. E. (1991). Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: A prospective study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84, 524-530.
- Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review*, 68, 81-150.
- Rees, C. S., Richards, J. C. y Smith, L. M. (1998). Medical utilisation and cost in Panic Disorder: A comparison with Social Phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 421- 435.
- Reich, J. (1987). Sex distribution of DSM-III personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 485-488.
- Reich, J. (1988). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149-1153.
- Reich, J. (1990). The effect of personality on the outcome of panic disorder treated with placebo. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 699-702.
- Reich, J. (1991). Avoidant and dependent personality traits in relatives of patients with panic disorder, patients with dependent personality disorder, and normal controls. *Psychiatry Research*, 39, 89-98.
- Reich, J. R. y Braginsky, Y. (1994). Paranoid Personality Traits in a Panic Disorder Population: A Pilot Study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 260-264.
- Reich, J. H. y Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 74-82.
- Reich, J. y Noyes, R. (1987). A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 123-131.
- Reich, J., Noyes, R., Coryell, W. et al. (1986). The effect of state anxiety on personality measurement. *American Journal of Psychiatry*, 143, 760-763.
- Reich, J., Noyes, R. y Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 323-326.
- Reich, J. H., Yates, W. y Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry*, 24, 12-16.
- Reich, J. R., Perry, J. C., Shera, D., Dyck, I., Vasile, R., Goisman, R. M., Rodriguez-Villa, F., Massion, A. O., & Keller, M. (1994). Comparison of personality disorders in different

- anxiety disorder diagnoses: Panic, Agoraphobia, Generalized anxiety, and Social Phobia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 125-134.
- Reich, J. y Troughton, E. (1988). Frequency of DSM-III Personality Disorders in Patients With Panic Disorder: Comparison With Psychiatric and Normal Control Subjects. *Psychiatry Research*, 26, 89-100.
- Reich, J. y Vasile, R. (1993). The effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: An update. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 475-484.
- Reiman, E. M., Raichle, M. E., Butler, F. K., Herscovitch, P. y Robins, E. (1984). A focal brain abnormality in panic disorder, a severe form of anxiety. *Nature*, 310, 683-685.
- Reiman, E. M., Raichle, M. E., Robins, E., Mintum, M. A., Fusselman, M. J., Fox, P. T., et al. (1989). Neuroanatomical correlates of a lactate-induced anxiety attack. *Archives of General Psychiatry*, 46, 493-500.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M. y Mann, A. (2002). Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 62-66.
- Renneberg, B., Chambless, D. L. y Gracely, E. J. (1992). Prevalence of SCID-diagnosed personality disorders in agoraphobic outpatients*1. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 111-118.
- Reti, I. M., Samuels, J. F., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Costa, P. T. y Nestadt, G. (2002a). Influences of parenting normal personality traits. *Psychiatry Research*, 111, 55-64.
- Reti, I. M., Samuels, J. F., Eaton, W. W., Costa, P. T., Bienvenu, O. J. y Nestadt, G. (2002b). Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 126-133.
- Reznick, J. S., Hegeman, I. M., Kaufman, E. R. y Woods, S. W. (1992). Retrospective and concurrent self-report of behavioural inhibition and their relation to adult mental health. *Development & Psychopathology*, 4, 301-321.
- Roberts, J. E. y Gotlib, I. H. (1997). Lifetime episodes of dysphoria: Gender, early childhood loss, and personality. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 195-208.
- Rogers, M. P., White, K., Warshaw, M. G., Yonkers, K. A., Rodríguez-Villa, F., Chang, G., et al., (1994). Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24, 83-96.

- Rokeach, M. (1961). Belief versus race as determinants of social distance-comment of triandis paper. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62: 187.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. et al. (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 2-16.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Gersten, M., Hirshfeld, D. R., Meminger, S. R., Herman, J. B., et al. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 463-470.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A. y Chaloff, J. (1991). Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder and social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 5-9.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Kagan, J., Snidman, N., Nineberg, A., Gallery, D. y Faraone, S. V. (2000). A controlled study of behavioural inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2002-2010.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Pollack, R. A. y Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 10-16.
- Roth, M. (1959). The phobic anxiety-despersonalization syndrome. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 52, 587-596.
- Roth, M. (1960). The phobic anxiety-despersonalization syndrome and some general atetiological problems in psychiatry. *Journal of Neuropsychiatry*, 306, 293-306.
- Rothbaum, B. O. (2006). *Pathological Anxiety. Emotional Processing in Etiology and Treatment*. The Guildford Press. New York.
- Royce, J. R y Powell, A. (1983). *Theory of personality and individual differences*. Englewood Cliffs. N. J.: Prentice- Hall.
- Roy-Byrne, P. P., Geraci, M. y Uhde, T. W. (1986). Life events and the Honest of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1424-1427.
- Roy-Byrne, P. P. y Cowley, D. S. (1994-1995). Course and outcome in panic disorder: A review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1, 151-160.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., Katon, W., Craske, M., Bystrisky, S. y Sherbourne, C. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 492-499.

- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H. U., Ustun, B., Walters, E. E. y Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey: Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Ruegg, R. y Frances, A. (1995). New research in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9, 1-48.
- Rudd, M. D., Dahm, P. F. y Rajab, M. H. (1993). Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *American Journal of Psychiatry*, 150, 928-934.
- Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M. y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241-250.

S

- Sachs, G., Amering, M., Berger, P. y Katschnig, G. (2002). Gender related disabilities in panic disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 121-127.
- Safran, J. D. y Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salkovskis, P. M. y Clark, D. M. (1991). Cognitive treatment of panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 215-226.
- Samuel, D. B. y Widiger, T. A. (2006). Clinicians' judgements of clinical utility: a comparison of the DSM-IV and five factor models. *Journal of Abnormal Psychology*, 115: 298-308.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Hoehn-Saric, R., Grados, M. y Cullen, B. A. M. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M. y Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T. y Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51, 167-174.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill.

- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (1996). Anxiety Sensitivity Index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 213-219.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (2001). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 283-290.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, *17*, 478-483.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, *10*, 303-318.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adapatación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, *14*, 249-280.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. y Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(3), 355-364.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. y Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 532-537.
- Schmidt, N. B., Trakowski, J. H. y Staab, J. P. (1997). Extinction of panicogenic effects of a 35% CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(4), 630-638.
- Schneider, K. (1923). *Las personalidades psicopáticas*. 8ª Edición española. Ediciones Morata, Madrid, 1980.
- Schrest, L. (1976). Personality. *Annual Review of Psychology*, *27*: 1-28.
- Schwartz, C. E., Snidman, N. y Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*, 1008-1015.
- Sciuto, G., Diaferia, G., Battaglia, M., Perna, G., Gabriele, A. y Bellodi, L. (1991). DSM-III-R personality disorders in panic and obsessive compulsive disorder: a comparison study. *Comprehensive Psychiatry*, *32*, 450-457.
- Segal, D.L., Hersen, M., Van Hasselt, V.B., Silberman, C.S. y Roth, L. (1996). Diagnosis and assessment of personality disorders in older adults: A critical review. *Journal of Personality Disorders*, *10*, 384-399

- Seguí, J., Marquez, M., García, L., Canet, J., Salvador-Carulla, L. y Ortiz, M. (1999). Differential clinical features of early-onset panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 54, 109-117.
- Seivewright, H., Tyrer, P. y Johnson, T. (2004). Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 104-109.
- Shafar, S. (1976). Aspects of phobic illness- A study of 90 personal cases. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 221-236.
- Shea, M. T., Widiger, T. A. y Klein, M. H. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 857-868.
- Shea, M. T. y Yen, S. (2003). Stability as a distinction between Axis I and Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17, 373-386.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Sholomskas, D. E., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W. y Cloitre, M. (1992). *Panic Disorder Severity Scale (PDSS)*. Pittsburgh, PA: Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M. y Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Shear, M. K. y Maser, J. D. (1994). Standardized Assessment for Panic Disorder Research. A conference Report. *Archives of General Psychiatry*, 51, 346-354.
- Shear, M. K., Sholomskas, D. y Cloitre, M. (1992). *The panic disorder severity scale*. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh.
- Sheikh, J. I., Leskin, G. A. y Klein, D. F. (2002). Gender differences in panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 159, 55-58.
- Sheldon, W. H. (1940). *The varieties of human psyche. An introduction to constitutional psychology*. Nueva York: Harper.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B. y Judd, L. (1996). Functioning and well being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213-218.
- Shiner, R. L. y Caspi, A. (2003). Personality Differences in childhood and adolescence: measurement, development, and consequences. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44: 2-32.

- Siegel, L., Jones, W. C. y Wilson, J. O. (1990). Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 201-211.
- Siever, L. J., Bernstein, D. P. y Silverman, J. M. (1996). Schizotypal personality disorder. In: Widiger, TA.; Frances, AJ.; Pincus, HA.; Ross, R.; First, MB.; Davis, W.; Kline, M., editors. *DSM-IV sourcebook 2*, p. 685-702. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Siever, L. J. y Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Simon, N. M., Blacker, D., Korbly, N. B., Sharma, S. G., Worthington, J. J., Otto, M. W., et al., (2002). Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: New data and literature review. *Journal of Affective Disorders*, 69, 209-217.
- Simon, G., Ormel, J., Von Korff, M. y Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Smits, J. A. J., Colette Nicolau, D. Reese, H. E. y Pollack, M. H. (2004). Changes in anxiety sensitivity with pharmacotherapy for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 491-495.
- Sinha, S., Papp L. A. y Gorman, J. M. (2000). How study of respiratory physiology arded our understanding of abnormal brain function in panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 61, 191-200.
- Skodol, A. E. y Bender, D. S. (2009). The future of personality disorders in DSM-V?. *American Journal of Psychiatry*, 166, 388-391.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallaher, P. E. et al. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*, 29, 361-374.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Rosnick, L., Kellman, H. D. y Hyler, S.E. (1991). *Diagnosis of DSM-III-R personality disorders: A comparison of two structured interviews*. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1, 13-26.
- Slaap, B. R. y den Boer, J. A. (2001). The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depression and Anxiety*, 14, 112-122.
- Slade, T. y Watson, D. (2006). The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychological Medicine*, 36, 1593-1600.
- Smith, T. L., Klein, M. H. y Benjamin, L. S. (2003). Validation of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV with the SCID-II. *Journal of Personality Disorders*, 17, 173-187.

- Smits, J. A., O'Leirigh, C. M. y Otto, M. W. (2006). Panic and agoraphobia. En *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopatology*, vol. 2.
- Smits, J. A., Powers, M. B., Cho, Y. y Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Evidence for the fear of fear meditational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 646-652.
- Smoller, J. W. y Tsuang, M. T. (1998). Panic and phobic anxiety : defining phenotypes for genetic studies. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1152-1162.
- Snaith, R. P. (1968). Aclinical investigation of phobia. *British Journal of Psychiatry*, 114, 673-697.
- Spitzer, R. L., First, M. B., Shedler, J., Westen, D. Skodol, A. E. (2008). Clinical utility of five dimensional systems for personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 59: 991-1014.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Gibbon, M. (1987). *SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Sprock, J. (2003). Dimensional versus categorial classification of prototypic and nonprototypic cases of persoanlity disorder. *Jouranl of Clinical Psychology*, 59: 991-1014.
- Stagner, R. (1961). *Psychology of Personality*. New York: McGrau-Hill.
- Stangl, D., Phohl, B., Zimmerman, M., Bowers, W. y Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 42, 591-596.
- Starcevic, V., Uhlenhuth, E. H., Kellner, R. y Pathak, D. (1993). Comorbidity in panic disorder: II. Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *Psychiatry Research*, 46, 285-293.
- Starcevic, V., Uhlenhuth, E. H. Fallon, S. y Pathak, D. (1996). Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37, 75-79.
- Starcevic, V., Djordjevic, A., Latas, M. y Bogojevic, G. (1998). Characteristics of agoraphobia in women and men with panic disorder with agoraphobia. *Depression and Anxiety*, 8, 8-13.
- Starcevic, V., Bogojevic, G., Marinkovic, J. y Kelin, K. (1999). Axis I and Axis II comorbidity in panic/ agoraphobic patients with and with out suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 88, 153-161.
- Stein, M. B., Jang, K. L. y Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 246-251.

- Steketee, G., Chambless, D. L. y Tran, G. Q. (2001). Effects of Axis I and II comorbidity on behaviour therapy outcome for obsessive compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86.
- Stewart, S. H., Taylor, S. y Baker, J. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 179-200.
- Stewart, R. S., Devous, M. D., Rush, A. J., Lane, L. y Bonte, F. J. (1988). Cerebral blood flow changes during sodium-lactate-induced panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 145, 442-449.
- Stoler, L. S. y McNally, R. J. (1991). Cognitive bias in symptomatic and recovered agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 539-545.
- Strachey, J. (1962). *The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. XX. London: Hogarth.
- Strauss, M. E., Pasupathi, M., Chatterjee, A. (1993). Concordance between observers in descriptions of personality change in Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 8, 475-480
- Sullivan, G. M., Kent, J. M. y Coplan, J. D. (2000). The neurobiology of stress and anxiety. In D. I. Motofsky y D. H. Barlow (Eds.), *The management of stress and anxiety in medical disorders*.
- Swartz, K. L., Pratt, L. A., Armenian, H. K., Lee, L. C., y Eaton, W. W. (2000). Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample: Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 945-950.

T

- Talbert, F. S., Braswell, L. C., Albrecht, I. W., Hyer, L. A. y Boudewyns, P.A. (1993). NEO-PI profiles in PTSD as a function of trauma level. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 5, 663-669.
- Taylor, S. E. y Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Taylor, S., Koch, W. J. y McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 249-259.

- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Steward, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M. y Cardenas, S. J. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index—3. *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Teasdale, J. (1999a). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. (1999b). Multi-level theories of cognition-emotion relations. In T. Dalgleish, & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 665-681). Chichester, UK: Wiley.
- Telch, M. J., Brouillard, M., Telch, C. F., Agras, W. S. y Taylor, C. B. (1989). Role of cognitive appraisal in panic-related avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 373-383.
- Telch, M. J., Jacquin, k., Smits, J. A. y Powers, M. B. (2003). Emotional responding to hyperventilation as a predictor of agoraphobia status among individuals suffering from panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 161-170.
- Telch, M. J., Silverman, A. y Schmidt, N. B. (1996). Effects of anxiety sensitivity and perceived control on emotional responding to caffeine challenge. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 21-35.
- Tellegen, A. (1982). *A brief manual for the Differential Personality Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, Minneapolis.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self report. En: Tuma AH, Maser JD (eds.). *Anxiety and the Anxiety Disorders*, pp. 681-706, Erlbaum, Hillsdale.
- Tennant, C., Hurry, J. y Bebbington, P. (1982). The relation of childhood separation experiences to adult depressive and anxiety states. *British Journal of Psychiatry*, 141, 175-182.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, 2004a. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21–27.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, 2004c. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38–46.
- Thorpe, G. L. y Burns, G. J. (1983). *The agoraphobic syndrome*. New York, John Wiley y Sons.

- Thurstone, L. L. (1934). The vectors of the mind. Address of the president before the American Psychological Association, Chicago meeting, September, 1933. First published in *Psychological Review*, 41, 1-32.
- Thyer, B. A., Nesse, R. M., Cameron, O. G. y Curtis, G. C. (1985). Agoraphobia: A test of the separation anxiety hypotheses. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 75-78.
- Tony, C., Perugi, G., Frare, F., Mata, B., Vitale, B., Mengali, F. et al. (2000). A prospective naturalistic study of 326 panic-agoraphobic patients treated with antidepressants. *Pharmacopsychiatry*, 33, 121-131.
- Torgersen, S. (1979). The nature and origin of common phobic fears. *British Journal of Psychic Research*, 33, 357-361.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. y Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416-425.
- Trull, T. J. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: an empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 553-560.
- Trull, T. J. y Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders in a non-clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.
- Trull, T. J., Widiger, T. A., Ueda, J. D., Holcomb, J., Doan, B., Axelrod, S. R., Stern, B. L. y Gershuny, B. S. (1998). A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of Personality. *Psychological Assessment*. Vol 10(3), 229-240.
- Trull, T. J. y Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 355-380.
- Tuerksoy, N., Tuekel, R., Oezdemir, O. y Karalin, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 413-423.
- Tupes, E.C. and Christal, R.E. (1961). *Christal Recurrent personality factors based on trait ratings* (USAF ASD Tech. Rep., 61-97), U.S. Air Force, Lackland Air Force Base, TX.
- Turgeon, L., Marchand, A. y Dupuis, G. (1998). Clinical features in panic disorder with agoraphobia: A comparison of men and women. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 539-553.
- Turner, R. M. (1996). El grupo dramático/impulsivo del DSM-IV: los trastornos límite, narcisista e histriónico de la personalidad. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 2) (pp. 63-84). Madrid: Siglo XXI.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Dancu, C. V. (1996). *The Social Phobia and Anxiety Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.

Tyrer, P. y Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 135, 163-167.

U

Uhlenhuth, E. H., Starcevic, V., Warner, T. D., Matuzas, W., McCarty, T., Roberts, B. y Jenkusky, S. (2002). A general anxiety-prone cognitive style in anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 70, 241-249.

V

Van den Hout, M., Brouwers, C. y Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed axis II comorbidity and the short term outcome of CBT for axis I disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 56-63.

Van den Hout, W. J. P. J., Emmelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (1994). The role of negative self-statements during exposure in vivo: A process study of eight panic disorder patients with agoraphobia. *Behavior Modification*, 18, 389-410.

Venturello, S., Barzega, G., Maina, G. y Bogetto, F. (2002). Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 28-36.

Verheul, R. y Widiger, T.A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18: 309-319.

Vila, G. y Mouren-Simeoni, M. C. (1993). Some remarques on the nosology of anxiety states and panic disorders. *Acta Psychiatrica Belgique*, 83, 33-42.

Vollebergh, W. A. M., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F. y Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 597-603.

Vollrath, M., Koch, R. y Angst, J. (1990). The Zurich Study: IX. Panic disorder and sporadic panic: symptoms, diagnosis, prevalence, and overlap with depression. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 221-230.

Von Zerssen, D. (1994). Persönlichkeitzüge als Vulnerabilitätsindikatoren: Probleme ihrer Erfassung (Personality characteristics as indications of vulnerability: Problems with their determination). *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 62, 1-13.

W

Wang, P. S., Berglund, P. y Kessler, R. C. (2000). Recent care of common mental disorders in the United States: Prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 284-292.

Warner, L. A., Kessler, R. C., Hughes, M., Anthony, J. C. y Nelson, C. B. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 219-229.

Warner, M. B., Morey, L. C., Finch, J. F., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Shea, M. T., McGlashan, T. H. y Grilo, C. M. (2004). The longitudinal relationship of personality traits and disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 217-227.

Warshaw, M. G., Massion, A. O., Peterson, L. G., Pratt, L. A. y Keller, M. B. (1995). Suicidal behaviour in patients with panic disorder: Retrospective and prospective data. *Journal of Affective Disorders*, 34, 235-247.

Watson, D. (2004). Stability versus change, dependability versus error: Issues in the assessment of personality over time. *Journal of Research in Personality*, 38, 319-350.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.

Watson, D., Clark, L. A. y Carey, G. (1988). Positive and negative affect and their relevance to the study of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.

Watson, D., Clark, L. A. y Hrkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 18-31.

Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Watson, D. y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the control role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.

Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. y Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820-838.

Webster, A. S. (1953). The development of phobias in married women. *Psychological Monographs*, 67, 367.

- Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J. y Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 471-477.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S. y Ouellette, R. (1989). Suicidal behaviour in patients with panic disorder: retrospective and prospective data. *Journal of Affective Disorders, 34*, 235-47.
- Weissman, M. M. (1993). The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders, 7*, 44-62.
- Weissman, M. M., Bland, R.C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., et al. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 305-309.
- Wells, K. B., G. Goldberg, Brook, R. H. y Leake, B. (1986). Quality of Care for Psychotropic Drug Use in Internal Medicine Group Practices. *Western Journal of Medicine, 145*, 710-714.
- Wells, A. y Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy, 34*(11-12), 881-888.
- Westen, D. (1995). A clinical-empirical model of personality: life after the Mischelian ice age and the NEO-lithic era. *Journal of Personality Disorders, 63*, 495-524.
- Westen, D. y Shedler, J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry 156*: 258-272.
- Westen, D. y Shedler, J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry 156*: 273-285.
- Westen, D. y Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: Toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 14*, 109-126.
- Westling, B. E. y Öst, L. G. (1993). Relationship between panic attack symptoms and cognitions in panic disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 181-194.
- Westphal, C. (1871). Die agoraphobia: Eine neuropathische Eischeinung. *Archives für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 3*, 384-412.
- Wetzler, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment, 55*, 445-464.
- White, K. S. y Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. En D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (pp.328-379). The Guilford Press, New York. London.
- Who European Region (2005): <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>.

- Widiger, T. A. (2003). Personality disorder and Axis I psychopathology: The problematic boundary of Axis I and Axis II. *Journal of Personality Disorders, 17*, 90-108.
- Widiger, T. A. (2007). Personality Disorders. En *A guide to assessment that work*. John Hunsley y Eric J. Mash (Eds.) (pp. 413-438). Oxford University Press.
- Widiger, T. A. y Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 78-91.
- Widiger, T. A. y Frances, A. J. (2002). Toward a dimensional model for the personality disorders. In P. T. Costa and T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.) (pp. 23-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, P. y Kelso, K. (1983). Psychodiagnosis of Axis II. *Clinical Psychology Review, 3*, 491-510.
- Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G. y Thomas, G. V. (1995). *Personality Disorder Interview- IV- A semistructured interview for the assessment of personality disorders*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Widiger, T. A. y Mullins-Sweatt, S. (2004). Categorical and dimensional models of personality disorder. In J. Oldham, A. Skodol, & D. Bender (Eds.). *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Widiger, T. A. y Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions: a question for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*: 494-504.
- Widiger, T. A. y Simonsen, E. (2005a). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*: 110-130.
- Widiger, T. A. y Simonsen, E. (2005b). The American Psychiatric Association's research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 19*: 103-109.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R. F., Livesley, J. y Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 19*, 315-338.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. En P. B. Sutker y H. E. Adams (dirs.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 371-394). Nueva York: Plenum.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder. *Journal of the American Psychological Association, 62* (2), 71-83.
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., Costa, P. T., Jr. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the Five-Factor Model of Personality. In: Costa, PT., Jr; Widiger, TA., editors. *Personality disorders and Five-Factor Model of Personality 2*, p. 89-99. Washington, DC: American Psychological Association.

- Wiggins, J. S. y Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1, 305-316.
- Wiggins, J. S. y Pincus, A. L. (1992). Personality: Structure and Assessment. *Annual Review of Psychology*, 43, 473-504.
- Williams, S. L. (1995). Self-efficacy, anxiety, and phobic disorders. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 69-107). New York: Plenum.
- Wittchen, H.U. y Essau, C.A. (1991). The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia. En J.R. Walker, R. Norton, C. A. Ross, (Eds.), *Panic Disorder and Agoraphobia. A guide for the Practitioner* (pp. 103-149). Brooks/ Cole, Pacific Grove.
- Wittchen H. U., Nelson, C. B. y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H. y Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed?. A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 406, 14-23.
- Wittchen, H. U. y Jacobi F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-76.
- Wittchen, H. U. y Perkonig, A. (1993). Panikattacken mit frühen und spätem Beginn: Unterschiedliche pathogenetische Mechanismen?. *Verhaltenstherapie*, 3, 296-303.
- Woods, S. W., Koster, K., Krystal, J. K., Smith, E. O., Zubal, I. G., Hoffer, P. B., et al. (1988). Yohimbine alters regional cerebral blood flow in panic disorder. *Lancet*, 2, 678.
- Woodruffe, C. (1984). The consistency of presented personality: Additional evidence from aggregation. *Journal of Personality*, 52 (4), 307-317.

Y

- Yonkers, K. A. (1994). Panic disorder in women. *Journal of Women`s Health*, 3, 481-486.
- Yonkers, K. A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M. Shea, T. y Keller, M. B. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men?. *American Journal of Psychiatry*, 155, 596-602.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R. y Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness- Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173-179.

Z

- Zanarini, M., Frakenburg, E. R., Sickel, A. E. y Young, L. (1996). *Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*. Laboratory for the study of Adult Development, McLean Hospital, and the Department of Psychiatry, Harvard University.
- Zimmermann, M. (1994). Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Hofler, M., Pfister, H., Kessler, R. C. y Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: A 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-1222.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P. y Kraft, M. (1993). A comparison of the three structural models for the personality: The big three, the big Zvolensky, M. J. y Eifert, G. H. (2001). A review of psychological factors/processes affecting anxious responding Turing voluntary hyperventilation and inhalations of carbon dioxide-enriched air. *Clinical Psychology Review*, 21, 375-400.

II-7. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de consentimiento informado

Anexo 2. Hoja resumen para el clínico

Anexo 3. Entrevista estructurada de los trastornos de ansiedad (ADIS-IV) (Brown, Di Nardo y Barlow, 1994).

Anexo 4. Escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS) (Shear et al., 1992).

Anexo 5. Cuestionario de control de la ansiedad (ACQ) (Rapee, Craske, Brown y Barlow, 1996; Brown, White, Forsyth y Barlow, 2004).

Anexo 6. Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986).

Anexo 7. Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Ergbaugh, 1961; Beck, 1978, adaptado para población española por Conde y Franch, 1984).

Anexo 8. Cuestionario de Miedos (FQ) (Marks y Mathews, 1979).

Anexo 9. Índice de Calidad de Vida (QL-I) (Mezzich et al., 2000).

Anexo 10. Inventario Breve de Síntomas (BSI) (Derogatis y Melisaratos, 1983, adaptado por Ruipérez et al., 2001).

Anexo 11. Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 1992, validado en población española por Cordero, Pamos y Seisdedos, TEA Ediciones a partir de una versión modificada del inventario traducido por María Dolores Avia Aranda, 1999, 2002).

Anexo 12. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III; Millon, Davis y Millon, 2007, adaptado y baremado en población española por Cardenal y Sánchez, TEA Ediciones, 2007).

ANEXO I: HOJA DE CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos:

El objetivo del proyecto que lleva por título "Estudio de perfiles de personalidad como factores de vulnerabilidad en la aparición de trastornos psicológicos" (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 102/03) es avanzar en el estudio de las características de personalidad relacionadas con los trastornos psicológicos, con el fin de avanzar en el abordaje de su prevención y de su tratamiento.

Para conseguir el objetivo de este proyecto pedimos la colaboración voluntaria y anónima de todas aquellas personas interesadas en rellenar los cuestionarios del protocolo de evaluación que se adjunta.

El/La abajo firmante acepta que, salvaguardando siempre su derecho a la intimidad y al anonimato, los datos que se puedan derivar de la evaluación puedan ser utilizados para la divulgación científica.

El interesado/a

La investigadora principal del proyecto

Profesora Azucena García
Universitat Jaume I

En, a de de 2005

ANEXO II: HOJA RESUMEN PARA EL CLÍNICO

NOMBRE DEL EVALUADOR:

CENTRO:

FECHA:

1.- DATOS DEMOGRÁFICOS

CÓDIGO:

EDAD:

SEXO:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

NIVEL DE ESTUDIOS:

2.- DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL DSM-IV

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE V:

DURACIÓN DEL TRASTORNO EN MESES:

3.- ESTADO CLÍNICO

Señale con una cruz y complete la información que corresponda:

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	Psicológico:
--------------------------	---------------------

	Farmacológico: Fármaco y dosis: <ul style="list-style-type: none"> • • • •
--	--

	<i>En Seguimiento</i> Tiempo desde que finalizó el tratamiento:
--	--

4.- GRAVEDAD PERCIBIDA POR EL EVALUADOR

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la gravedad actual de este paciente como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin síntomas		Leve		Moderada		Grave		Muy grave

5.- GRAVEDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE

Teniendo en cuenta su estado actual, evaluaría la gravedad de su problema como:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin síntomas		Leve		Moderada		Grave		Muy grave

ANEXO III: ADIS IV

Entrevista estructurada de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV-L)

Cliente:
Terapeuta:

Código:
Fecha:

TRASTORNO DE PÁNICO

INFORMACIÓN INICIAL

1a. En la actualidad, ¿hay momentos en los que siente, repentinamente, un aumento brusco de miedo o malestar intensos?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es SI, pasar a 2a.

1b. Si la respuesta es NO, En el pasado, ¿ha sentido alguna vez un aumento brusco y repentino de miedo o malestar intensos?

Si la respuesta es SI, ¿Cuándo fue la última vez que le ocurrió?

Si ha respondido SI a 1a.o 1b., o la existencia de ataques de pánico es dudosa, continuar con las preguntas

En caso contrario, pasar a AGORAFOBIA

2a. Además de este periodo de tiempo (actual) en el que ha tenido estos aumentos bruscos de miedo o malestar intensos, ¿ha habido otras épocas, en las que también haya experimentado estos aumentos bruscos de miedo o malestar?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es NO, pasar a 3a.

2b. Antes de este periodo de tiempo (actual) en el que ha estado experimentando estos ataques repentinos de miedo o malestar intensos, ha habido alguna época en la que no haya sufrido estos ataques?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es NO, pasar a 3a.

2c. ¿Cuánto tiempo de separación ha habido entre estos periodos? ¿Cuándo ocurrieron estos periodos?

3a. ¿En qué tipo de situación (o situaciones) experimenta (o ha experimentado) estas sensaciones? ¿Dónde es más probable que experimente estas sensaciones?

En la actualidad:

En el pasado:

3b. ¿Estas sensaciones aparecen (o han aparecido) como “llovidas del cielo”, sin razón aparente o en situaciones en las que no esperaba que ocurrieran?

En la actualidad: SI ____ NO ____

En el pasado: SI ____ NO ____

Si el paciente indica la presencia de síntomas de pánico inesperados, es necesario recabar más información para determinar si esos síntomas se dan en varios contextos situacionales o si los síntomas están circunscritos a un tipo de situación determinada (como ocurre en la Fobia Social o en la Fobia Específica).

4. ¿Cuánto tiempo tarda la ansiedad en alcanzar su máxima intensidad?

En la actualidad: _____ minutos

En el pasado: _____ minutos

5. ¿Cuánto tiempo permanece la ansiedad en su punto de máxima intensidad?

En la actualidad: _____ minutos

En el pasado: _____ minutos

Si no hay evidencia de ataques de pánico inesperados (no señalados), pasar a AGORAFOBIA

VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

En esta sección, evalúe sólo los síntomas de los ataques de pánico que ocurran de forma INESPERADA, en diversas situaciones. Los síntomas de pánico que están circunscritos a un estímulo único (p. ej., lugares cerrados o alturas, situaciones sociales, contenido obsesivo, etc.) no deben evaluarse aquí..

En casos mixtos o dudosos, se pueden evaluar los síntomas en esta sección.

Evaluar la gravedad de cada síntoma típico del periodo de ataques más reciente y, cuando sea apropiado, evaluar qué caracterizaba a un ataque típico de épocas anteriores. Si un síntoma sólo se experimenta en algunos ataques, es decir, si no es típico, poner la valoración entre paréntesis.

El DSM-IV define un ataque de pánico como un periodo discreto de miedo o malestar intensos en el que, al menos 4 de los síntomas que se enumeran debajo, aparecen de forma súbita y alcanzan su máxima intensidad en 10 minutos. Si los ataques típicos no incluyen 4 síntomas, determinar si alguno de los ataques ha incluido 4 síntomas.

Utilice las siguientes preguntas para valorar los síntomas:

EPISODIO ACTUAL:

En la actualidad, ¿habitualmente experimenta _____ durante los ataques?

¿Qué gravedad tiene este síntoma para usted? Si existe alguna duda sobre si el síntoma es típico, preguntar: ¿Experimenta este síntoma en casi todos sus ataques?

EPISODIO PASADO:

Durante el episodio de ataques de hace _____ años, ¿habitualmente experimentaba _____ durante los ataques?

¿Qué gravedad tenía el síntoma para usted? Si existe alguna duda sobre si el síntoma era típico, preguntar: ¿Experimentaba este síntoma en casi todos sus ataques?

1. Valore la gravedad de los síntomas típicos utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Leve		Moderado		Severo		Muy severo

	ACTUALIDAD		PASADO	
	AC*	ASL*	AC	ASL
a. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca				
b. Sudoración				
c. Temblores o sacudidas				
d. Falta de aliento o sensación de ahogo				
e. Sensación de atragantamiento				
f. Opresión o malestar en el pecho				
g. Náuseas o molestias abdominales				
h. Escalofríos o sofocos				
i. Mareo, inestabilidad o sensación de desmayo				
j. Sensación de irrealidad (desrealización) o de sentirse separado de uno mismo (despersonalización)				
k. Sensación de entumecimiento u hormigueos (parestesias)				
l. Miedo a morir				
m. Miedo a volverse loco				
n. Miedo a perder el control				

OBSERVACIONES

* AC= Ataque completo

* ASL= Artaque de síntomas limitados

2a. Si el paciente informa de 4 ó más síntomas en sus ataques típicos, preguntar:

¿Tiene (o ha tenido) ataques en los que experimenta (o ha experimentado) un aumento repentino e inesperado de miedo/malestar acompañado por sólo uno o dos de estos síntomas?

En la actualidad: SI ____ NO ____

En el pasado: SI ____ NO ____

Si la respuesta es SI, volver atrás y valorar la gravedad de los síntomas en la columna de Ataques de Síntomas Limitados (ASL). (Si la respuesta es NO pasar a III. Episodio actual)

2b. Si el paciente informa de menos de 4 síntomas en sus ataques típicos, preguntar:

¿Tiene (o ha tenido) ataques en los que experimenta (o ha experimentado) un ataque repentino e inesperado de miedo/malestar acompañada de 4 ó más de estos síntomas?

En la actualidad: SI ____ NO ____

En el pasado: SI ____ NO ____

Si la respuesta es SI, volver atrás, cambiar las valoraciones de los ataques de la columna de Ataques Completos (AC) a la columna de Ataques de Síntomas Limitados (ASL) y valorar la gravedad de los Ataques Completos (AC).

Si la respuesta es NO, volver atrás y cambiar las valoraciones de los Ataques Completos (AC) a la columna de Ataques de Síntomas Limitados (ASL).

EPISODIO ACTUAL

Si existe evidencia de un episodio pasado, introduzca esta sección con: Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca del actual periodo de ataques de pánico, que comenzó en: _____ (especificar mes y año).

1a. ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en el último mes?

_____ Completos _____ De síntomas limitados

b. ¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en los último 6 meses?

_____ Completos _____ De síntomas limitados

2a. Durante el último mes, ¿en qué medida ha estado preocupado (o ha experimentado miedo o ansiedad) por la posibilidad de sufrir otro ataque de pánico?

-----0-----	-----1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5-----	-----6-----	-----7-----	-----8-----
Nada preocupado/Ningún miedo	Raramente preocupado/Poco miedo	Preocupación ocasional/Miedo moderado	Frecuentemente preocupado/Miedo severo	Constantemente preocupado/Miedo extremo				

Si no hay evidencia de preocupación persistente acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico durante el último mes preguntar: Desde su primer ataque ¿ha habido algún periodo de un mes o más en el que haya estado preocupado por la posibilidad de tener más ataques?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, ¿cuándo fué?

DESDE _____ HASTA _____

b. Concretamente, ¿qué anticipa que va a pasar como resultado de los ataques? (Preguntar sobre consecuencias inmediatas y a largo plazo)

c. ¿Los ataques han provocado que usted cambie su comportamiento o estilo de vida de alguna forma?

Si la respuesta es SI, ¿de qué forma?

Evitación situacional (p. ej. agorafobia):

Sensibilidad/evitación interoceptiva (p. ej. Ejercicio físico, sexo, cafeína, expresar emociones fuertes, lugares calurosos, películas de miedo, actividades que hagan aumentar la conciencia de sensaciones físicas):

Señales de seguridad (p. ej. medicación, personas, acceso a teléfonos/coche):

Distracción (poner la música alta, dejar la TV encendida, implicarse en actividades):

Cambios en el estilo de vida (p. ej. reducción de actividades "estresantes"):

3. ¿De qué forma los ataques de pánico han interferido en su vida (p. ej. rutina diaria, trabajo, actividades sociales)? ¿En qué medida le produce malestar tener estos ataques?

Valore interferencia: _____ Malestar: _____

-----0----	-----1----	-----2----	-----3----	-----4----	-----5----	-----6----	-----7----	-----8----
Nada	Leve		Moderad o		Severo		Muy sever o	

4a. ¿Puede recordar el primer ataque de pánico que inició el actual período de ataques?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, ¿Cuándo ocurrió? _____ Mes _____ Año _____

b. ¿Estaba pasando por una época de estrés en su vida en esos momentos?

SI _____ NO _____

¿Qué estaba pasando en su vida en esa época?

¿Estaba pasando por dificultades o cambios en:

Familia/relaciones interpersonales?

Trabajo/estudios?

Situación económica?

Asuntos legales?

Salud (propia o de otros)?

c. El día de ese primer ataque, ¿estaba tomando algún tipo de droga? (Incluir alcohol/cafeína.)

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, especificar (tipo/cantidad): _____

5. Durante este período actual en el que ha estado teniendo ataques, ¿ha estado tomando, de forma regular, algún tipo de droga?

SI _____ NO _____

Especificar (tipo/cantidad/fechas): _____

6. Durante este tiempo en el que ha estado teniendo los ataques, ¿ha sufrido alguna enfermedad o condición física especial (como problemas del oído interno, prolapso de la válvula mitral, embarazo, hipertiroidismo, hipoglucemia)?

SI _____ NO _____

Especificar (tipo; fecha de comienzo/remisión): _____

7. Para este periodo actual en el que ha estado experimentando ataques ¿cuándo se convirtieron éstos en un problema por hacerse frecuentes y/o porque usted empezó a preocuparse mucho por la posibilidad de tener más ataques, o porque los ataques provocaron un cambio en su comportamiento de alguna manera?

(Nota: si el paciente se muestra vago sobre la fecha de inicio, intente recabar información más específica, p. ej., uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales objetivos.)

Fecha de inicio: _____ Mes: _____ Año: _____

8. Además de este periodo actual de ataques de pánico, ha habido otros periodos distintos antes del actual en los que ha tenido estos ataques?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, volver atrás y preguntar 2b y 2c de la INFORMACION INICIAL

Si la respuesta es NO, pasar a INVESTIGACIÓN (opcional) o AGORAFOBIA

IV. EPISODIOS PASADOS

Ahora quiero hacerle una serie de preguntas acerca del pasado período de pánico, que comenzó en: _____ y acabó en: _____ (especificar meses/años).

Enumerar las fechas (inicio/remisión) correspondientes al periodo/s sobre el/los que se pregunta:

Período pasado número 1: DESDE: _____ HASTA: _____

Período pasado número 2: DESDE: _____ HASTA: _____

1. Durante el período de hace _____ años, ¿cuántos ataques de pánico al mes tenía normalmente?

Episodio pasado número 1: _____ Completos _____ De síntomas limitados

Episodio pasado número 2: _____ Completos _____ De síntomas limitados

2a. Durante el período de hace _____ años, ¿en qué medida estaba preocupado (o experimentaba miedo o ansiedad) por la posibilidad de sufrir otro ataque de pánico?

-----0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8

Nada preocupado/Ningún miedo	Raramente preocupado/ Poco miedo	Preocupación ocasional/ Miedo moderado	Frecuentemente preocupado/ Severa aprensión	Constantemente preocupado/ Miedo extremo
------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Si no hay evidencia de preocupación persistente acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico durante ese periodo, preguntar: ¿hubo algún periodo de un mes o más en el que estuvo preocupado por la posibilidad de tener más ataques?

Nº 1: SI _____ NO _____

Nº 2: SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, ¿cuándo fué?

Nº1: DESDE _____ HASTA _____

Nº2: DESDE _____ HASTA _____

b. Concretamente, ¿qué anticipaba que iba a pasar como resultado de los ataques?
(Preguntar sobre consecuencias inmediatas y a largo plazo)

Nº1: _____

Nº2: _____

c. ¿Los ataques provocaron que usted cambiara su comportamiento o su estilo de vida de alguna forma?

Si la respuesta es SI, ¿de qué forma?

Nº1: _____

Nº2: _____

Evitación situacional (p. ej. agorafobia):

Sensibilidad/evitación interoceptiva (p. ej., Ejercicio físico, sexo, cafeína, expresar emociones fuertes, lugares calurosos, películas de miedo, actividades que hagan aumentar la conciencia de sensaciones físicas):

Señales de seguridad (p. ej., medicación, personas, acceso a teléfonos/coche):

Distracción (poner la música alta, dejar la TV encendida, implicarse en actividades):

Cambios en el estilo de vida (p. ej., reducción de actividades "estresantes"):

3. ¿De qué forma los ataques de pánico interferían en su vida (p. ej., rutina diaria, trabajo, actividades sociales)? ¿En qué medida le produjo malestar tener los ataques?

Nº1: _____

Nº2: _____

Nº1: Valore interferencia: _____ Malestar: _____

Nº2: Valore interferencia: _____ Malestar: _____

-----0-----	-----1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5-----	-----6-----	-----7-----	-----8-----
Nada	Leve		Moderad o		Severo			Muy severo

4a. ¿Puede recordar el primer ataque de pánico que inició el período de ataques de _____ (año)?

Nº 1. SI _____ NO _____

Nº 2. SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, ¿Cuándo ocurrió?

Nº1: _____ Mes _____ Año

Nº2: _____ Mes _____ Año

b. ¿Estaba pasando por una época de estrés en su vida en esos momentos?

Nº 1. SI _____ NO _____

Nº 2. SI _____ NO _____

¿Qué estaba pasando en su vida en esa época?

Nº1: _____

Nº2: _____

¿Estaba pasando por dificultades o cambios en:

Familia/relaciones interpersonales?

Nº1: _____

Nº2: _____

Trabajo/estudios?

Nº1: _____

Nº2: _____

Situación económica?

Nº1: _____

Nº2: _____

Asuntos legales?

Nº1: _____

Nº2: _____

Salud (propia o de otros)?

Nº1: _____

Nº2: _____

c. El día de ese primer ataque, ¿estaba tomando algún tipo de droga? (Incluir alcohol/cafeína.)

Nº 1. SI _____ NO _____

Nº 2. SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, especificar (tipo/cantidad): _____

5. Durante el pasado período en el que tuvo ataques, ¿tomaba, de forma regular, algún tipo de droga?

Nº 1. SI _____ NO _____

Nº 2. SI _____ NO _____

Especificar (tipo/cantidad/fechas): _____

6. Durante ese tiempo en el que tuvo los ataques, sufría alguna enfermedad física como problemas del oído interno, prolapso de la válvula mitral, embarazo, hipertiroidismo, hipoglucemia?

Nº 1. SI _____ NO _____

Nº 2. SI _____ NO _____

Especificar (tipo; fecha de comienzo/remisión): _____

7. Durante el pasado periodo en el que experimentó ataques, ¿cuándo se convirtieron éstos en un problema por hacerse frecuentes y/o porque usted empezó a preocuparse mucho por la posibilidad de tener más ataques, o porque los ataques provocaron un cambio en su comportamiento de alguna manera?

(Nota: si el paciente se muestra vago sobre la fecha de inicio, intente recabar información más específica, p. ej., uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales objetivos.)

Fecha de inicio: Nº 1: _____ Mes: _____ Año: _____

Nº 2: _____ Mes: _____ Año: _____

8a. Cuándo estos ataques dejaron de ser un problema, porque dejaron de ocurrir o porque usted ya no se preocupara por la posibilidad de tenerlos?

Fecha de remisión: Nº 1: _____ Mes: _____ Año: _____

Nº 2: _____ Mes: _____ Año: _____

8b. ¿Puede recordar alguna razón por la que los ataques cesaran o por la que usted ya no se preocupara por ellos?

Nº1: _____

Nº2: _____

9. Antes de ese periodo pasado de ataques de pánico, hubo otros períodos distintos antes de ese?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, averiguar si ha existido un episodio de ataques de pánico inesperados (utilizando los ítems de la INFORMACION INICIAL); si es así, volver a administrar los ítems del EPISODIO PASADO para el Episodio número 2.

Si la respuesta es NO, pasar a INVESTIGACIÓN (opcional) o AGORAFOBIA.

INVESTIGACIÓN

Las preguntas deben referirse al episodio actual.

¿Qué cosas hacen que se desencadenen los ataques de pánico? (Preguntar sobre desencadenantes internos (pensamientos, sensaciones, imágenes) y externos (situaciones temidas, situaciones que eliciten un aumento en la atención autofocalizada, consecuencias físicas de actividades como el Ejercicio físico, tomar cafeína, etc.)

Cuando tiene un ataque de pánico, ¿cómo lo afronta?

¿Alguna vez experimentó sentimientos similares, quizás más leves, cuando era niño?

Si la respuesta es SI, especificar fechas y cómo fueron esas experiencias (situaciones, frecuencia, síntomas):

4. ¿Algunas veces se despierta con un ataque de pánico?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, preguntar:

a. ¿En qué momento del sueño ocurre esto?

b. ¿Normalmente, el pánico ocurre nada más quedarse dormido, después de llevar tiempo dormido (p.ej., en la mitad de la noche), o de madrugada, cerca de la hora de despertarse?

c. ¿Le despierta a usted el ataque de pánico, o le ocurre momentos después de que se haya despertado?

Si parece que el paciente sufre ataques de pánico nocturnos, preguntar:

d. ¿Cuándo ocurrió? DESDE _____ HASTA _____

e. ¿Con qué frecuencia ocurre/ocurrió? _____ por semana/mes

Entrevista estructurada de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV-L)

Cliente:
Terapeuta:

Código:
Fecha:

AGORAFOBIA

INFORMACIÓN INICIAL

1a. ¿Normalmente siente pánico en algunas situaciones o las evita porque es probable que sienta pánico en ellas?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es SI, saltar a 2a.

b. Si la respuesta es NO, ¿alguna vez ha sentido pánico en algunas situaciones o las ha evitado por sentir pánico?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es NO, continuar en 1c.

¿Cuándo fue la última vez que le ocurrió esto?

Pasar a 2a.

c. ¿Siente usted ansiedad al enfrentarse a situaciones debido al miedo a tener síntomas como diarrea, vómito, mareo, etc.?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es NO, continuar en 1d.

¿Qué síntomas teme que van a aparecer en estas situaciones?

Pasar a 2a.

d. ¿Alguna vez ha sentido usted ansiedad al enfrentarse a situaciones debido al miedo a tener síntomas como diarrea, vómito, mareo, etc.?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es SI, ¿qué síntomas temía que aparecieran en estas situaciones?

¿Cuándo fue la última vez que esto ocurrió?

Si ha respondido NO a lo anterior y no hay historia de Trastorno de Pánico, pasar a FOBIA SOCIAL

2a. Además de este episodio actual o más reciente en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones, ¿ha habido otros periodos de tiempo en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es NO, pasar a VALORACIÓN DE SITUACIONES.

b. Antes de este episodio actual o más reciente en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones, ¿ha habido un periodo de tiempo considerable en el que se ha sentido cómodo en esas situaciones?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es NO, pasar a VALORACIÓN DE SITUACIONES.

c. ¿Cuánto tiempo pasó entre esos episodios?; ¿Cuándo ocurrieron este/estos episodios?

VALORACIÓN DE SITUACIONES

Nota: Si hay evidencia de Trastorno de pánico actualmente o en el pasado, obtener valoraciones de las actuales o pasadas situaciones agorafóbicas. Si el paciente sólo informa de un episodio de trastorno de pánico anterior, obtener valoraciones actuales o pasadas de las situaciones agorafóbicas (empezando con las valoraciones de agorafobia en el pasado). Las valoraciones sólo deben hacerse de la anticipación de pánico u otros síntomas (p.ej., diarrea). La ansiedad/evitación debida a otros problemas (p.ej., fobia específica o fobia social) debería valorarse como "0".

Utilizar la siguiente encuesta para valorar las situaciones:

¿Cuánta ansiedad siente/sentía al enfrentarse a esta situación?; ¿Con qué frecuencia evita/evitaba esta situación?; ¿El estar acompañado por alguien hacía más cómodo el enfrentarse a la situación?

-----0-----	-----1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5-----	-----6-----	-----7-----	-----8-----
No evitación o escape/ Ningún		Rarament e evitación o escape/ Poco		Evitación o escape ocasional/ Miedo		Evitación o escape frecuente/ Miedo severo		Evitación o escape constante/ Miedo

--

Si no hay evidencia de miedo o evitación en ninguna de esas situaciones, pasar a FOBIA SOCIAL

EPISODIO ACTUAL

Si hay evidencia de que ha habido algún episodio anterior, introducir estas pregunta con:
Ahora quisiera preguntarle una serie de cuestiones sobre este episodio actual de ansiedad/evitación de situaciones que comenzó en: _____ (especificar mes/año).

¿Lleva objetos consigo o realiza alguna conducta antes de salir para sentirse más cómodo? (Preguntar sobre señales de seguridad como medicinas, teléfono móvil, acceso a su coche, instrucciones de afrontamiento impresos/en libros, bebidas, objetos relacionados con ponerse enfermo en público -p.ej., pañuelos de papel-).

¿De qué forma la ansiedad/evitación de estas situaciones interfiere en su vida (p.ej., vida cotidiana, trabajo, vida social)?

Valore interferencia: _____ Malestar: _____

----0----	----1----	----2----	----3----	----4----	----5----	----6----	----7----	----8----
Nada		Leve		Moderad a		Severa		Muy severa

Para este episodio actual, ¿cuándo empezó el miedo a estas situaciones? (Nota: si el paciente es ambiguo sobre la fecha de inicio, intentar averiguar información más específica, p.ej., uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales concretos o al primer ataque de pánico)

Fecha de inicio: _____ Mes _____ Año

Además de este episodio actual, ¿ha habido otros periodos de tiempo, diferentes y anteriores al actual, en el que ha sentido aprensión/ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones? SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, volver atrás y preguntar 2b y 2c de la INFORMACIÓN INICIAL
Si la respuesta es NO, pasar a FOBIA SOCIAL

EPISODIOS PASADOS

Ahora quisiera preguntarle una serie de cuestiones sobre el episodio pasado de aprensión/evitación de situaciones que comenzó en: _____ y acabó en _____ (especificar mes/año).

Enumere las fechas (inicio/remisión) que corresponda al episodio/s sobre el/los que se pregunta:

Episodio pasado n. 1: DESDE _____ HASTA _____

Episodio pasado n. 2: DESDE _____ HASTA _____

¿Llevaba objetos consigo o realizaba alguna conducta antes de salir para sentirse más cómodo?

N 1: _____

N 2: _____

¿De qué forma la aprensión/evitación de estas situaciones interfería en su vida (p.ej., vida cotidiana, trabajo, vida social)?

Valore interferencia/malestar:

N 1: _____

N 2: _____

-----0-----	-----1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5-----	-----6-----	-----7-----	-----8-----
Nada		Leve		Moderad a		Severa		Muy severa

Para este episodio pasado, ¿cuándo empezó el miedo a estas situaciones? (Nota: si el paciente es ambiguo sobre la fecha de inicio, intentar averiguar información más específica, p.ej., uniendo el inicio del problema a acontecimientos vitales concretos o al primer ataque de pánico)

Fecha de inicio: N 1: _____ Mes _____ Año _____

N 2: _____ Mes _____ Año _____

¿Cuándo la ansiedad/evitación de estas situaciones dejaron de ser un problema? ¿Cuándo empezó a sentirse cómodo afrontando esas situaciones?

Fecha de remisión: N 1: _____ Mes _____ Año _____

N 2: _____ Mes _____ Año _____

¿Puede recordar alguna razón por la que empezó a sentirse cómodo en esas situaciones otra vez?

N 1: _____

N 2: _____

Antes de este episodio pasado, ¿ha habido otros periodos de tiempo, anteriores a ese pasado en el que ha sentido ansiedad o ha evitado situaciones debido a esas sensaciones?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es SI, averiguar si ha habido algún episodio de evitación agorafóbica (utilizando los ítems de la INFORMACIÓN INICIAL); si es así, volver a administrar los ítems para el Episodio Pasado número 2.

Si la respuesta es NO, pasar a FOBIA SOCIAL.

ANEXO IV: ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL CLÍNICO

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO

Nombre.....	Código/DNI	
.....		
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Entrevistador
.....		
Diagnóstico	Fecha	

A continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas con sus ataques de pánico. Marque con una cruz la respuesta que mejor explique cómo interfieren estos ataques en su vida.

1. Frecuencia de los ataques de pánico (¿con qué frecuencia experimenta episodios de pánico con al menos 4 síntomas?)

0= Ninguna

1= Leve (sensaciones parecidas a las del pánico, o crisis de síntomas limitados o menos de una crisis completa por semana)

2= Moderada (una o dos crisis completas por semana)

3= Grave (crisis diarias o más de dos por semana)

4= Extrema (más de una por día)

¿Cuántos ataques de pánico ha tenido en la última semana? _____

¿Cuántos ataques de pánico con síntomas limitados ha tenido en la última semana? _____

2. Malestar durante los ataques de pánico (¿qué grado de malestar le causan los ataques de pánico? Si no experimenta ataques de pánico, responda "ninguno")

0= Ninguno

1= Leve (infrecuente y no demasiado intenso)

2= Moderado (regular e intenso, pero manejable)

3= Grave (muy frecuente y muy intenso)

4= Extremo (malestar extremo en todos los ataques)

3. Gravedad de la ansiedad anticipatoria (¿en qué medida se preocupa o teme que ocurra el próximo ataque de pánico?)

0= Ninguna

1= Leve, preocupación ocasional por cuándo se presentará el próximo ataque

2= Moderada, preocupación frecuente por el próximo ataque

3= Grave, preocupación muy perturbadora por el próximo ataque

4= Extrema, preocupación casi constante o incapacitante

4. Evitación fóbica de determinadas situaciones ligadas al pánico (¿evita alguna situación por miedo a tener un ataque de pánico en ella?)

0= Ninguna

1= Leve (miedo y/o evitación ocasional de determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico. Miedo o malestar y/o deseo de evitar al menos una situación. Se enfrenta o soporta la situación en la mayor parte de circunstancias)

2= Moderada (miedo y/o evitación regular, pero manejable, de determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico. Miedo o malestar y/o deseo de evitar varias situaciones. Normalmente evitará dos o más situaciones, pero se enfrentará a ellas si está acompañado por una persona en quien confíe. Evidencia de cierta modificación del estilo de vida debido a la evitación)

3= Grave (miedo y/o evitación persistente de determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico. Miedo o malestar y/o deseo de evitar varias situaciones, con evitación regular y marcada modificación del estilo de vida)

4= Extrema (miedo y/o evitación incapacitante de determinadas situaciones por miedo a tener un ataque de pánico. Miedo o malestar y/o deseo de evitar muchas situaciones. Existen modificaciones severas o incapacitantes del estilo de vida debidas a la evitación)

5. Evitación fóbica de sensaciones relacionadas con el pánico (¿hay sensaciones que le hacen sentirse mal porque le recuerdan a las que experimenta durante los episodios de pánico o porque teme que puedan desencadenar un ataque de pánico? Ej. Hacer jogging, practicar deporte, realizar actividades sexuales,...)

0= Ninguna

1= Leve (miedo y/o evitación ocasional de sensaciones físicas. Miedo y/o malestar con una o más sensaciones físicas. Soporta las sensaciones en la mayor parte de circunstancias)

2= Moderada (miedo y/o evitación regular, pero manejable, de sensaciones físicas. Miedo y/o malestar y deseo de evitar experimentar varias sensaciones físicas. Ha reducido ciertas actividades para limitar las sensaciones)

3= Grave (miedo y/o evitación persistente de sensaciones físicas. Miedo y/o malestar y evitación de experimentar sensaciones físicas. Evita consistentemente muchas actividades)

4= Extrema (miedo y/o evitación incapacitante de sensaciones físicas. Miedo o malestar y/o deseo de evitar muchas actividades. Hay modificaciones graves en el estilo de vida debido a la evitación)

6. Deterioro/interferencia en el funcionamiento laboral a causa de los síntomas del trastorno de pánico (¿cuánto interfieren sus ataques de pánico –o ansiedad anticipatoria o evitación fóbica- en su habilidad para trabajar y/o realizar sus responsabilidades en el hogar?)

0= Ninguna

1= Leve (ligera interferencia en las actividades ocupacionales, pero sin deterioro en la Ejecución global)

2= Moderada (interferencia clara, pero manejable, en la Ejecución ocupacional)

3= Grave (produce deterioro sustancial en la Ejecución ocupacional)
4= Extrema (incapacitante)

7. Deterioro/interferencia en el funcionamiento social a causa de los síntomas del trastorno de pánico (¿hasta qué punto interfieren sus ataques de pánico -o ansiedad anticipatoria o evitación fóbica- en su vida social?)

0= Ninguna

1= Leve (ligera interferencia en las actividades sociales, pero sin deterioro en la Ejecución global)

2= Moderada (interferencia clara, pero manejable, en la Ejecución social)

3= Grave (produce deterioro sustancial en la Ejecución social)

4= Extrema (incapacitante)

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

ANEXO V: INVENTARIO DE CONTROL DE LA ANSIEDAD

INVENTARIO DE CONTROL DE LA ANSIEDAD

Brown, White, Forsyth y Barlow (2004)

Traducido por A. García-Palacios y J. Osma

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO MESES

Código: Fecha Edad

Género Mujer Hombre Entrevistador:

A continuación se presentan una serie de frases que describen ciertas creencias. Por favor, lea cada frase con detalle e indique en qué medida cree que cada frase es típica de usted. Utilice la siguiente escala de 0 a 5 para contestar.

0	1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Que sea capaz de afrontar situaciones difíciles depende de si tengo ayuda externa	0	1	2	3	4	5
2. En momentos de estrés es probable que pierda el control	0	1	2	3	4	5
3. Cuando estoy asustado por algo, generalmente no hay nada que yo pueda hacer	0	1	2	3	4	5
4. El hecho de que pueda escapar de una situación amenazante es siempre una cuestión de suerte para mí	0	1	2	3	4	5
5. Normalmente me resulta fácil quitarme las preocupaciones de la cabeza	0	1	2	3	4	5
6. Soy capaz de controlar la intensidad de mi ansiedad	0	1	2	3	4	5
7. Hay poco que pueda hacer para cambiar acontecimientos amenazantes.	0	1	2	3	4	5
8. La medida en que una situación difícil se resuelve no tiene nada que ver con mis acciones	0	1	2	3	4	5
9. Si algo va a hacerme daño, sucederá independientemente de lo que yo haga	0	1	2	3	4	5
10. Normalmente puedo relajarme cuando quiero	0	1	2	3	4	5
11. En momentos de estrés no siempre estoy seguro de cómo voy a reaccionar	0	1	2	3	4	5
12. La mayoría de las cosas que me ponen nervioso están fuera de mi control	0	1	2	3	4	5
13. No me preocupa ponerme nervioso en una situación difícil porque tengo confianza en mi habilidad para hacer frente a los síntomas	0	1	2	3	4	5
14. Normalmente me resulta difícil hacer frente a los problemas	0	1	2	3	4	5
15. Cuando estoy nervioso me resulta difícil centrarme en otra cosa que no sea mi ansiedad	0	1	2	3	4	5

POR FAVOR COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS AFIRMACIONES

Cuestionario de control de la ansiedad (Anxiety Control Questionnaire)
Brown, White, Forsyth y Barlow (2004)

Tres factores:

Control emocional: ítems 5, 6, 10, 13, 15

Control de la amenaza: ítems 3, 4, 7, 8, 9, 12

Control del estrés: ítems 1, 2, 11, 14.

Corrección: Sumatorio.

Tener en cuenta que los ítems 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 14 y 15 puntúan al contrario.

Referencia bibliográfica:

Brown, T. A., White, K., S., Forsyth, J. y Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. Behavior Therapy, 35, 75-99.

ANEXO VI: ÍNDICE DE SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

ÍNDICE DE SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

Peterson y Reiss (1987)

Nombre.....	Código/DNI.....
.....	
Edad Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Entrevistador	
Diagnóstico	Fecha

PD =

Conteste al siguiente cuestionario rodeando con un círculo la alternativa (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

0	1	2	3	4
Nada absoluto	en Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que Ud. no ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que Ud. piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Por favor, conteste a todas las frases.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me asusto cuando siento que tiemblo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Es importante para mí mantener el control de mis emociones. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me resulta embarazoso o molesto cuando mi estómago hace ruidos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cuando me molesta el estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Cuando siento que tiemblo, la gente suele darse cuenta. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me asusto cuando estoy nervioso/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO VII: INVENTARIO DE DEPRESIÓN

INVENTARIO DE DEPRESIÓN

Beck (1978)

Nombre.....	Código/DNI	
.....		
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Entrevistador
.....		
Diagnóstico	Fecha	

PD =

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

(1)

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

(2)

- 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 No hay nada que espere con ilusión.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.

(3)

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás sólo veo un fracaso tras otro.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

(4)

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no tengo verdadera satisfacción por las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- (5)
- 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - 3 Me siento culpable constantemente.
- (6)
- 0 No tengo la sensación de estar siendo castigado.
 - 1 Tengo la sensación de que puedo ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Tengo la sensación de estar siendo castigado.
- (7)
- 0 No me siento descontento conmigo mismo.
 - 1 Estoy descontento conmigo mismo.
 - 2 Me avergüenzo de mí mismo.
 - 3 Me detesto.
- (8)
- 0 No me considero peor que cualquier otro.
 - 1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
 - 2 Me culpo continuamente por mis faltas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- (9)
- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
 - 2 Desearía poner fin a mi vida.
 - 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- (10)
- 0 No lloro más de lo habitual.
 - 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Lloro continuamente.
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
- (11)
- 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - 2 Me siento irritado continuamente.
 - 3 No me irritan absolutamente nada las cosas que antes solían irritarme.
- (12)
- 0 No he perdido el interés por los demás.
 - 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - 3 He perdido todo interés por los demás.

(13)

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Ya no puedo tomar ninguna decisión en absoluto.

(14)

- 0 No tengo la sensación de tener peor aspecto que antes.
- 1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.
- 2 Tengo la sensación de que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer poco atractivo.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

(15)

- 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme mucho para hacer cualquier cosa.
- 3 No puedo hacer nada en absoluto.

(16)

- 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormirme.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

(17)

- 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

(18)

- 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

(19)

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 kgs.
- 2 He perdido más de 5 kgs.
- 3 He perdido más de 7 kgs.

Estoy intentando perder peso comiendo menos: SÍ NO

(20)

- 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en otra cosa.

(21)

- 0 No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODOS LOS GRUPOS DE AFIRMACIONES

ANEXO VIII: CUESTIONARIO DE MIEDOS

A continuación escoja un número de la siguiente escala para mostrarnos con qué intensidad Ud. está preocupado por cada uno de los problemas que encontrará a continuación, y escriba el número en la casilla correspondiente:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Casi nada		Levemente preocupado		Decididamente preocupado		Notoriamente preocupado		Muy severamente preocupado

18. Sentirme desdichado o deprimido.	
19. Sentirme irritado o enfadado.	
20. Sentirme tenso o ansioso.	
21. Pensamientos desconcertantes que me pasan por la cabeza	
22. Sentir que yo mismo o lo que me rodea es extraño o irreal.	
23. Otras situaciones (describalas).	

¿Cómo calificaría Ud. el estado presente de sus síntomas fóbicos o miedos?

1 2 3 4 5 6 7 8

ANEXO IX: ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA
Mezzich, Cohen y Ruipérez (1999)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO .. MESES

Código:	Fecha:	Edad:	
Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Entrevistador:	

Puntuación media= ____.

Instrucciones: Por favor, indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de "mala" a "excelente", marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas:

1. **Bienestar físico** (sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r			Bueno			Excelente

2. **Bienestar psicológico/emocional** (sentirse bien consigo mismo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r			Bueno			Excelente

3. **Autocuidado y funcionamiento independiente** (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r			Bueno			Excelente

4. **Funcionamiento ocupacional** (desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r			Bueno			Excelente

5. **Funcionamiento interpersonal** (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r			Bueno			Excelente

6. **Apoyo social-emocional** (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r		Bueno			Excelente	

7. **Apoyo comunitario y de servicios** (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r		Bueno			Excelente	

8. **Plenitud personal** (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r		Bueno			Excelente	

9. **Plenitud espiritual** (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia más allá de la vida material ordinaria).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r		Bueno			Excelente	

10. **Percepción global de calidad de vida** (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regula r		Bueno			Excelente	

ANEXO X: BSI-INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS

BSI: INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS
(Derogatis and Melisaratos, 1983; adaptado por Ruipérez et al., 2001)

Nombre.....	Código/DNI
.....	
Edad	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
.....	Entrevistador
Diagnóstico	Fecha
.....	
Condición terapéutica	

Instrucciones: a continuación encontrará una lista de problemas que en ocasiones nos pueden ocurrir. Por favor, lea cada uno de ellos detenidamente y marque con una cruz la casilla que mejor describa AQUELLAS SITUACIONES QUE LE HAN MOLESTADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Elija sólo una respuesta en cada uno de los problemas descritos y no deje ninguno por responder. Si después de responder usted cambia de opinión, tache su primera elección y elija otra.
LEA el Ejemplo siguiente antes de comenzar si tiene alguna duda, prefúntenos antes de iniciar el cuestionario.

EJEMPLO:

Cuanto le han molestado:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	mucho
0. Dolores corporales	0	1	2	3	4

Durante los últimos 30 días, cuánto le han molestado	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Nerviosismo y temblor interno	0	1	2	3	4
2. Debilidad o mareos	0	1	2	3	4
3. La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
4. Sentimientos de que otros tienen la culpa de la mayoría de sus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificultad para recordar cosas	0	1	2	3	4
6. Sentirse fácilmente molesto o irritable	0	1	2	3	4
7. Sentirse temeroso en los espacios abiertos	0	1	2	3	4

8. Sentimiento de que no se puede confiar en la gente	0	1	2	3	4
9. Susto súbito sin razón	0	1	2	3	4
10. Explosión de cólera que no puede controlar	0	1	2	3	4
11. Sentimiento de soledad aunque se encuentre con otras personas	0	1	2	3	4
12. Sensación de bloqueo para hacer cosas	0	1	2	3	4
13. Sentimientos de soledad	0	1	2	3	4
14. Sentimientos de tristeza	0	1	2	3	4
15. Sensación de desinterés por las cosas	0	1	2	3	4
16. Sentimientos de miedo	0	1	2	3	4
17. Sus sentimientos se pueden herir fácilmente	0	1	2	3	4
18. Sentimiento de que la gente no es amigable ni gustan de usted	0	1	2	3	4
19. Sentimientos de inferioridad	0	1	2	3	4
20. Náuseas o trastornos estomacales	0	1	2	3	4
21. Sentimientos de que otros le observan o comentan sobre usted	0	1	2	3	4
22. Tener que verificar una y otra vez las cosas que hace	0	1	2	3	4
23. Dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
24. Temor a viajar en autobús, metro o trenes	0	1	2	3	4
25. Dificultad para respirar	0	1	2	3	4
26. Episodios de calor o frío	0	1	2	3	4
27. Evitar ciertas cosas, lugares o actividades que le asustan	0	1	2	3	4

28. La mente se le queda en blanco	0	1	2	3	4
29. Adormecimientos o calambres	0	1	2	3	4
30. La idea de que usted debe ser castigado por sus pecados	0	1	2	3	4
31. Sentimiento de desesperanza sobre el futuro	0	1	2	3	4
32. Dificultades de concentración	0	1	2	3	4
33. Sensación de debilidad en partes de su cuerpo	0	1	2	3	4
34. Sentimientos de tensión o agotamiento	0	1	2	3	4
35. Impulsos de pegar, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
36. Impulsos de romper o destruir cosas	0	1	2	3	4
37. Sentimientos de timidez o vergüenza	0	1	2	3	4
38. Sensación de inquietud en lugares con mucha gente	0	1	2	3	4
39. Dificultad de sentirse cercano a otras personas	0	1	2	3	4
40. Crisis de temor o pánico	0	1	2	3	4
41. Meterse en querellas frecuentemente	0	1	2	3	4
42. Se siente nervioso cuando está solo	0	1	2	3	4
43. Los demás no le dan suficientemente crédito por sus logros	0	1	2	3	4
44. Dificultad para estar quieto	0	1	2	3	4
45. Sentimientos de devaluación	0	1	2	3	4
46. Sensación de que la gente se aprovechará de usted, si les deja	0	1	2	3	4

ANEXO XI: NEO PI-R

NEO PI-R

Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R)

Forma S

Paul T. Costa Jr. y Robert R. McCrae, 1992

Versión en español de M.D. Avia, 1994, 2000

Instrucciones

Lea cuidadosamente, por favor, estas instrucciones antes de empezar. Marque sus respuestas en la hoja de respuestas y escriba solamente en el lugar que se le indica. **NO** escriba nada en este cuadernillo.

En la hoja de respuestas adjunta marque, por favor, su nombre en el espacio indicado. Indique su sexo poniendo una marca en la casilla correspondiente bajo el título "Sexo". Escriba la fecha y su número de identificación, si es que le han dado uno. Marque "Yo mismo" en el espacio donde pone "Persona a quien se califica", puesto que Vd. se está describiendo a sí mismo, y escriba su edad.

Este cuestionario consta de 240 enunciados. Léalos con atención y rodee con un círculo la respuesta que corresponda mejor a su acuerdo o desacuerdo con ella.

Marque "**TD**" Si la afirmación es completamente falsa o Vd. está en **total desacuerdo** con ella.

Marque "**D**" Si la afirmación es fundamentalmente falsa o Vd. está en **desacuerdo** con ella.

Marque "**N**" Si la afirmación es aproximadamente lo mismo de cierta o de falsa, si no puede decidirse, o si se considera **neutro** en relación con esta afirmación.

Marque "**A**" Si la afirmación es fundamentalmente cierta o si Vd. está **de acuerdo** con ella.

Marque "**TA**" Si la afirmación es completamente cierta o Vd. está **totalmente de acuerdo** con ella.

No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas", y no necesita ser un experto para rellenar este cuestionario. Describese a sí mismo de forma sincera y exprese sus opiniones de la forma más precisa posible.

Responda a todos los ítems. Observe que las respuestas están numeradas en la hoja de respuestas, y asegúrese de que marca las respuestas en el espacio correspondiente al número adecuado. Si se equivoca o si cambia de opinión, **¡NO BORRE!** Ponga una cruz en la respuesta incorrecta y rodee con un círculo la respuesta correcta. Cuando haya contestado los 240 ítems, responda a las tres preguntas A, B y C de la hoja de respuestas. Pase la hoja y empiece con el ítem 1.

Derechos © 1991 de Psychological Assessment Resources, Inc., © 1999 de TEA Ediciones, S.A. de la edición española y 1994, 2000 de la autora de la versión. Edición experimental. No reproducir sin permiso.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

1. No soy una persona que se preocupe mucho.
2. La mayoría de la gente que conozco me cae muy simpática.
3. Tengo una imaginación muy activa.
4. Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás.
5. Se me conoce por mi prudencia y sentido común.

6. Con frecuencia me irrita la forma en que me trata la gente.
7. Huyo de las multitudes.
8. Los intereses estéticos y artísticos no son muy importantes para mí.
9. No soy astuto ni taimado.
10. Prefiero dejar abiertas posibilidades más que planificarme todo de antemano.

11. Rara vez me siento solo o triste.
12. Soy dominante, enérgico y defiendo mis opiniones.
13. Sin emociones fuertes, la vida carecería de interés para mí.
14. Algunas personas creen que soy egoísta y egocéntrico.
15. Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan.

16. Al tratar con los demás siempre temo hacer una patochada.
17. Tanto en el trabajo como en la diversión tengo un estilo pausado.
18. Tengo unas costumbres y opiniones bastante arraigadas.
19. Preferiría cooperar con los demás que competir con ellos.
20. No me enfado por nada, soy un poco pasota.

21. Rara vez me excedo en algo.
22. A menudo anhelo tener experiencias emocionantes.
23. Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas.
24. No me importa hacer alarde de mis talentos y logros.
25. Soy bastante bueno en organizarme para terminar las cosas a tiempo.

26. Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas.
27. Literalmente, nunca he saltado de alegría.
28. Considero que dejar que los jóvenes oigan a personas cuyas opiniones son polémicas sólo puede confundirlos o equivocarlos.
29. Los líderes políticos deberían ser más conscientes del lado humano de sus programas.
30. A lo largo de mi vida, he hecho algunas cosas bastante estúpidas.

31. Me asusto con facilidad.
32. No me gusta mucho charlar con la gente.
33. Intento que todos mis pensamientos sean realistas y no dejar que vuele la imaginación.
34. Creo que la mayoría de la gente tiene en general buena intención.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

35. No me tomo muy en serio mis deberes cívicos, como ir a votar.
36. Soy una persona apacible.
37. Me gusta tener mucha gente alrededor.
38. A veces me quedo totalmente absorto en la música que escucho.
39. Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero.
40. Tengo mis cosas bien cuidadas y limpias.

41. A veces me parece que no valgo absolutamente nada.
42. A veces no soy capaz de defender mis opiniones todo lo que debiera.
43. Rara vez experimento emociones fuertes.
44. Trato de ser cortés con todo el que conozco.
45. A veces no soy tan formal ni fiable como debiera.

46. Rara vez me siento cohibido cuando estoy con gente.
47. Cuando hago cosas, las hago con energía.
48. Creo que es interesante aprender y desarrollar nuevos hobbies.
49. Puedo ser sarcástico y mordaz si lo necesito.
50. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.

51. Me cuesta resistirme a mis deseos.
52. No me gustaría pasar las vacaciones en los centros de juego de Las Vegas.
53. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
54. Prefiero no hablar de mí o de mis éxitos.
55. Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a trabajar.

56. Creo que soy capaz de enfrentarme a la mayor parte de mis problemas.
57. A veces he experimentado una intensa alegría o arrebató.
58. Considero que las leyes y normas sociales deberían cambiar para reflejar las necesidades de un mundo cambiante.
59. Soy duro y poco sentimental en mis actitudes.
60. Pienso muy bien las cosas antes de tomar una decisión.

61. Rara vez me siento con miedo o ansioso.
62. Se me conoce como una persona cálida y cordial.
63. Tengo mucha fantasía.
64. Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si se le dejara.
65. Me mantengo informado y por lo general tomo decisiones inteligentes.

66. Se me tiene por colérico y de genio vivo.
67. En general prefiero hacer las cosas solo.
68. Me aburre ver ballet o danza moderna.
69. Aunque quisiera, no podría engañar a nadie.
70. No soy una persona muy metódica.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

71. Rara vez estoy triste o deprimido.
72. A menudo he sido un líder en los grupos en que he estado.
73. Para mí son importantes mis sentimientos sobre las cosas.
74. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
75. Pago mis deudas puntualmente y en su totalidad.

76. En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme.
77. Probablemente mi trabajo sea lento pero constante.
78. Cuando encuentro la forma adecuada de hacer algo, me aferro a ella.
79. Me resulta difícil expresar rabia, aunque lleve razón.
80. Cuando empiezo un programa para mejorar algo mío, lo habitual es que lo abandone a los pocos días.

81. Me cuesta poco resistir la tentación.
82. A veces he hecho cosas por mera excitación, buscando emociones.
83. Disfruto resolviendo problemas o puzzles.
84. Soy mejor que la mayoría de la gente, y yo lo sé.
85. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.

86. Cuando estoy bajo fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
87. No soy un alegre optimista.
88. Considero que deberíamos contar con las autoridades religiosas para tomar decisiones sobre cuestiones morales.
89. Hagamos lo que hagamos por los pobres y los ancianos, nunca será demasiado.
90. En ocasiones primero actúo y luego pienso.

91. A menudo me siento tenso e inquieto.
92. Mucha gente cree que soy algo frío y distante.
93. No me gusta perder el tiempo soñando despierto.
94. Me parece que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y digna de confianza.
95. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.

96. No se me considera una persona difícil ni de mal genio.
97. Si estoy solo mucho tiempo, siento mucha necesidad de la gente.
98. Las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza despiertan mi curiosidad.
99. Ser absolutamente honrado es una mala manera de hacer negocios.
100. Me gusta tener cada cosa en su sitio, de forma que sepa exactamente dónde está.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

101. A veces he sentido una sensación profunda de culpa o maldad.
102. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
103. Rara vez pongo mucha atención en mis sentimientos del momento.
104. Por lo general trato de pensar en los demás y ser considerado.
105. A veces hago trampas cuando juego a hacer solitarios.

106. No me avergüenzo mucho si la gente se ríe de mí y me toma el pelo.
107. A menudo siento como si rebosara energía.
108. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.
109. Si alguien no me cae simpático, se lo digo.
110. Trabajo mucho para conseguir mis metas.
111. Cuando como las comidas que más me gustan, tiendo a comer demasiado.
112. Tiendo a evitar las películas que son impactantes o de miedo.
113. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.
114. Trato de ser humilde.
115. Me cuesta forzarme a hacer lo que tengo que hacer.

116. En situaciones de emergencia mantengo la cabeza fría.
117. A veces reboso felicidad.
118. En mi opinión, las distintas ideas sobre lo que está bien y lo que está mal que tienen otras sociedades pueden ser válidas para ellas.
119. Los mendigos no me inspiran simpatía.
120. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.

121. Rara vez me inquieta el futuro.
122. Disfruto mucho hablando con la gente.
123. Me gusta concentrarme en una fantasía o ensueño y explorar todas sus posibilidades, dejándolas que crezcan y se desarrollen.
124. Cuando alguien es agradable conmigo, me entran celos.
125. Estoy orgulloso de mi sensatez.

126. Con frecuencia me producen aversión las personas con las que tengo que tratar.
127. Prefiero los trabajos que me permiten trabajar solo, sin que me molesten los demás.
128. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.
129. Detestaría que alguien pensara de mí que soy un hipócrita.
130. Parece que nunca soy capaz de organizarme.

131. Cuando algo va mal, tiendo a culpabilizarme.
132. Con frecuencia los demás cuentan conmigo para tomar decisiones.
133. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.
134. No se me conoce por mi generosidad.
135. Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

136. A menudo me siento inferior a los demás.
137. No soy tan rápido ni tan animado como otras personas.
138. Prefiero pasar el tiempo en ambientes conocidos.
139. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
140. No me siento impulsado a conseguir el éxito.

141. Rara vez cedo a mis impulsos.
142. Me gusta estar donde está la acción.
143. Me gusta hacer puzzles de los que hacen estrujarte el cerebro.
144. Tengo una opinión muy alta de mí mismo.
145. Cuando empiezo un proyecto, casi siempre lo termino.

146. Con frecuencia me resulta difícil decidirme.
147. No me considero especialmente alegre.
148. Considero que la fidelidad a los propios ideales y principios es más importante que tener una mentalidad abierta.
149. Las necesidades humanas deberían estar siempre por delante de consideraciones económicas.
150. A menudo hago cosas de forma impulsiva.

151. Con frecuencia me preocupo por cosas que podrían salir mal.
152. Me resulta fácil sonreír y ser extravertido con desconocidos.
153. Si noto que mi cabeza empieza a divagar y a soñar, generalmente me ocupo en algo y empiezo a concentrarme en una tarea o actividad alternativa.
154. Mi primera reacción es confiar en la gente.
155. No parece que haya tenido éxito completo en nada.

156. Es difícil que yo pierda los estribos.
157. Preferiría pasar las vacaciones en una playa muy frecuentada por gente que en una cabaña aislada en el monte.
158. Ciertos tipos de música me producen una fascinación sin límites.
159. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.
160. Tiendo a ser algo quisquilloso o exigente.

161. Tengo una baja opinión de mí mismo.
162. Preferiría ir a mi aire a ser el líder de otros.
163. Rara vez me doy cuenta del humor o los sentimientos que producen ambientes diferentes.
164. A la mayoría de la gente que conozco le caigo simpático.
165. Me adhiero de forma estricta a mis principios éticos.

166. Me siento a gusto en presencia de mis jefes u otras figuras de autoridad.
167. Habitualmente parece como si tuviera prisa.
168. A veces hago cambios en la casa sólo para probar algo diferente.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

169. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.

170. Hago todo lo que puedo por conseguir lo máximo.

171. A veces como tanto que me pongo malo.

172. Adoro la excitación de las montañas rusas.

173. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.

174. Pienso que no soy mejor que los demás, independientemente de cual sea su condición.

175. Cuando un proyecto se pone demasiado difícil, me siento inclinado a empezar uno nuevo.

176. Puedo manejármelas bastante bien en una crisis.

177. Soy una persona alegre y animosa.

178. Me considero de mentalidad abierta y tolerante con los estilos de vida de los demás.

179. Creo que todos los seres humanos merecen respeto.

180. Casi nunca tomo decisiones precipitadas.

181. Tengo menos miedos que la mayoría de la gente.

182. Tengo una fuerte relación emocional con mis amigos.

183. De niño rara vez me divertía jugando a ser otra persona (policía, padre, profesor, etc.).

184. Tiendo a pensar lo mejor de la gente.

185. Soy una persona muy competente.

186. A veces me he sentido amargado y resentido.

187. Las reuniones sociales normalmente me resultan aburridas.

188. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.

189. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.

190. No soy compulsivo con la limpieza.

191. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.

192. En las conversaciones tiendo a ser el que más habla.

193. Me parece fácil empatizar, sentir yo lo que los demás sienten.

194. Me considero una persona caritativa.

195. Trato de hacer mi trabajo con cuidado, para que no haya que hacerlo otra vez

196. Si he dicho o hecho algo mal a una persona, me cuesta mucho poder mirarla de nuevo a la cara.

197. Mi vida lleva un ritmo rápido.

198. En vacaciones prefiero volver a un sitio conocido y fiable.

199. Soy cabezota y testarudo.

200. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

201. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
202. Me atraen los colores llamativos y los estilos ostentosos.
203. Tengo mucha curiosidad intelectual.
204. Preferiría elogiar a otros que ser elogiado.
205. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es pasar de todas.

206. Cuando parece que todo va mal, todavía puedo tomar buenas decisiones.
207. Rara vez uso palabras como "¡fantástico!" o "¡sensacional!" para describir mis experiencias.
208. Creo que si una persona no tiene claras sus creencias a los 25 años, algo está mal en ellos.
209. Me inspiran simpatía los que son menos afortunados que yo.
210. Cuando voy de viaje, lo planifico cuidadosamente con antelación.

211. A veces me vienen a la cabeza pensamientos aterradores.
212. Me tomo un interés personal por la gente con la que trabajo.
213. Tendría dificultad para dejar que mi pensamiento vagara sin control o dirección.
214. Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
215. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.

216. Hasta las mínimas molestias me pueden resultar frustrantes.
217. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.
218. Disfruto leyendo poesías que se centran más en sentimientos e imágenes que en acontecimientos.
219. Estoy orgulloso de mi astucia para tratar con la gente.
220. Gasto un montón de tiempo buscando cosas que he perdido.

221. Con demasiada frecuencia, cuando las cosas van mal, me siento desanimado y a punto de tirar la toalla.
222. No me parece fácil asumir el mando de una situación.
223. Cosas raras o singulares (como ciertos olores o los nombres de lugares lejanos) pueden evocarme fuertes estados de ánimo.
224. Me aparto de mi camino por ayudar a los demás, si puedo.
225. Tendría que estar muy enfermo para perder un día de trabajo.

226. Cuando alguien que conozco hace tonterías, siento vergüenza ajena.
227. Soy una persona muy activa.
228. Cuando voy a alguna parte sigo siempre el mismo camino.
229. Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y mis compañeros.
230. Soy un poco adicto al trabajo.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

231. Siempre soy capaz de mantener mis sentimientos bajo control.

232. Me gusta ser parte del público en los acontecimientos deportivos.

233. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.

234. Soy una persona superior.

235. Tengo mucha auto-disciplina.

236. Soy bastante estable emocionalmente.

237. Me río con facilidad.

238. Considero que la "nueva moralidad" de lo permisivo no es en absoluto moralidad.

239. Antes preferiría ser conocido como una *persona misericordiosa* que como una *persona justa*.

240. Antes de contestar una pregunta, me lo pienso dos veces.

TD = *en total desacuerdo*. **D** = *desacuerdo*. **N** = *neutro*. **A** = *de acuerdo*. **TA** = *totalmente de acuerdo*

**ANEXO XII: INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III
(MCMII-III)**



CUADERNILLO

MCMIII - III

INVENTARIO CLÍNICO
MULTIAXIAL DE MILLON-III

INSTRUCCIONES

- 1 Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
- 2 Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- 3 Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
- 4 No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 5 A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. Si **ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** correspondiente a la letra «V» (Verdadero). Si por el contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** de la letra «F» (Falso). Así:

1 Soy un ser humano 1. V F
Como esta frase es verdadera para Vd. se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

2 Mido más de tres metros 2. V F
Esta frase es falsa para Vd., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

- 6 Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
- 7 Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
- 8 No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN.



Autor: Theodore Millon.

Adaptación española: Violeta Cardenal y M^a Pilar Sánchez.

Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.

Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.: Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

- 74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.
- 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91 El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
- 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
- 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103 Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.
 COMPRUEBE, POR FAVOR,
 QUE NO HA DEJADO NINGUNA
 FRASE SIN CONTESTAR.



MCM - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellidos

Nº identificación Fecha de nacimiento / / Sexo V M

Profesión actual

1. ESTADO CIVIL

- No ha estado casado Casado en 1º matrimonio Casado (segundas nupcias o más)
 Separado Divorciado Vive en pareja
 Viudo Otros (especificar) _____

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con un aspa el nivel más alto que haya cursado)

- Primarios (hasta 6º de Educación Primaria) 3º curso de estudios universitarios
 8º de EGB o Graduado escolar Estudios universitarios
 ESO o FP Otros niveles (indicar) _____
 COU o Bachillerato

3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA A LA PRUEBA (marque con un aspa el que corresponda)

- Centro docente (escuela, universidad, etc.) Centro de salud (consultas)
 Ingresado en un centro hospitalario o clínica Orientación o selección profesional
 Centros de detención Otros (indicar)

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen Residencia

5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- Matrimonial o familiar Confianza en sí mismo Trabajo, estudios o empleo
 Cansancio o enfermedad Soledad Alcohol
 Drogas Problemas mentales Conducta antisocial
 Otros (especificar) _____

A CUMPLIMENTAR POR EL EXAMINADOR

¿Paciente internado? Sí NO

Trastorno Eje I presentado:

- Hace menos de 1 semana Entre 1 y 4 semanas Hace más de 4 semanas



Autor: Theodore Millon.
Adaptación española: Violeta Cardenal y Mª Pilar Sánchez.
Copyright © 1997 by DICANDRIEN, INC.
Copyright © 2006 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V = Verdadero; F = Falso) que mejor le describa a usted y a su manera de ser.

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	151	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	152	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	155	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	156	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	158	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	159	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	160	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	161	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	162	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	163	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	164	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	141	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	166	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	142	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	167	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	169	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	170	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	171	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	172	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	148	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	173	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	149	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	174	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	175	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>