



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Validación al Castellano de la *Structured Interview of Personality Organization (STIPO-R)* como Instrumento Diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad

María Jesús Rufat Sabio

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

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

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Tesis Doctoral

### VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA *STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO-R)* COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Tesis Doctoral presentada por

**MARÍA JESÚS RUFAT SABIO**

Para obtener el grado de Doctor en Psicología clínica y de la Salud

Directores

#### **Dra. Natàlia Calvo Piñero**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH).  
Profesora Asociada de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

#### **Dr. Josep Matalí Costa**

Jefe de Psicología y Consultas Externas. Coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu (HSJD).  
Profesor Asociado de la Universitat de Barcelona (UB).

**Programa de Doctorado en Psicología clínica y de la Salud  
Universidad de Barcelona**

Barcelona, noviembre de 2023





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Dra. Natalia Calvo Piñero**

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Universitat Autònoma de Barcelona

Declara que ha dirigit la tesis doctoral titulada:

**VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA *STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO-R)* COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

**Dra. Natalia Calvo Piñero**

Barcelona, noviembre de 2023





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Dr. José Luis Matalí Costa**

Departamento de Psicología Clínica i Psicobiología

Universitat de Barcelona

Declara que ha dirigido la tesis doctoral titulada:

**VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA *STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO-R)* COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

**Dr. José Luis Matalí Costa**

Barcelona, noviembre de 2023



*A Carla y Pepe*





*“El comienzo empieza hoy”*  
*Mary Shelley (1926): El último hombre*



## AGRADECIMIENTOS

A Natalia Calvo, por todo lo aprendido de ella, de ciencia, de humanidad y de generosidad. Gracias por valorar mis esfuerzos y por su apoyo en momentos en los que pensaba que abandonaría. A Pep Matalí, por sus ricas aportaciones, por sus valiosos comentarios y también por hacerme sentir que podía.

A Ester Boixadera y Oliver Valero por sus contribuciones en la estadística.

A Rosa Verdaguer y a Andreu Codina por darme todas las facilidades para reclutar la muestra clínica y por su apoyo en este estudio. A Joan Vegué por creer en mí para liderar el Programa TLP todos estos años.

A todas las personas que se han ofrecido voluntaria y desinteresadamente a formar parte del grupo clínico y del grupo control de este estudio.

A las personas que sufren Organización Límite de la Personalidad y a sus familiares, por lo mucho que me han enseñado a ayudarlas.

A los compañeros y amigos de CPB y de otros lugares, por todo lo aprendido juntos todos estos años de trabajo clínico diario y de cafés, especialmente a: Lorena, Jordi F., Irene, Eulàlia, Eli, Jordi A., Anna, Chus, Núria, Eduard y Yolanda, por su compañerismo, cercanía y apoyo siempre.

Al Profesor Otto Kernberg, por enseñarme tanto, por estimular mi interés y curiosidad en seguir aprendiendo de las personas que sufren Organización Límite de la Personalidad, que tanto compromiso piden de nosotros cada día y por enseñarme y supervisar mi trabajo clínico todos estos años.

A mis dos lugares favoritos, por todo lo bueno que siempre me dan, y por tantas horas pasadas allí redactando este estudio. A mis buenos amigos por compartir esos buenos momentos y también los malos, en ambos lugares.

A Ana, Pata, Mónica, María, Carlota, Maica, Montse, Marc, Pablo, Ricard, Julià, Albert, Santi y a Pamela y Vicky (siempre juntas).

A toda mi familia. A mis padres, por dárme todo. A Carla, por el privilegio y el regalo de sus sonrisas, abrazos cargados de energía y sus esperas pacientes en los momentos que he dedicado a esta tesis. A Pepe, porque desde que nos encontramos no nos hemos separado en este viaje juntos, por su apoyo en todo, por su sentido del humor y por su comprensión, especialmente en los momentos en que parecía que no acabaría nunca. A Silvia, Luis y Guillem, por estar a mi lado. Sin su aliento, este estudio no hubiese podido ser.

Espero que se sientan contentos por mí, porque ya he acabado, al final... y mi tiempo será otro.... con ellos...

Gracias por vuestra confianza, por vuestro amor y por formar parte de mi vida.

# ÍNDICE

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Criterios diagnósticos generales de trastorno de la personalidad del DSM-5 (APA, 2013).....	28
Tabla 2	Tabla informativa: Dominios y subdominios de la STIPO-R (adaptado de Clarkin y cols., 2016 Entrevista STIPO-R, pág. 2; Manual de la STIPO-R, 2019, pág. 8).....	103
Tabla 3	STIPO-R: Puntuaciones dimensionales y niveles de organización de la personalidad (OP) (adaptado de Clarkin y cols., 2019. Manual de la STIPO-R, pág. 9) .....	105
Tabla 4	Edad del total de la muestra (grupo clínico y grupo control) .....	163
Tabla 5	Características sociodemográficas del total de la muestra (grupo clínico y grupo control) .....	163
Tabla 6	Características clínicas del total de la muestra (grupo clínico y grupo control) .....	165
Tabla 7	Distribución por trastornos de la personalidad del grupo clínico según la SCID-II.....	166
Tabla 8	Distribución del grupo clínico por Clústeres según la SCID-II.....	167
Tabla 9	Estadísticos descriptivos dominios STIPO-R y dominios PID-5 .....	168
Tabla 10	Índices de kappa de dominios, subdominios y Escala de Narcisismo de la STIPO-R.....	169
Tabla 11	Correlaciones ( $\rho$ de Spearman) de todas las dimensiones de la STIPO-R, de la Escala de Narcisismo y la valoración global .....	171
Tabla 12	Estimación de la potencia del AFC .....	172
Tabla 13	Estimación de los parámetros del modelo.....	176
Tabla 14	Estimación de las variancias de los ítems, de los dominios y de la STIPO-R global .....	178

Tabla 15	Índices de ajuste del modelo.....	179
Tabla 16	Consistencia interna de la STIPO-R .....	180
Tabla 17	Relación puntuaciones medias de STIPO-R para Clúster A SCID-II.....	181
Tabla 18	Relación puntuaciones medias de STIPO-R para Clúster B SCID-II.....	182
Tabla 19	Relación puntuaciones medias de STIPO-R para Clúster C SCID-II.....	183
Tabla 20	Resumen relación entre las puntuaciones de STIPO-R y SCID-II .	184
Tabla 21	Correlaciones de Pearson entre los dominios de STIPO-R, los dominios de PID-5 y sus puntuaciones totales.....	185
Tabla 22	Puntuación del PID-5 y los niveles de organización de la personalidad de STIPO-R y resultados de normalidad.....	186
Tabla 23	Análisis descriptivo bivariado de la puntuación total del autoinforme PID-5.....	187
Tabla 24	Comparación puntuaciones PID-5 por dominios grupo clínico y grupo control .....	189
Tabla 25	Distribución por niveles de organización de la personalidad según la STIPO-R grupos clínico y control .....	190
Tabla 26	Contrastes entre las puntuaciones medias de cada dominio y subdominio de la STIPO-R y de la Escala de Narcisismo entre grupo clínico y grupo control .....	191
Tabla 27	Comparación de la puntuación media total STIPO-R grupo clínico y grupo control .....	192
Tabla 28	Puntuaciones medias STIPO-R según el nivel de STIPO-R y contrastes (grupo clínico y grupo control) .....	193
Tabla 29	Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Identidad .....	194
Tabla 30	Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Relaciones de Objeto .....	195

Tabla 31	Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Defensas primitivas.....	197
Tabla 32	Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Defensas de nivel superior.....	198
Tabla 33	Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Agresión.....	200
Tabla 34	Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Valores Morales.....	201
Tabla 35	Estimación de los parámetros de la regresión logística para la Escala de Narcisismo.....	203
Tabla 36	Estimación de los parámetros de la regresión logística para STIPO-R Media global.....	204
Tabla 37	Resumen Curvas ROC de la STIPO-R.....	206
Tabla 38	Resumen análisis punto de corte óptimo (cutoff) de la STIPO-R Media.....	207



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Componentes de la Organización de la Personalidad según Otto Kernberg (Kernberg, 1967).....	41
Figura 2	Los Trastornos de personalidad en el modelo estructural de la personalidad de Otto Kernberg (adaptado de Kernberg y Caligor: A psychoanalytic theory of personality disorders. En: Major Theories of Personality Disorders. Guilford Press, 2005) .....	43
Figura 3	Evaluación de la personalidad normal y patológica mediante la entrevista semiestructurada: antecedentes de la STIPO-R.....	80
Figura 4	Especificación del modelo.....	173

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Estimación de los parámetros del modelo.....	175
Gráfico 2	Curva ROC del dominio Identidad.....	194
Gráfico 3	Curva ROC del dominio Relaciones de Objeto .....	196
Gráfico 4	Curva ROC del dominio Defensas primitivas .....	197
Gráfico 5	Curva ROC del dominio Defensas de nivel superior .....	199
Gráfico 6	Curva ROC del dominio Agresión .....	200
Gráfico 7	Curva ROC del dominio Valores Morales.....	202
Gráfico 8	Curva ROC de la Escala de Narcisismo.....	203
Gráfico 9	Curva ROC de la STIPO-R Media.....	205

## LISTA DE ABREVIATURAS

AERA	American Educational Research Association
AIAQS	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
Agau	Agresión autoinfligida
Ago	Agresión a otros
APA	American Psychiatric Association
CFI	Comparative Fit Index
CPB-SSM	Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental
DE	Desviación Estándar
Defp	Defensas de bajo nivel de organización de la personalidad
DF	Grados de libertad
dnshdl	Defensas de alto nivel de organización de la personalidad (Afrontamiento / rigidez)
DSM-III	Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. III Edition
DSM – 5	Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. 5th Edition
F	Test de Fisher
FN	Falso negativo
FP	Falso positivo
Idcc	Identidad: Coherencia y continuidad del self
Idinv	Identidad: Capacidad para invertir en trabajo, estudios, ocio
Idro	Identidad: Representación de los otros
IPDE	International Personality Disorders Examination
IPO	Inventario de Organización de la Personalidad
KMO	Test de Kaiser-Meyer-Olkin
LPFS	Level of Personality Functioning Scale
M	Media
MATP	Modelo Alternativo de los Trastornos de la Personalidad DSM-5
MCMI-III	Inventario Clínico Multiaxial de Millon
MMPI-2-RF	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 Reestructurado – (MMPI-2-RF)
n	Muestra
NEO -PI-R	Inventario de la Personalidad Neo Revisado
NCME	National Council on Measurement in Education
Obint	Relaciones de Objeto: Relaciones íntimas y sexualidad
Obri	Relaciones de Objeto: Relaciones interpersonales
Ointinv	Relaciones de Objeto: Inventario interno de los otros
OLP	Organización Límite de la Personalidad
OP	Organización de la Personalidad
OPN	Organización Neurótica de la Personalidad
PID-5	Personality Inventory of DSM-5
RMSEA	Test Root Mean Square Error of Approximation
S	Test Mann – Whitney – Wilcoxon
SE	Error estándar del parámetro del modelo de regresión logística
SCID-II	Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis II Personality Disorders
SRMR	Standardized root mean square
STIPO	Structured Interview of Personality Organization
STIPO-R	Structured Interview of Personality Organization Revised
t	t – Test
TFP	Terapia Focalizada en la Transferencia
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
TP	Trastorno de la Personalidad
TLI	Tucker-Lewis Index
Vm	Valores Morales
VN	Verdadero negativo
VP	Verdadero positivo
$\omega$	Coefficiente Omega de McDonald
W	Test Shapiro – Wilk
W	Test de Wald
$\chi^2$	Test Chicuadrado
z	z-test



## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.- INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1.- MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL MANUAL DSM.....</b>	<b>25</b>
<b>1.3.- MODELOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.1.- El modelo diagnóstico categorial.....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.2.- El modelo diagnóstico dimensional.....</b>	<b>30</b>
<b>1.3.3.- El modelo diagnóstico híbrido .....</b>	<b>32</b>
<b>1.4.- TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE OTTO KERNBERG .....</b>	<b>35</b>
<b>1.5.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....</b>	<b>45</b>
<b>1.5.1.- Los conceptos de validez y fiabilidad.....</b>	<b>46</b>
<b>1.5.2.- Instrumentos basados en el Modelo categorial .....</b>	<b>53</b>
<b>1.5.3.- Instrumentos basados en el Modelo dimensional .....</b>	<b>57</b>
<b>1.5.4.- Instrumentos basados en el Modelo híbrido .....</b>	<b>63</b>
1.5.4.1.- Instrumentos de evaluación desarrollados desde el modelo de Kernberg .....	64
1.5.4.1.1.- Inventario de la Organización de la Personalidad (IPO) .....	65
1.5.4.1.2.- La Structured Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders (STIPO) .....	80
1.5.4.1.3.- La Structured Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders Revised (STIPO-R).....	100
<b>2.- JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>109</b>
<b>3.- OBJETIVOS .....</b>	<b>115</b>
<b>4.- HIPÓTESIS.....</b>	<b>119</b>

<b>5.- MÉTODO .....</b>	<b>127</b>
<b>5.1.- PARTICIPANTES.....</b>	<b>127</b>
<b>5.1.1.- Grupo clínico .....</b>	<b>128</b>
<b>5.1.2.- Grupo control .....</b>	<b>128</b>
<b>5.2.- INSTRUMENTOS .....</b>	<b>129</b>
<b>5.3.- ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>132</b>
<b>5.3.1.- Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.....</b>	<b>133</b>
<b>5.3.2.- Cálculo de los dominios, subdominios y de la Escala de Narcisismo de la STIPO-R .....</b>	<b>134</b>
<b>5.3.3.- Análisis de datos para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba (Objetivo 1) .....</b>	<b>137</b>
5.3.3.1.- Concordancia jueces por separado – entrevista STIPO-R .....	137
5.3.3.2.- Concordancia global jueces – entrevista STIPO-R.....	138
<b>5.3.4.- Análisis de datos para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en su estructura interna (Objetivo 2) .....</b>	<b>139</b>
5.3.4.1.- Estimación de la potencia del AFC.....	140
5.3.4.2.- Especificación del modelo.....	141
5.3.4.3.- Estimación de parámetros del modelo .....	142
5.3.4.4.- Evaluación del ajuste del modelo .....	142
<b>5.3.5.- Análisis de datos para evaluar la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la STIPO-R (Objetivo 3) ....</b>	<b>144</b>
<b>5.3.6.- Análisis de datos para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en las relaciones con otras variables (Objetivo 4) .....</b>	<b>144</b>
<b>5.3.7.- Análisis de datos para evaluar si la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica (Objetivo 5).....</b>	<b>147</b>
<b>5.4.- PROCEDIMIENTOS.....</b>	<b>151</b>

<b>6.- RESULTADOS .....</b>	<b>161</b>
<b>6.1.- ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA .....</b>	<b>161</b>
<b>6.1.1.- Características sociodemográficas.....</b>	<b>161</b>
6.1.1.1.- Grupo Clínico .....	161
6.1.1.2.- Grupo Control .....	162
6.1.1.3.- Comparación características sociodemográficas.....	162
<b>6.1.2.- Características clínicas.....</b>	<b>163</b>
6.1.2.1.- Grupo Clínico .....	164
6.1.2.2.- Grupo Control .....	164
6.1.2.3.- Comparación características clínicas .....	164
6.1.2.4.- SCID-II .....	166
6.1.2.5.- STIPO-R y PID-5 .....	167
<b>6.2.- RESULTADOS POR OBJETIVOS .....</b>	<b>168</b>
<b>6.2.1.- Evaluación de la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba (Objetivo 1) .....</b>	<b>169</b>
<b>6.2.2.- Evaluación de la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en su estructura interna (Objetivo 2) .....</b>	<b>170</b>
6.2.2.1.- Correlaciones ( $\rho$ de Spearman) de todas las dimensiones de la STIPO-R, de la Escala de Narcisismo y la valoración global ...	171
6.2.2.2.- Estimación de la potencia del AFC.....	172
6.2.2.3.- Especificación del modelo.....	172
6.2.2.4.- Estimación de los parámetros del modelo .....	174
6.2.2.5.- Evaluación del ajuste del modelo .....	179
<b>6.2.3.- Evaluación de la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la STIPO-R (Objetivo 3) .....</b>	<b>180</b>
<b>6.2.4.- Evaluación de la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en las relaciones con otras variables (Objetivo 4) .....</b>	<b>180</b>
6.2.4.1.- Relación de las puntuaciones de STIPO-R y SCID-II .....	180
6.2.4.2.- Relación de las puntuaciones de STIPO-R y PID-5 .....	184
<b>6.2.5.- Evaluación de si la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica (Objetivo 5) .....</b>	<b>187</b>
6.2.5.1.- PID-5.....	187
6.2.5.1.1.- Grupo clínico.....	188
6.2.5.1.2.- Grupo control .....	188
6.2.5.1.3.- Comparación de las puntuaciones PID-5 grupo clínico y grupo control.....	188

6.2.5.2.- STIPO-R .....	189
6.2.5.2.1.- Grupo clínico.....	189
6.2.5.2.2.- Grupo control .....	190
6.2.5.2.3.- Comparación de las puntuaciones STIPO-R grupo clínico y grupo control.....	190
6.2.5.3.- Análisis ROC.....	193
6.2.5.4.- Punto de corte óptimo (cutoff) .....	206
<b>7.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>211</b>
<b>7.1.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA .....</b>	<b>211</b>
<b>7.2.- EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA DE VALIDEZ DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO                 DE LA STIPO-R BASADA EN EL CONTENIDO DE LA PRUEBA (OBJETIVO 1) .....</b>	<b>218</b>
<b>7.3.- EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA DE VALIDEZ DE LA STIPO-R BASADA EN SU                 ESTRUCTURA INTERNA (OBJETIVO 2) .....</b>	<b>223</b>
<b>7.4. - EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD (CONSISTENCIA INTERNA) DE LA VERSIÓN                 EN CASTELLANO DE LA STIPO-R (OBJETIVO 3) .....</b>	<b>226</b>
<b>7.5.- EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA DE LA VALIDEZ DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO                 DE LA STIPO-R BASADA EN LAS RELACIONES CON OTRAS VARIABLES                 (OBJETIVO 4).....</b>	<b>228</b>
7.5.1. Relación entre la STIPO-R y la SCID-II (Objetivo 4.1.) .....	229
7.5.2. Relación entre la STIPO-R y el PID-5 (Objetivo 4.2.).....	239
<b>7.6.- EVALUACIÓN DE SI LA VERSIÓN EN CASTELLANO DE LA STIPO-R DIFERENCIA                 PERSONALIDAD NORMAL DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA                 (OBJETIVO 5).....</b>	<b>245</b>
<b>8.- LIMITACIONES Y PROPUESTAS PARA FUTUROS ESTUDIOS .....</b>	<b>253</b>
<b>9.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>261</b>
<b>10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>267</b>

**ANEXOS**

<b>Anexo 1</b>	Consentimientos.....	301
	Documento 1: Hoja de información al paciente / participante en el estudio	
	Documento 2: Consentimiento informado	
	Documento 3: Autorización para la toma y utilización de imágenes y audio	
<b>Anexo 2</b>	Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Vall d'Hebron.....	305
<b>Anexo 3</b>	Aleatorizaciones de los ítems de la versión en castellano de la STIPO-R para los cuatro jueces expertos .....	307
<b>Anexo 4</b>	Versión traducida y adaptada al castellano de la STIPO-R (entrevista y cuaderno de puntuaciones) .....	309
<b>Anexo 5</b>	Autoinforme y hoja de puntuaciones del Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) .....	377
<b>Anexo 6</b>	Tablas de contingencia, tablas de coeficiente Kappa y tablas de no concordancias para el Objetivo 1 (Evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba) .....	389
<b>Anexo 7</b>	Consentimiento de los autores de la Entrevista STIPO-R del Personality Disorders Institute de la Facultad de Medicina Weill Medical College, Cornell University de Nueva York, para la adaptación y validación de la entrevista STIPO-R al castellano.....	397
<b>Anexo 8</b>	Matrices de correlaciones policóricas entre los ítems de cada dominio de la STIPO-R .....	399





# RESUMEN



## RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es adaptar al idioma castellano y obtener evidencias de validez y fiabilidad de la Structured Interview of Personality Organization Revised (STIPO-R) (Clarkin y cols., 2016) como instrumento diagnóstico de la organización de la personalidad y de los trastornos de la personalidad (TP).

Se ha llevado a cabo un estudio transversal en una muestra de 206 sujetos distribuidos en dos grupos, un grupo clínico de 134 pacientes psiquiátricos ambulatorios con diagnóstico de trastorno de la personalidad y un grupo control de 72 sujetos sin diagnóstico de trastorno de la personalidad en los últimos diez años. Se han estudiado por primera vez las evidencias de validez y la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la STIPO-R, ya que no se dispone hasta la fecha de datos publicados del proceso de validación del instrumento original en inglés. Las evidencias de validez estudiadas han sido: la basada en el contenido de la prueba; la basada en la estructura interna de la prueba y la basada en las relaciones con otras variables: el Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5, Krueger y cols., 2012; adaptación al castellano Gutierrez y cols., 2017); y la Structured Clinical Interview for DSM – IV Axis II Personality Disorders (SCID – II, First y cols. 1997; adaptación al castellano, Gómez-Beneyto, 1994). Asimismo, se ha estudiado la capacidad de la versión en castellano de la STIPO-R para diferenciar adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica (validez de criterio).

Los resultados muestran que la versión en castellano de la entrevista STIPO-R tiene evidencias de validez basadas en: el contenido de la prueba; la estructura interna de la prueba (se confirma que la versión en castellano de la STIPO-R tiene 6 dominios psicopatológicos, como proponen los autores de la versión original en inglés, Clarkin y cols. (2016), que son: 1. Identidad, 2. Relaciones de Objeto, 3. Defensas primitivas, 4. Defensas de nivel avanzado, 5. Agresión y 6. Valores morales); y las relaciones con otras variables, como son la SCID-II (perspectiva categorial) y el PID-5 (perspectiva dimensional). Se confirma que la versión en

castellano de la STIPO-R es un instrumento con evidencias de validez, confiable (con adecuada consistencia interna) y con potencia diagnóstica para evaluar personalidad normal y patológica en línea con el Modelo Alternativo de los Trastornos de la Personalidad (MATP) del Manual DSM-5 (APA, 2013). Sería interesante desarrollar otros estudios con los que comparar los resultados obtenidos.

**Palabras clave:** STIPO-R, organización límite de la personalidad, PID-5, trastorno de la personalidad, validez, fiabilidad.

# INTRODUCCIÓN



## 1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Personalidad (TP) han estimulado el interés científico y un notable esfuerzo por parte de clínicos e investigadores a lo largo de la historia. Diversos modelos teóricos explicativos de la personalidad, sistemas de clasificación diagnóstica y abordajes psicoterapéuticos, han sido desarrollados para permitir su caracterización, comprensión y tratamiento. Dicho esfuerzo tiene sentido ya que diversos estudios indican altas tasas de trastornos de la personalidad (4.4-21.5%) en poblaciones comunitarias de todo el mundo occidental (Winsper y cols., 2020), siendo similares en España (entre el 4.4% y el 19%) (Giner Zaragoza y cols., 2015), donde estos diagnósticos son más prevalentes en los niños y jóvenes de 5 a 29 años (entre 9‰ y 15‰) siendo más frecuentes en estas edades en el sexo masculino. Se estabilizan e igualan por sexo en la edad adulta (en torno al 5‰) y aumentan ligeramente en los tramos finales de la vida (9.4‰ a los 85 años). Estos trastornos se atienden cada vez con más frecuencia en la red pública de salud mental, y se diagnostican en el nivel económico más bajo (18‰) frente al 1.6‰ en el nivel de renta superior (BDCAP, 2021). Los resultados de estudios realizados sobre población clínica española sitúan la prevalencia de los TP entre 3.7% y 9.1% (Giner Zaragoza y cols., 2015).

Asimismo, las teorías contemporáneas sobre la posible etiología de los TP los consideran unos trastornos complejos e influenciados por factores genéticos y ambientales, que tradicionalmente fueron considerados como crónicos e intratables (Bohus y cols., 2021), ya que interfieren significativamente en la vida diaria de quienes los sufren y sus familias, suponiendo limitaciones severas en el funcionamiento personal (Javaras y cols., 2017) y psicosocial (Álvarez-Tomás y cols., 2017) y estando asociados a una calidad de vida inferior, a un estado de salud física precario y a una mortalidad prematura (Ekselius y cols., 2018; Chanen y cols., 2021). Además, los TP están asociados a una esperanza de vida significativamente menor comparados con la población general (Stoffers-Winterling y cols., 2021), siendo las tasas de suicidio en algunos TP, como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), de entre el 2 y el 5%. En general, las personas con TP tienden a tener más experiencias negativas y a vivir situaciones vitales más negativas que



positivas (Timoney y cols., 2017), existiendo una asociación entre haber vivido experiencias negativas en la infancia y el desarrollo de los TP (Porter y cols., 2020), presentando mayores tasas de hospitalización (Shahpesandy y cols., 2021) e intentos de suicidio, autolesionándose con mayor frecuencia, teniendo más dificultades para mantener un puesto de trabajo, más conflictos de pareja y tendencia a fracasar sistemáticamente en sus relaciones interpersonales (Bohus y cols., 2021, Sharp, 2022). Aunque algunos autores señalan que hay una tendencia a la remisión de los síntomas de algunos TP como el TLP, a largo plazo (Álvarez-Tomás y cols., 2017), las personas con TP suelen tener bajos niveles de apoyo social y un bajo nivel de satisfacción vital (Bohus y cols., 2021). Diversos autores indican que hay una mayor proporción de TP de género femenino entre la población clínica (Shahpesandy y cols., 2021; Sharp, 2022), que a su vez tiene más riesgo de sufrir violencia de género por parte de sus parejas (Smith y Souht, 2020). Los TP también conllevan una alta carga familiar y de cuidadores, así como una educación incompleta y con menor cualificación. Asimismo, las personas con TP tienen mayores dificultades para mantener un puesto de trabajo, una calidad de vida inferior (Ekselius y cols., 2018) y sufren un desempleo desproporcionadamente alto (Chanen y cols., 2017).

A lo comentado anteriormente, hay que añadir que el diagnóstico de los TP supone para los clínicos el enfrentamiento a importantes dificultades cotidianas en el adecuado y ágil diagnóstico de los pacientes con TP en nuestro contexto, en el que cada vez se atienden mayor número de pacientes con esta patología. Diversos autores señalan que en los TP destaca la heterogeneidad clínica (Storebo y cols., 2021), presentando los adultos con TP mayor comorbilidad con trastornos psiquiátricos como el trastorno por estrés postraumático complejo (Ford y Courtois, 2021), los trastornos de ansiedad, los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos somáticos (Herzog y cols., 2020; Bohus y cols., 2021), los trastornos afectivos, o los trastornos de la conducta alimentaria (Shah y Zanarini, 2018), que aquellos sin diagnóstico de TP (Rossi y cols., 2020). El TP supone también dificultades para los clínicos en el diagnóstico diferencial, especialmente con el trastorno del espectro autista (Dudas y cols., 2017), el trastorno bipolar (Bayes y Parker, 2020) y otros trastornos afectivos, el trastorno por estrés post traumático y el trastorno por déficit

de atención e hiperactividad (Paris, 2018). Asimismo, el amplio rango de severidad de los síntomas (Zimmerman y cols., 2018) supone también una dificultad adicional (Gunderson y cols., 2018), porque requiere de instrumentos específicos para ser evaluada (Kleindiest y cols., 2020).

En general, se acepta que los TP tienen un impacto negativo en la vida de las personas que los sufren, en la sociedad y en el sistema de salud pública (Meuldijk y cols., 2017), representando una carga para el mismo y, por tanto, deben ser claramente identificados y tratarse pronto (Zimmerman y cols., 2018).

En síntesis, podemos decir que existe una elevada prevalencia de los TP y que estos pacientes son atendidos cada vez con mayor frecuencia en la red pública de salud mental en Cataluña. Además, los TP son personas con patología grave. El TP tiene una elevada comorbilidad con otros trastornos, es de difícil diagnóstico, manejo clínico y tratamiento, y tiene un impacto importante y variable en el funcionamiento personal de quienes los sufren, también con severas consecuencias en el contexto social y familiar.

Todo lo expuesto anteriormente, junto a mi práctica clínica con pacientes con TP a lo largo de diecinueve años, ha despertado mi interés en la realización de la presente tesis doctoral, cuyos contenidos paso a describir a continuación.

En la Introducción, en primer lugar, se describen algunos de los principales exponentes de los modelos teóricos de la personalidad pertenecientes al modelo estructural o de rasgos, por su relevancia para la presente tesis doctoral, que tratan de explicarla, definirla, clasificarla y medirla, constituyendo un marco teórico de referencia.

En segundo lugar, se realiza una síntesis de la consideración de los TP en el Manual DSM y cuál es la definición de TP según la 5ª edición del Manual (American Psychiatric Association [APA], 2013), describiendo, a continuación, los principales modelos diagnósticos de los TP: el modelo diagnóstico categorial, el modelo diagnóstico dimensional y el modelo diagnóstico híbrido y analizando sus ventajas

e inconvenientes. Seguidamente, se sintetiza la teoría de la personalidad de unos de los más grandes teóricos de esta: Otto Kernberg.

En tercer lugar, se definen algunos conceptos fundamentales en el área de la medición psicológica relativos a las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida, como son: validez y fiabilidad. A continuación, se presentan los principales instrumentos de evaluación de los TP más utilizados y basados en los anteriormente mencionados modelos diagnósticos, realizando un análisis crítico de los mismos que justifique la necesidad de disponer de otros instrumentos de medida de los TP.

En cuarto lugar, se describen los principales instrumentos de evaluación desarrollados desde el modelo de Kernberg. Se presentan estudios internacionales realizados con dichos instrumentos, que son: el Personality Inventory of personality Organization (IPO) (Clarkin y cols., 1995) y la Structured Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders (STIPO) (Clarkin y cols., 2007). Dichos instrumentos son los instrumentos antecedentes de la Structured Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders Revised (STIPO-R) (Clarkin y cols., 2016), el instrumento objetivo de la presente tesis doctoral que se quiere adaptar y validar al idioma castellano, ya que, hasta la fecha, no hay datos publicados de la adaptación y validación de su versión original en inglés.

En quinto lugar, se realiza una justificación de la presente tesis doctoral describiendo su interés clínico y aplicado.

Seguidamente, se presentan los objetivos de la presente tesis doctoral y sus hipótesis.

A continuación, se presenta el método seguido para la realización del presente estudio, apartado en el que se describen: los participantes, los instrumentos utilizados, el plan de análisis de datos de acuerdo con los objetivos del presente estudio y, por último, los procedimientos.

Posteriormente se presentan los resultados obtenidos siguiendo los objetivos de la presente tesis doctoral y a continuación, la discusión de dichos resultados haciendo énfasis en: las similitudes y diferencias de los resultados obtenidos en el presente estudio con la literatura previa, las implicaciones teóricas de dichos resultados y las implicaciones de estos en la práctica clínica.

Seguidamente, se exponen las limitaciones del presente estudio, así como posibles propuestas para otros futuros estudios.

Y finalmente, se presentan las conclusiones de la presente tesis doctoral siguiendo los objetivos de esta y sintetizando sus principales aportaciones.

## **1.1. MARCO TEÓRICO**

La psicología de la personalidad emergió como disciplina científica en las últimas dos décadas, a partir del interés en el estudio psicológico y la comprensión de las personas. El objeto de estudio de la psicología de la personalidad son las características psicológicas que diferencian de forma estable y consistente a unas personas de otras (Torreblanca, 2017, Pérez-Marfil y cols., 2020), por lo que personalidad podría definirse como una organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo especiales condiciones de desarrollo, que conforman el modo peculiar y definitorio de la conducta con que cada sujeto afronta las distintas situaciones (Bermúdez, 1996).

La mencionada definición es una de las múltiples definiciones de personalidad existentes en la literatura científica, ya que, en la historia del estudio de la psicología de la personalidad coexisten distintos modelos teóricos de esta, ha habido controversias y una notable polémica entre los investigadores por cuestiones de fondo fundamentales, como es la definición de su objeto de estudio. El reto más relevante de dicho debate consiste en llegar a un acuerdo respecto a la naturaleza de la personalidad, es decir, acerca de cuáles son sus componentes principales. Más concretamente, si la personalidad constituye una cualidad descrita por principios generales aplicables a todos los individuos o debe estudiarse

centrándose en las diferencias individuales; si el comportamiento de las personas está más influenciado por el contexto o por los rasgos de personalidad, entre otras cuestiones, como por ejemplo, por la influencia de la cultura en la misma; si la personalidad cambia en la edad adulta o es una cualidad estable; o bien, en si la personalidad constituye una experiencia consciente o hay una mayor influencia del inconsciente en la misma (McAdams y cols., 2019). Como puede verse, las discrepancias se han desarrollado alrededor del establecimiento de qué variables explican mejor la personalidad y qué constructos definitorios de la misma resultan fundamentales en su estudio. Esto dio lugar al desarrollo de distintos modelos teóricos de la psicología de la personalidad, que han tratado de explicarla, de definirla, de clasificarla y de medirla en toda su complejidad. Cabe señalar que, hasta la fecha, no hay definiciones de los conceptos empleados comúnmente aceptadas, ni un paradigma teórico aceptado por toda la comunidad científica.

A continuación, se resumen algunos de los aspectos más relevantes de la historia del desarrollo de la psicología de la personalidad y de sus principales modelos teóricos.

En los orígenes de la psicología de la personalidad podemos encontrar dos líneas de desarrollo fundamentales. Una de ellas iniciada por Gordon Allport que postuló que el constructo central para la comprensión de la estructura de la personalidad, su dinámica y desarrollo en cada sujeto individual, era el rasgo de personalidad (McAdams y cols., 2019). Las teorías psicoanalíticas (Freud, Klein, Kernberg, entre otros) y fenomenológicas (Rogers, entre otros) han sido grandes exponentes de esta área de estudio de la personalidad. Al modelo estructural o de rasgos pertenecen también las aportaciones centrales de Cattell, Eysenck y la mayor parte de los psicólogos que contribuyeron a formular la clasificación del modelo de personalidad de los Cinco Grandes Factores (por ejemplo, Goldberg y McCrae y Costa). Otros autores, como Henry Murray, sin embargo, señalaron constructos motivacionales (necesidades, motivaciones y objetivos, entre otros) como las variables más importantes para conceptualizar las diferencias psicológicas entre las personas. Este autor anticipó los desarrollos posteriores de McClelland, con la necesidad de logro; o Winter con el poder de la motivación, entre otros (McAdams y cols., 2019).

La publicación de las grandes teorías de la personalidad (Hall y Lindzey, 1957) incorporó las aportaciones de Freud, Jung, Adler, Rogers, Maslow, Allport y Murray entre otros autores. Hall y Lindzey (1957) ya señalaron que trataron de establecer las bases para una comparación de las teorías de la personalidad con respecto a importantes cuestiones focales, hablando ya entonces de dimensiones de las teorías de la personalidad. Dichas dimensiones, para estos autores, fueron, por ejemplo, los determinantes inconscientes, el proceso de aprendizaje, la herencia o el autoconcepto, entre otras, queriendo recoger un marco conceptual para el estudio de las diferencias individuales (Hall y Lindzey, 1957). Esta publicación fue uno de los primeros intentos por avanzar en el camino de la búsqueda de respuestas teóricas integradoras a las diferencias de perspectiva existentes respecto a la psicología de la personalidad. En este contexto se desarrollaron los principales constructos de las teorías de la personalidad, así como investigaciones innovadoras para la época acerca de la extraversión (Eysenck) o de la Identidad (Marcia), entre otras (McAdams y cols., 2019).

Al mismo tiempo se publicaron artículos ya clásicos acerca de la medición de la personalidad (por ejemplo, Campbell y Fiske; Cronbach y Meehl). Precisamente, la importancia de la evaluación y medición de la personalidad constituye uno de los puntos de acuerdo entre los investigadores de este campo científico. Por ello se empezó a dar un intenso debate alrededor de los instrumentos de medida y a cuestionar su validez sobre la base de cómo variables situacionales, como la clase social, u otro tipo de variables (como la etnia, entre otras), podían influir en las respuestas de los sujetos a los instrumentos de medida, más allá de las diferencias individuales en la personalidad (rasgos). Este debate duró quince años tras los cuales se llegó a una posición de compromiso de ambas posturas en la segunda mitad de los años 80: el Interaccionismo, con autores como Maddi, cuyo supuesto básico fue que el comportamiento está en función de la interacción de la persona y de la situación (Caprara y Cervone 2000).

A partir de ese momento el concepto de rasgo empezó a recibir un amplio apoyo empírico con estudios longitudinales, fundamentados tanto en la evaluación psicométrica de los rasgos, como en el uso de métodos estadísticos como el análisis factorial para evaluar su estructura, en un intento de representar la



estructura dimensional de la personalidad (Martínez-Pacheco, 2017). Se consolidó el modelo de los Cinco Grandes Factores de la personalidad en un marco teórico que permitió organizar la mayoría de los rasgos disposicionales a estudiar para explicar las diferencias en la conducta humana (McCrae y Costa, 1987; 1996), con descubrimientos cruciales sobre las bases biológicas de los rasgos (DeYoung y cols., 2010). Al mismo tiempo se desarrollaron otras áreas a explorar para poder explicar las diferencias individuales, siguiendo la tradición de Murray, como, por ejemplo, la teoría de las necesidades de Maslow. Se desarrollaron conceptos fundamentales como la narrativa de la identidad (McAdams y McLean) y teorías del desarrollo de la personalidad a lo largo de la vida, en una secuencia que iría de la infancia hasta la edad adulta (McAdams). En este marco se desarrollaron los conceptos de temperamento en la infancia, y la maduración de rasgos disposicionales de la personalidad en la edad adulta (McAdams y cols., 2019).

Por tanto, existen múltiples modelos teóricos del modo de estudiar las diferencias psicológicas entre las personas, lo que hace que resulte complejo sistematizar las distintas teorías.

Dado que el objetivo principal de la presente tesis doctoral es adaptar al idioma castellano y estudiar evidencias de validez de un instrumento de evaluación de los TP que es la Structured Interview of Personality Organization Revised (STIPO-R, Clarkin y cols., 2016) dimensional y categorial y que se utiliza el método del análisis factorial para identificar sus dimensiones latentes, en el presente apartado, se describirán algunos de los modelos teóricos de la personalidad pertenecientes al modelo estructural o de rasgos. La teoría de la personalidad de Kernberg (Kernberg, 1984; 2016b; Kernberg y Caligor, 2005) pertenece al modelo estructural o de rasgos. El instrumento objetivo de la presente tesis doctoral (la STIPO-R; Clarkin y cols., 2016) se basa en el modelo teórico de la personalidad de Kernberg. Por tanto, este modelo se describirá en detalle en el apartado 1.4., Teoría de la personalidad de Otto Kernberg, pág. 35 de la presente tesis doctoral por su interés específico en el presente estudio, por lo que no le dedicaremos espacio en el presente apartado.

Antes de pasar a la descripción de los modelos estructurales o de rasgos, hay que señalar que, dentro del ámbito de estos modelos, podría decirse que se han desarrollado dos grandes líneas de investigación: la correspondiente a los modelos factoriales biológicos y la correspondiente a los modelos factoriales léxicos. Los primeros, se fundamentan en la influencia de factores constitucionales a la hora de caracterizar los rasgos de la estructura de la personalidad. Algunos de los principales representantes de estos modelos son Eysenck, Zuckerman y Cloninger. Los segundos, los modelos factoriales léxicos, recurren al vocabulario y al lenguaje para identificar las principales dimensiones de la personalidad y entre sus principales exponentes están Cattell y McCrae y Costa (Corr y cols., 2020). Todos los modelos elaboraron instrumentos de evaluación de la personalidad basados en cada uno de ellos.

A continuación, describiremos dichos modelos teóricos, cuyos instrumentos de evaluación más relevantes se describirán en el apartado 1.5.3. Instrumentos basados en el Modelo dimensional, pág. 57 del presente estudio.

### Modelo de Eysenck

Para Eysenck, la personalidad se define como una organización más o menos estable y duradera del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de una persona, que determina su adaptación única a su medio (Eysenck, 1969). Los componentes de la personalidad son diversos rasgos relacionados entre sí que formarían tres super factores, que son: Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo; de ahí el nombre del modelo, PEN (Eysenck, 1975). Se ha obtenido evidencia de todos los factores del modelo de Eysenck mediante múltiples estudios realizados con instrumentos de medición psicológica diversos, datos clínicos e incluso morfológicos de distintas muestras (sobre todo clínicas) pertenecientes a diversas culturas y lenguas.

Los factores del modelo de Eysenck se definen como sigue:

- Neuroticismo: puntuaciones elevadas en este factor indican tendencia a la hipersensibilidad emocional, a la falta de concentración y a oscilaciones en



el estado de ánimo. A veces, las personas con puntuaciones elevadas en Neuroticismo experimentan desarreglos somáticos difusos poco graves. Son personas que se preocupan mucho, sufren de angustia y otros sentimientos desagradables. También suelen ser vulnerables al estrés. En el polo opuesto del factor se encuentra la Estabilidad Emocional (Torreblanca, 2017).

- Extraversión: Eysenck destacó dos rasgos centrales en este factor: la sociabilidad y la actividad (Schmidt y cols., 2010). En general, puntuaciones elevadas en este factor indican tendencia a la sociabilidad y necesidad de estar con otras personas. Las personas con puntuaciones altas en Extraversión no se sienten cómodas solas, buscan la animación, se arriesgan, suelen ser impulsivas, son despreocupadas y optimistas y suelen estar alegres. En el extremo opuesto nos encontramos a las personas introvertidas, que se definen como tranquilas, reservadas, introspectivas, retraídas y distantes salvo entre amigos íntimos, que controlan sus sentimientos y tienden a ser pesimistas (Torreblanca, 2017).
- Psicoticismo: las personas con puntuaciones altas en este factor tienen tendencia a la frialdad. Son personas faltas de empatía, hostiles, poco amistosas, desconfiadas, sin modales, groseras, no serviciales, insensibles, faltas del sentido humano, aventureras y violentas (Torreblanca, 2017). Puntuaciones bajas en este factor indican tendencia al altruismo, a la empatía, a la responsabilidad, a la sociabilidad y al convencionalismo (Schmidt y cols., 2010).

Eysenck entiende los tres factores mencionados como bipolares e independientes entre sí. De modo que, por ejemplo, un sujeto que puntúe bajo en Neuroticismo, puede puntuar alto en Extraversión y medio en Psicoticismo. Por tanto, la personalidad de cada individuo podría determinarse en función de su puntuación en cada una de estas tres dimensiones (McAdams y cols., 2019). De los tres factores identificados por Eysenck el más discutido ha sido el factor Psicoticismo. En la mayor parte de los estudios de Eysenck, dicho factor no tenía una distribución normal. Además, otras dificultades se fueron detectando al respecto de las

propiedades psicométricas de los instrumentos que el propio autor desarrolló para medir los dominios clínicos de su modelo (Schmidt y cols., 2010).

Eysenck explica la relación entre personalidad y conducta planteando una organización jerárquica de la personalidad. En la parte superior de dicha organización estarían los super factores Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo (o Rasgos – tipos). En un segundo nivel, estarían los Rasgos primarios que engloban cada uno de los super factores mencionados anteriormente (por ejemplo: Extraversión englobaría entre sus Rasgos primarios, el ser Despreocupado, Dominante o Activo, entre otros). En un tercer nivel del modelo estarían las Respuestas habituales de cada Rasgo - Tipo, y en la base, las Respuestas específicas (Eysenck, 1981).

Este autor trató de integrar también en su teoría de las tres dimensiones de la personalidad, los conocimientos del Sistema nervioso Central y del aprendizaje, que culminaron en el desarrollo de las Teorías de la Excitación - Inhibición y, posteriormente la Teoría del Arousal - Activación, aportando evidencia de las bases biológicas que explicarían, en parte, las diferencias individuales en el comportamiento de las personas (Torreblanca, 2017).

La influencia de Eysenck en el campo de la psicología de la personalidad ha sido esencial, entre otros aspectos, porque dos de los factores que identificó mediante sus investigaciones (Neuroticismo y Extraversión) forman parte del modelo de la personalidad actualmente más aceptado, el de los Cinco Grandes Factores de Goldberg y Costa y McCrae, que se comentará más adelante en el presente apartado.

### Modelo de Zuckerman

La dimensión central de la personalidad para Zuckerman es la que denominó Búsqueda de Sensaciones (que tiene cuatro subdimensiones: Búsqueda de aventura y de riesgo, Búsqueda de experiencias, Desinhibición y Susceptibilidad al aburrimiento). Este autor se centró en buscar las bases biológicas de la dimensión central de su teoría, encontrando que el proceso de maduración del sistema

dopaminérgico podría estar en la base de la Búsqueda de Sensaciones. Estudió dicha dimensión basándose en experimentos sobre privación sensorial, donde concluyó que las diferencias individuales en la tolerancia de una situación en la que se daba una ausencia completa de estímulos se debían a la personalidad de cada individuo. Definió la Búsqueda de sensaciones como la búsqueda de experiencias y sensaciones intensas, variadas y complejas y la voluntad de experimentar experiencias de riesgo físico, social, legal y financiero (Zuckerman, 1994).

La dimensión Búsqueda de sensaciones tiene varios correlatos conductuales en distintos ámbitos. Los sujetos que puntúan alto en dicha dimensión son diversos. Entre ellos puede encontrarse población reclusa, consumidores de drogas, deportistas de riesgo o psicópatas, entre otros. Los sujetos que puntúan bajo en esta dimensión suelen tener mucha resistencia al aburrimiento, preferir tareas monótonas y suele gustarles lo conocido, entre otros aspectos (Torreblanca, 2017).

Zuckerman comparó, asimismo, su dimensión Búsqueda de sensaciones con otras dimensiones mediante análisis factorial. Este autor identificó, finalmente, 5 factores: Neuroticismo-Ansiedad, Agresión-Hostilidad, Actividad, Sociabilidad e Impulsividad no socializada/búsqueda de sensaciones. La última dimensión del modelo, Impulsividad no socializada/búsqueda de sensaciones, constituye la aportación más original de Zuckerman y se relaciona con el mecanismo de inhibición de la conducta. La presencia de puntuaciones altas en el rasgo supone la ausencia de capacidad reflexiva, la presencia de desinhibición, la búsqueda de sensaciones y la ausencia de socialización, incorporando elementos del factor Psicoticismo de Eysenck (Martínez-Pacheco, 2017).

### Modelo de Cloninger

Cloninger desarrolló un modelo multidimensional que evalúa tanto personalidad normal como patológica. Inicialmente consideró sólo las variables de temperamento (entendidas como componentes de la personalidad que se expresan ya en la infancia y permanecen estables a lo largo de la vida) como explicativas de la personalidad. El temperamento, según el modelo, sería parcialmente heredable, es decir, de base biológica (con relación entre el temperamento y el funcionamiento

neuroquímico del cerebro). Implica respuestas automáticas de base emocional y se basa en aprendizajes preconceptuales (implícitos). Las variables temperamentales consideradas por el modelo fueron: Evitación del riesgo (o tendencia que lleva a inhibir la conducta ante novedades, ausencia de recompensa o castigo); Búsqueda de novedad (o tendencia que regula comportamientos exploratorios, respuestas a las novedades, impulsividad y evitación de la frustración) y Dependencia de la recompensa (o tendencia a tener respuestas de apego a estímulos sociales en función de los refuerzos del medio). Posteriormente añadió una cuarta variable que fue la Persistencia (entendida como la tendencia al mantenimiento de un comportamiento a pesar de la frustración o el cansancio). Además, Cloninger añadió a su modelo otras variables del carácter: Autodirección (entendida como la capacidad de la persona para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a la situación de acuerdo con sus propias metas y valores); Cooperación (referida a los comportamientos éticos o prosociales y a la capacidad de aceptar, identificarse y colaborar con los demás); y Autotrascendencia o espiritualidad (referida, entre otros aspectos a la visión de uno mismo como parte integral del universo). El diagnóstico de TP según este modelo dependería del perfil temperamental (Cloninger, 1993).

En el modelo, el temperamento es la variable que integra el funcionamiento de los sistemas biológicos, permitiendo a la persona la regulación de conducta para adaptarse al medio, siendo el núcleo emocional, por así decirlo, de la personalidad. El carácter, es el resultado del aprendizaje madurativo que se adquiere a lo largo del ciclo vital, más concretamente en el período adulto del mismo. Sus tres dimensiones, por tanto, se basarían según el modelo, en el aprendizaje mediante la experiencia vital (Cloninger, 1993).

### Modelo de Cattell

El modelo de Cattell pertenece a la línea de investigación de los modelos factoriales léxicos. Para este autor, la personalidad se compone de varios rasgos comunes a todos los individuos, como por ejemplo los rasgos temperamentales o de carácter, los rasgos motivacionales, los impulsos, las necesidades, los estados de ánimo y otros rasgos dinámicos, que en tanto que factores motivacionales del

comportamiento pueden asociarse según su naturaleza y formar factores. Dichos rasgos están presentes de forma natural en el lenguaje, por lo que Cattell lo estudió de forma sistemática. Este autor centró sus trabajos en tratar de identificar tanto el número, como la naturaleza de los rasgos que forman la estructura de la personalidad, entendidos estos como dimensiones de esta. Los métodos utilizados para ello fueron la observación bajo condiciones controladas, los autoinformes e instrumentos que evaluaban la conducta. Inicialmente, Cattell acumuló 17.953 términos que en varias fases redujo a 35. A través del análisis factorial redujo las variables a un pequeño número de factores primarios (dimensiones), obteniendo 16 factores primarios de la personalidad, que son: Afectividad (Esquizotimia o poca expresión emocional frente a Ciclotimia o afectividad elevada); Razonamiento (Inteligencia elevada frente a Inteligencia baja); Estabilidad (Fortaleza del Self frente a Debilidad del Self); Dominancia (Dominancia o capacidad de independencia frente a Sumisión); Impulsividad (Surgencia o impulsividad frente a Desurgencia o inhibición); Conformidad grupal (Superego fuerte frente a Superego débil); Atrevimiento (Parmia o atrevimiento frente a Trextia o timidez); Sensibilidad (Premia o sensibilidad frente a Harria o Dureza); Suspiciousidad (Alexia o confianza frente a Protensión o desconfianza); Imaginación (Praxemia o pragmatismo frente a Autia o imaginación); Astucia (Sutileza frente a Ingenuidad); Culpabilidad (Conciencia frente a Imperturbabilidad); Rebeldía (Radicalismo frente a Conservadurismo); Autosuficiencia (Autosuficiencia frente a Dependencia); Autocontrol (Autoestima frente a Indiferencia); Tensión (Tensión frente a Tranquilidad). Los factores de segundo orden o globales son: Introversión frente a Extraversión; Ansiedad frente a Tranquilidad; Susceptibilidad frente a Tenacidad; y Dependencia frente a Independencia (Cattell, 1995).

En una nueva factorización se identificaron 8 factores de segundo orden, 4 de ellos considerados como más relevantes, que fueron: Exvia-Invia; Ansiedad-Ajuste, Colerthia-Pathemia e Independencia-Sumisión (Cattell, 1979). El factor Exvia-Invia es similar a Extraversión-Introversión del modelo de Eysenck. Las personas que obtienen puntuaciones elevadas en esta dimensión suelen ser sociables, afectuosas, alegres, impulsivas y dignas de confianza. El factor Ansiedad-Ajuste se refiere a la estabilidad emocional. El factor Colerthia-Pathemia se refiere a la tendencia a mostrarse cálido en las relaciones, a ser realista y a tener capacidad de

control de los sentimientos. Y finalmente, Independencia-Sumisión se refiere a la tendencia a ser independiente, seguro, innovador y disconforme (Torreblanca, 2017).

### Modelo de los Cinco Grandes Factores de Goldberg y Costa y McCrae

El modelo de los Cinco Grandes Factores es el modelo de la personalidad más aceptado en la actualidad por la comunidad científica del ámbito del estudio psicológico de la personalidad. A pesar de las críticas recibidas por parte de reconocidos investigadores como Eysenck o Pelechano, entre otros autores (Ruiz, 2020), el modelo ha sido muy bien investigado y las contribuciones de los diversos estudios realizados han dado apoyo a la concepción original.

El modelo se desarrolló en distintas fases de investigación. La primera publicación en la que aparecen los 5 factores del modelo es de Fiske, que sobre 22 de las 35 variables de Cattell obtuvo los 5 factores similares a los actuales (Torreblanca, 2017). Esta línea de trabajo se desarrolló posteriormente por Goldberg (perspectiva léxica) y por Costa y McCrae (investigación con cuestionarios), obteniendo en ambos casos el mismo modelo de personalidad, mediante análisis factorial. Ambos autores obtuvieron 5 factores generales que el modelo asume que son suficientes descriptores de esta, aunque fue Goldberg quien los nombró como los Cinco Grandes. Los Cinco Grandes factores son: Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad/Escrupulosidad, Neuroticismo y Apertura a la experiencia/Intelecto. La principal diferencia entre la perspectiva léxica y el enfoque de investigación con cuestionarios, radica en el factor 5, que Goldberg (1992) conceptualizó como Intelecto, mientras que Costa y McCrae (1992) lo hicieron como Apertura (Torreblanca, 2017). El modelo ha tenido un desarrollo jerárquico con dos niveles estructurales. De un lado, los cinco dominios básicos o dimensiones de la personalidad mencionados, y de otro lado, el nivel de las facetas, en el que se describen un mayor número de variables más específicas que pueden ubicarse dentro de cada uno de los cinco dominios básicos (Costa y McCrae, 2003). Las 5 dimensiones mencionadas se identifican con las siglas OCEAN (Openness to Experience, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness y Neuroticism) y, en castellano, CREAN (Cordialidad, Responsabilidad, Extraversión, Apertura a la



Experiencia y Neuroticismo) (Torreblanca, 2017) y pueden evaluarse mediante el NEO PI-R (Inventario de la Personalidad NEO Revisado, Costa y McCrae, 1992).

Las 5 dimensiones se definirían, brevemente, de la siguiente manera (Torreblanca, 2017):

- Extraversión: se refiere a la tendencia de la persona a relacionarse con el mundo externo. Definiría a personas que buscan estímulos externos para sentirse bien, con capacidad de experimentar emociones positivas, que son, además, activos y vitales. Las facetas relacionadas con el factor Extraversión según el modelo del NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992) son: Cordialidad, Gregarismo, Asertividad, Actividad, Búsqueda de Emociones y Emociones Positivas.
- Amabilidad: hace referencia a la adaptabilidad social o complacencia. Las personas que puntúan alto en esta dimensión son amigables, generosas cordiales y afables, evitan la antipatía y tienden a llevarse bien con los demás. En oposición con quienes son poco simpáticos, desconfiados, insensibles y poco colaboradores. Las personas que puntúan alto en esta dimensión valoran ser serviciales, comprensivos y afectuosos. Suelen tener pocos conflictos en sus relaciones interpersonales y, cuando los tienen, se reduce su autoestima. Las personas con una alta amabilidad rehúyen los intentos directos de emplear el poder para solucionar los conflictos con otras personas. El NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992) diferencia dentro del factor Amabilidad las facetas Confianza, Franqueza, Altruismo, Actitud Conciliadora, Modestia y Sensibilidad.
- Responsabilidad/Escrupulosidad: los sujetos con altas puntuaciones en este factor aprecian la organización, lo bien hecho y suelen ser ambiciosos. Son personas puntuales y con altas metas. La Responsabilidad no sólo se incluye dentro del trabajo y los estudios, sino que es una característica que va más allá y, por tanto, también afecta a la ejecución en cualquier tarea. Algunos investigadores conceptualizan este factor en términos de eficacia o logro, mientras que otros se centran en el orden. En la mayoría de las

investigaciones que han estudiado los Cinco Grandes, el factor Responsabilidad suele relacionarse con términos como orden, constancia, ambición, capacidad, sentido del deber, motivación de logro, autodisciplina, laboriosidad o confiabilidad, entre otros términos. En el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) el factor Responsabilidad se evalúa mediante 6 escalas: Competencia, Orden, Sentido del Deber, Necesidad de Logro, Autodisciplina y Deliberación.

- Neuroticismo: hace referencia a las personas que suelen experimentar más emociones y cogniciones negativas que positivas, como preocupación o inseguridad, resultando ser personas vulnerables e inestables. En el polo opuesto del factor encontramos personas emocionalmente estables y con un self fuerte. Puntuaciones bajas en este factor indican personas más alegres y, en general, más satisfechas con su vida. El NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) diferencia dentro del factor Neuroticismo 6 facetas: Ansiedad, Hostilidad, Depresión, Ansiedad Social, Impulsividad y Vulnerabilidad.
- Apertura a la experiencia/Intelecto: este factor ha resultado controvertido respecto a su comprensión, siendo conceptualizado por los distintos autores como apertura, cultura, intelecto o apertura/intelecto. Se refiere a personas caracterizadas por ser curiosas, imaginativas, intuitivas y originales. Las personas que puntúan alto en Apertura valoran la imaginación, la mentalidad flexible y abierta y tienen un rico mundo interior. Por el contrario, las personas que puntúan bajo en Apertura valoran la obediencia, lo tradicional y la seguridad. En el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992) el factor Apertura se mide a través de 6 escalas: Fantasía, Estética, Sentimientos, Acciones, Ideas y Valores. La faceta Fantasía se refiere a aquellas personas que se definen como abiertas a la imaginación.

En relación con la ya comentada aportación de Eysenck, Costa y McCrae reconocieron el importante papel de este autor respecto a la identificación de los factores Extraversión y Neuroticismo. No obstante, no estuvieron de acuerdo con él respecto al factor Psicoticismo, proponiendo otro factor distinto (el ya descrito anteriormente y denominado Apertura), que para Eysenck podía constituir el polo



opuesto de la dimensión Psicoticismo, en lo que MacCrae y Costa discreparon (Kelland, 2010). Desde entonces McCrae y Costa añadieron dos factores más: Amabilidad y Responsabilidad/Escrupulosidad (McCrae y Costa, 2003).

En general, hay acuerdo entre los investigadores de la personalidad en que el modelo de los Cinco Grandes Factores ha resultado ser bastante completo en el estudio de esta, dada la diversidad de constructos y modelos existentes en el ámbito de estudio. Tanto el factor Extraversión como el factor Neuroticismo, que fueron identificados originalmente, como se ha comentado, por Eysenck, han recibido apoyo posterior por autores como Cattell o Tellegen, entre otros (Kelland, 2010).

Para algunos autores, el modelo de los Cinco Grandes proporciona un marco organizativo global para las escalas de rasgos psicológicos y sugieren un enfoque de pluralismo integrador, en el que las escalas con evidencias de validez y fiabilidad se sitúen dentro de los Cinco Grandes y la investigación sobre los Cinco Grandes se tenga en cuenta en todas las investigaciones que utilicen escalas de rasgos que se sitúen fácilmente dentro de los Cinco Grandes (Bainbridge y cols., 2022). Desde su emergencia en el ámbito del estudio psicológico de la personalidad, dicho modelo es ampliamente utilizado en multitud de estudios y distintos ámbitos, como, por ejemplo, en el análisis psicológico de las características de personalidad de los cirujanos (Sier y cols., 2022), o en estudios de metaanálisis con grandes muestras, sobre factores de personalidad y desempeño académico (Mamadov, 2022).

En síntesis, como habrá podido observarse, en el camino del desarrollo de los distintos modelos teóricos de la personalidad dimensionales, uno de los esfuerzos más importantes de los investigadores ha sido (y continúa siendo) el poder determinar tanto el número, como la naturaleza particular de las dimensiones fundamentales de la personalidad consideradas en cada modelo. También, en definir de forma lo más precisa posible las facetas que componen cada dimensión, estableciendo su rango de importancia en este.

Aunque en el ámbito del estudio de la personalidad en general y de la personalidad patológica en particular se han dado avances hacia el objetivo final, que sería, como

ya señalaron Hall y Lindzey (1957), la necesidad de un marco teórico y conceptual integrador que permita el estudio de las diferencias individuales entre las personas, el debate sigue abierto, reconociéndose que siguen existiendo diferencias de perspectiva importantes y, en ocasiones, fundamentales (Caprara y Cervone 2000). Dichas diferencias se han reflejado también en la evolución de las sucesivas ediciones del Manual DSM, las cuales, han recibido la influencia de los distintos modelos diagnósticos de la personalidad descritos en el presente apartado. A continuación, se sintetiza la evolución de la consideración de los TP y su diagnóstico en el Manual DSM.

## **1.2. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL MANUAL DSM**

En general, podemos decir que tres han sido los modelos teóricos diagnósticos de los TP utilizados tanto en evaluación diagnóstica de los TP como en investigación: el modelo diagnóstico categorial, el modelo diagnóstico dimensional y el modelo diagnóstico híbrido, que integra los dos anteriores (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022).

Siguiendo la historia del Manual DSM puede observarse la incorporación de los mencionados modelos en sus sucesivas ediciones. Estas, se podrían agrupar en dos fases: la fase anterior al DSM – III (1980) cuyas ediciones basan las definiciones de TP en teorías estructurales o de rasgos (modelo dimensional). A partir del DSM III (1980) en adelante, se impone de nuevo un enfoque clasificatorio en el contexto de la necesidad del modelo de salud pública de disponer de datos clínicos, del auge de la psicofarmacología y del desarrollo de las neurociencias y la psiquiatría basada en la evidencia. En este contexto se impuso el modelo neo-kraepeliniano médico de la enfermedad mental, buscando la evidencia científica por encima del consenso de expertos. Desde aquel momento se comenzó a abordar el estudio de los TP describiéndolos mediante criterios diagnósticos (modelo categorial), e integrándolos en un nuevo eje diagnóstico, el Eje II, separados de los grandes síndromes, y configurando lo que se denominó sistema diagnóstico multiaxial (Torres-Soto, 2018). Este modelo categorial clásico considera los TP como entidades patológicas diferenciadas con precisión entre sí. En base a este

modelo categorial, en el Manual DSM se establecen los elementos que se consideran clave para el diagnóstico, como son: la definición de los TP y la caracterización de aquellos elementos fundamentales que hay que poder discriminar para la correcta identificación y diferenciación de los TP en general (los criterios diagnósticos generales para realizar diagnóstico de TP pueden consultarse en la Tabla 1 del presente estudio); y las distintas categorías de TP en particular, con criterios diagnósticos específicos para cada una de ellas.

En relación con la definición del TP en general, en el Manual DSM en su 5ª edición (APA, 2013), este se define como:

- A. Un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:
  - 1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
  - 2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
  - 3. Funcionamiento interpersonal.
  - 4. Control de los impulsos.
  
- B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
  
- C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
  
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
  
- E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

- F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento).

Con respecto a las distintas categorías de TP, siguiendo el Manual, estas son un total de diez y se agrupan a su vez en tres conglomerados o clústeres. El Clúster A, que incluye el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad. El Clúster B, que incluye el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad. Y el Clúster C, que incluye el trastorno evitativo de la personalidad, el trastorno dependiente de la personalidad y el trastorno obsesivo de la personalidad (APA, 2013).

Se ha dado un largo debate alrededor de los pros y los contras de los dos modelos conceptuales distintos, como son el categorial y el dimensional de los TP. Cada uno de ellos cuenta con ventajas e inconvenientes y ha recibido críticas por parte de diversos autores que se comentarán en el apartado 1.3. (pág. 28) de la presente tesis doctoral. Ante dicho debate, en el DSM-IV-TR (APA, 2000), se propone, como posibilidad la elaboración de un modelo híbrido que combine ambos enfoques. Desde este modelo los TP se diagnosticarían de forma categorial y también dimensional, desde un Modelo Alternativo de diagnóstico del TP (MATP). Este último, es el propuesto en uno de los principales sistemas de clasificación que constituyen los referentes actuales de la psiquiatría y la psicología clínica desde 1952, como es el Manual DSM, en su 5ª edición (APA, 2013), tanto para describir la psicopatología de los TP del modo más preciso posible, como para facilitar la evaluación de la gravedad de estos. El MATP del DSM-5 (APA, 2013) se describirá en el punto 1.3.3. El modelo diagnóstico híbrido, pág. 32 de la presente tesis doctoral por su relevancia para el presente estudio, dado que la entrevista que se quiere adaptar al castellano y de la que se quieren obtener evidencias de validez y fiabilidad, la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), se basa en un modelo híbrido de evaluación de la personalidad. Por tanto, no se le dedicará más espacio en el presente apartado.

**Tabla 1.**  
**Criterios diagnósticos generales de trastorno de la personalidad del DSM-5 (APA, 2013)**

- 
- A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad (self / interpersonal).
  - B. Uno o más rasgos patológicos de la personalidad.
  - C. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente inflexibles y generalizados en un amplio rango de situaciones personales y sociales.
  - D. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo son relativamente estables en el tiempo, con inicios que se remontan al menos a la adolescencia o a la edad adulta temprana.
  - E. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no se explican mejor por otro trastorno mental.
  - F. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no son sólo atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica (por ejemplo, un traumatismo craneal severo).
  - G. Los déficits en el funcionamiento de la personalidad y la expresión de los rasgos de personalidad del individuo no se explican mejor como parte normal de la etapa de desarrollo de un individuo o de su entorno sociocultural.
- 

### **1.3. MODELOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Seguidamente, se describen las principales ventajas e inconvenientes de los tres modelos diagnósticos de los TP: el modelo diagnóstico categorial, el modelo diagnóstico dimensional y el modelo diagnóstico híbrido.

#### **1.3.1. El modelo diagnóstico categorial**

Aunque existe consenso entre los expertos respecto a que el diagnóstico categorial de los TP ha resultado controvertido (Tyrer, 2017; Campbell y cols., 2020), algunos autores, señalan que el modelo categorial también cuenta con ventajas. Por ejemplo, que los conceptos resultan familiares para los clínicos, permiten intercambiar información clara entre ellos, tomar decisiones rápidas y por una cuestión de comodidad y practicidad (Chiesa y cols., 2017).

Algunos autores, no obstante, señalan la falta de utilidad del diagnóstico categorial, tanto diagnóstica como respecto al tratamiento (Chiesa y cols., 2017). Otras desventajas mencionadas serían, entre otras, que no hay evidencia científica que respalde el modelo categorial de los TP, ni respecto a que sean diez (o cualquier otro número) (Anderson y Sellbom, 2018). Tampoco en lo referente a la diferenciación entre los grupos de TP (conglomerados A, B y C) (Tyrer, 2017, Anderson y Sellbom, 2018).

Se destaca, también, que los distintos TP tienen una definición operativa poco precisa, teniendo como consecuencia las múltiples comorbilidades entre los TP que según algunos autores están sobreestimadas (Forbes, y cols., 2016), lo que mostraría la arbitrariedad de los límites entre cada categoría (Gamba y cols., 2020), resultando una clasificación que implica dificultades para diferenciar los TP. Esta crítica podría tener relación con el hecho de que, en relación con el tratamiento de los TP, hasta la fecha, no existen intervenciones validadas para la mayoría de los TP categóricos y aunque se han desarrollado varias psicoterapias, en particular para la categoría del TLP, todas han mostrado una eficacia moderada y ninguna ha mostrado ser, en general, relativamente más eficaz que las demás (Cristea y cols., 2017, Stoffers-Winterling, 2022). Otros autores señalan que los distintos TP en algunos casos se solapan, lo que no permite una clasificación excluyente (Chiesa y cols., 2017; Oldham, 2018). El solapamiento también se da entre los criterios diagnósticos y los trastornos mentales correspondientes al Eje I del Manual DSM, como, por ejemplo, entre el TLP y el Trastorno Bipolar (Di Giacomo y cols., 2017).

Asimismo, el sistema diagnóstico categorial ha mostrado una baja fiabilidad entre evaluadores en la práctica clínica (Nagar y cols., 2018).

Po último, el sistema diagnóstico categorial se incluyó en el Manual DSM, entre otros motivos, con el interés de que los clínicos prestasen mayor atención al diagnóstico y al tratamiento de los TP, lo que hasta ese momento no fue así. A partir de la eliminación del sistema diagnóstico multiaxial en la 5ª edición del Manual DSM (APA, 2013) el problema anterior ya no existe (Ramírez, 2020).



### 1.3.2. El modelo diagnóstico dimensional

Diversos autores consideran las ventajas del modelo dimensional, señalando que ya se dispone de amplios conocimientos sobre su utilidad (Bach y cols., 2021) en el sentido de que este modelo, tiene como objetivo central medir las diferencias cuantitativas de un mismo trastorno, tratando de ordenar los síntomas según distintos grados de intensidad.

Entre las ventajas de los modelos dimensionales, en general, está la facilidad para la exploración y delimitación precisa de las diferencias entre las personas, y más teniendo en cuenta la heterogeneidad en la población clínica con TP y TLP (Smits y cols., 2017, Storebo y cols., 2021), ya que cada sujeto aparece representado en un perfil con distintos grados que van de la normalidad a la patología. Esto permitiría conocer cuáles son los rasgos de personalidad específicos que caracterizan el TP en un sujeto determinado y su intensidad, mejorando su comprensión clínica y posibilitando un diseño de intervención psicoterapéutica mucho más ajustado a las necesidades de cada sujeto y con áreas de intervención específicas (Smits y cols., 2017; Gamba y cols., 2020).

Entre las limitaciones más destacables de los modelos dimensionales se mencionan varias. Un denominador común de muchos de ellos es que consideran por separado la gravedad y el estilo de la patología de la personalidad (Hengartner y cols., 2018; Mulder y Tyrer, 2019). Otra limitación, es que las dimensiones de los modelos están basadas en análisis factoriales con poca correspondencia, en ocasiones, con la realidad clínica y sin un marco teórico integrado subyacente a tales dimensiones (Sánchez, 2019). Además, al no existir todavía un modelo dimensional integrado (Widiger y cols., 2018), los instrumentos basados en dichos modelos consideran distintas dimensiones, con discrepancias, asimismo, respecto del número o tipo de dimensiones a tener en cuenta para diagnosticar TP (Gamba y cols., 2020). Algunos autores ya propusieron que fuera deseable que, en el Manual DSM, en su 5ª edición (APA, 2013), se incorporase una integración de los modelos dimensionales en una estructura jerárquica que considerase todas las contribuciones, como ya señalaron Hall y Lindzey (1957), lo que no ha ocurrido, hasta la fecha (Alzuela, 2016) y continúa en proceso de investigación y desarrollo

(Widiger y cols., 2018). Otros autores señalan que la información clínica que permiten obtener, si bien es más precisa, compleja y rica, complica la comunicación entre profesionales (Torres-Soto, 2018).

Aunque quizás la crítica más relevante relativa a los modelos dimensionales es hasta qué punto estos modelos resultan de utilidad clínica en el diagnóstico de la personalidad patológica, cuestión esta, que tampoco ha estado exenta de cierta polémica. Partiendo del presupuesto de los modelos dimensionales en los que personalidad normal y personalidad patológica pueden ser explicadas utilizando un modelo dimensional que tenga como base una estructura de rasgos, numerosos estudios, entre otros, los de Markon, Krueger y Watson, O'Connor, Saulsman y Page, han investigado en qué medida resulta posible describir los TP usando la descripción de personalidad normal del modelo de los Cinco Grandes Factores. Estos autores examinaron, en concreto, si las dimensiones del modelo de los Cinco Grandes podían usarse para describir de forma válida los 10 TP categóricos del Manual DSM, concluyendo que los TP pueden ser conceptualizados como variantes desadaptativas y extremas de las dimensiones propuestas por el modelo de los Cinco Grandes Factores, tanto en el nivel de los Rasgos como de las Facetas. Además de la evaluación de los rasgos y las facetas, para evaluar TP se propuso también la identificación del nivel de deterioro del funcionamiento social o laboral. Por tanto, los trabajos de algunos autores mostraron evidencia de la utilidad de los modelos dimensionales en el diagnóstico de la personalidad patológica (Ruiz, 2020).

Otros autores, sin embargo, entienden que, aunque se pueda considerar que los TP contienen variantes desadaptativas de rasgos de personalidad, las relaciones entre trastorno y rasgo siguen sin ser precisas (Pelechano y Pastor, 2006). Una posible solución al problema podría ser entender los TP como prototipos (elementos hipotéticos dentro de un mismo factor, con elevada correlación con los demás elementos de este) o extremos ideales de las dimensiones de la personalidad, pudiendo ser este un modo de acercar los modelos categoriales a los modelos dimensionales (Ruiz, 2020).



En esa línea, el Manual DSM-5 (APA, 2013) propone un modelo híbrido en la evaluación de los TP que combina el modelo categorial con el modelo dimensional.

### **1.3.3. El modelo diagnóstico híbrido**

Algunos autores, como Kernberg, ya propusieron una alternativa a los enfoques categorial o dimensional en forma de un modelo híbrido que integrase los dos anteriores. De ese modo se trataría de superar el obstáculo que para un modelo integrador supone el, a su juicio, reduccionismo radical, que influye en el desarrollo de enfoques e instrumentos correspondientes al estudio de la personalidad, lo que puede conducir a marcos de referencia aparentemente incompatibles (Kernberg, 2012<sub>a</sub>).

En la propuesta de MATP del Manual DSM-5 (APA, 2013) se elimina el sistema multiaxial y queda configurado en 3 secciones. En la Sección 2 se sitúan todos los trastornos mentales que se habían situado en los distintos ejes en versiones anteriores del Manual, y que se propone que se diagnostiquen de forma categorial. Se mantienen los diez tipos distintos de TP de las anteriores ediciones, así como sus criterios diagnósticos. En la Sección 3 se incluyen aquellas alteraciones psicopatológicas que requieren de más investigación antes de ser consideradas como trastornos formales. Dicha Sección recoge la perspectiva dimensional entre las medidas emergentes y modelos, incluyendo los nuevos rasgos de personalidad que requieren de mayor estudio e investigación para poder ser usados en el diagnóstico del TP (Torres – Soto, 2018), estableciendo así el Modelo Alternativo de Diagnóstico del TP (MATP) (APA, 2013).

El MATP (APA, 2013) asume que la personalidad está organizada de forma jerárquica. Hay un nivel superior de 5 Dimensiones (o dominios clínicos) y un nivel inferior de 25 rasgos específicos de personalidad (también llamados facetas). Las facetas y los dominios del MATP del DSM-5 se asemejan a los extremos desadaptativos del modelo de los Cinco Grandes factores de Goldberg (1992) y Costa y McCrae (1992) (Ramírez, 2020). Los rasgos (o facetas) del MATP son: Labilidad Emocional, Ansiedad, Hostilidad, Perseveración, (ausencia de)

Afectividad Restringida, Ansiedad de Separación, Sumisión, Anhedonia, Depresividad, Evitación de la Intimidad, Susplicacia, Retraimiento, Búsqueda de Atención, Insensibilidad, Deshonestidad, Grandiosidad, Manipulación, Distractibilidad, Impulsividad, Irresponsabilidad, (ausencia de) Rigidez Perfeccionista, Temeridad, Excentricidad, Desregulación Perceptiva, y Creencias Inusuales. La combinación de estos rasgos da como resultado las 5 dimensiones denominadas Emocionalidad Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. La dimensión de Emocionalidad Negativa está formada por los 7 primeros Rasgos; la dimensión Desapego por los rasgos: Evitación de la Intimidad, Anhedonia, Depresividad, Afecto restringido y Susplicacia. La dimensión Antagonismo por los rasgos: Manipulación, Deshonestidad, Grandiosidad, Búsqueda de Atención e Insensibilidad. La dimensión Desinhibición por los rasgos: Irresponsabilidad, Impulsividad, Distractibilidad, Asunción de riesgos (o Temeridad) y (ausencia de) Rigidez Perfeccionista. Y la dimensión Psicoticismo, por los últimos 3 Rasgos mencionados: Creencias Inusuales, Excentricidad y Desregulación Perceptiva (APA, 2013).

Así pues, el MATP propuesto en el Manual DSM-5 considera una aproximación dimensional a la patología de la personalidad (APA, 2013) proponiendo dos fases en la evaluación del TP. La primera fase se refiere a la determinación inicial del deterioro funcional personal (sí mismo) e interpersonal (el sí mismo en relación con los demás) siguiendo el criterio de severidad (Criterio A – Morey, 2017-). Y la segunda fase describe los rasgos desadaptativos de la personalidad patológica (Criterio B) (APA, 2013). Según el Criterio A, el clínico debe especificar el nivel de funcionalidad del paciente en un continuum dimensional de severidad, en el que se establecen las deficiencias fundamentales en el funcionamiento propio e interpersonal (Preti y cols., 2018). Así, el funcionamiento de la personalidad se incluye como criterio diagnóstico de los TP. En él se evalúa la discapacidad en cada uno de sus subcriterios, que son: el self (identidad y autodirección) y las relaciones interpersonales (empatía e intimidad). Por tanto, la patología de la identidad se incluye en el Manual como criterio central de la gravedad de los trastornos de la personalidad formando parte del Criterio A, donde la identidad se define por la combinación de falta de integración del self y autodirección, así como por las relaciones anormales con los demás, caracterizadas por la falta de capacidad de

empatía e intimidad (APA, 2013). El MATP (APA, 2013) está siendo ampliamente utilizado por los investigadores en estudios que evalúan su validez y utilidad clínica (Mulder y Tyrer, 2019) con resultados prometedores (Zimmermann y cols., 2019).

Respecto al Criterio B, se han desarrollado varios instrumentos para evaluar los rasgos desadaptativos de la personalidad, como el Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ, Livesley y Larstone, 2008) o el Personality Psychopathology Five (Harkness y cols., 2012), entre otros. No obstante, el grupo de trabajo del Manual DSM-5 (APA, 2013) indicó que era necesario un nuevo instrumento para evaluar el Criterio B que incluyese los cuatro dominios principales de la personalidad desadaptativa identificados por Widiger y Simonsen (2005) que son: Extraversión frente a Introversión, Antagonismo frente a Conformidad, Restricción frente a Impulsividad y Desregulación emocional frente a Estabilidad emocional, incluyendo además un quinto dominio, que es, Psicoticismo. El nuevo instrumento debía incluir facetas de personalidad desadaptativa para cada dominio, incluyendo así todas las características desadaptativas de los TP del Manual DSM (Barchi-Ferreira y cols., 2020). De este modo se propuso el Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5, Krueger y cols., 2012) que está adaptado y validado al idioma castellano (Gutiérrez y cols., 2017). El nuevo instrumento está diseñado para evaluar las distintas Facetas y Dimensiones del MATP (APA, 2013). Dado que el PID-5 es uno de los instrumentos que se utiliza en el presente estudio para evaluar la evidencia de la relación de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, con otras variables, el PID-5 (Krueger y cols., 2012) se describirá en el punto 5.2. Instrumentos, pág. 129 de la presente tesis doctoral.

En relación con las alteraciones en el funcionamiento personal e interpersonal, así como en la identidad y su patología, estos ya fueron considerados centrales en el desarrollo de los TP también por uno de los más grandes teóricos de la personalidad: Otto Kernberg. Para Kernberg, la patología de la identidad y el impacto que ésta tiene en el funcionamiento personal e interpersonal y que determina la severidad, son elementos centrales en la organización límite de la personalidad dentro de su teoría de la personalidad patológica. Su trabajo y el de su grupo del Personality Disorders Institute en la Facultad de Medicina Weill Cornell

de Nueva York, así como el de otros autores de la International Society of Transference Focused Psychotherapy (ISTFP), han hecho aportaciones fundamentales en el área de la personalidad patológica, la identidad y las alteraciones de esta.

#### **1.4. TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE OTTO KERNBERG**

Durante los años 50 a 70 se inicia el desarrollo de conceptos fundamentales en el diagnóstico de los TP. La tradición psicoanalítica ha contribuido de forma decisiva a ello, introduciendo en la misma conceptos que han perdurado hasta nuestros días, como son el concepto Borderline (límite) y el concepto de Organización de la Personalidad (OP).

El concepto Borderline (límite) fue desarrollado por el psicoanalista Adolf Stern (1938) y consolidado en las clasificaciones psicopatológicas sobre todo gracias a las aportaciones de John Gunderson, que describió clínica y fenomenológicamente el mismo, favoreciendo su inclusión en las clasificaciones oficiales en el Manual DSM-III en 1980 y formando parte del modelo clasificatorio. El concepto Borderline hace referencia a un grupo de pacientes que se caracterizaba, entre otros aspectos, por sus elevadas resistencias ante el cambio y su rigidez (Stern, 1938) y en los que se había observado también que no mejoraban con las terapias psicoanalíticas tradicionales. Dicho grupo, pasaba, asimismo, por “estados psicóticos” en sus procesos terapéuticos (Gunderson, 2009). Se situó, por tanto, a este grupo de pacientes, en el límite entre los diagnósticos de “neurosis” y “psicosis”, lo cual era suficientemente amplio e inespecífico como para plantear problemas a nivel diagnóstico.

El concepto de OP pertenece a la teoría de la personalidad elaborada por Kernberg (1967). Su teoría constituye un modelo teórico del desarrollo de la personalidad normal y patológica, incluye el desarrollo de un sistema clasificatorio tanto categorial como dimensional de los pacientes borderline, un método diagnóstico (la Entrevista Diagnóstica Estructural), y un modelo especializado de tratamiento de

dichos pacientes: la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP) (Yeomans y cols., 2015; Clarkin y cols., 2018<sub>b</sub>; 2021; Kernberg, 2016<sub>a</sub>, 2021).

Kernberg define el concepto de Personalidad como “la integración dinámica de la totalidad de la experiencia subjetiva y patrones de comportamiento de la persona, incluidos ambos: (1) comportamientos concretos, conscientes y habituales, experiencias de uno mismo y del entorno, pensamiento psíquico consciente, explícito, y deseos y miedos habituales y (2) patrones de comportamiento inconsciente, experiencias y puntos de vista y estados intencionales. Es una integración dinámica en la medida en que implica una organización, es decir, la asociación integrada de múltiples rasgos y experiencias que influyen cada uno en el otro, y es el resultado final de la coordinación de múltiples disposiciones. A este respecto, la personalidad representa una entidad mucho más compleja y sofisticada que simplemente la suma de todos sus componentes característicos” (Kernberg y Caligor, 2005).

El desarrollo de la Teoría de la Personalidad de Kernberg se basa en la integración de varias corrientes psicoanalíticas. Fundamentalmente, la freudiana, apoyándose en el concepto de estructura mental de Freud (1923 - 1925), así como en las teorías del desarrollo del sí mismo o self, concepto que toma de Hartmann y Rapaport. Integra, asimismo, la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones de objeto, con las aportaciones de psicoanalistas norteamericanas como Erikson, incorporando también contribuciones de la escuela inglesa como las de Bion y algunos desarrollos franceses como son los de McDougall, entre otros.

El concepto de estructura mental es un concepto psicoanalítico que fue acuñado por Freud en 1923, en la segunda tópica, proponiendo una organización de la mente según tres estructuras: yo, superyó y ello (id). Kernberg utiliza el concepto de estructura mental para describir la relación entre las relaciones objetales internalizadas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental y propone la existencia de tres organizaciones estructurales: neurótica, límite y psicótica. Estas organizaciones estructurales de la personalidad, en interacción con factores genéticos, bioquímicos, constitucionales, psicodinámicos, familiares y psicosociales, son la matriz sobre la que se desarrollará el carácter de la persona.

El diagnóstico diferencial entre los tres tipos de organización tiene en cuenta la evaluación de tres elementos centrales: 1) el grado de integración de la identidad, 2) el tipo de operaciones defensivas o mecanismos de defensa frente a la ansiedad, y 3) la prueba de realidad (Kernberg, 2016b).

La teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones de objeto (Kernberg, 1967, entre otros) propone que las alteraciones sintomáticas que padecen las personas con diagnóstico de TP son un reflejo del grado de integración interna del sí mismo o self. El sí mismo estaría formado, al inicio del desarrollo, bien por características positivas o bien por características negativas, sin integración alguna entre ambos polos, y el grado de integración de los demás (objetos o representaciones internas de los otros), también. Dicha teoría entiende que el sí mismo (self) se va desarrollando y configurando progresivamente, siempre a través de la relación con otro (objeto) hacia el que se experimentan impulsos gratificantes (libido) y desagradables (agresión). Dichas relaciones con los demás se internalizan en forma de representaciones mentales (objetos internos) del sí mismo, de los demás y de las relaciones y constituyen los elementos fundamentales de las estructuras psicológicas, actuando como organizadores de la motivación y de la conducta de la persona. Dentro de esta teoría se consideran las relaciones de objeto como un dominio psicopatológico a evaluar, determinando su severidad en términos del impacto de las disfunciones de las relaciones de objeto en el funcionamiento personal e interpersonal, que implica la falta de percepciones precisas de uno mismo y de los demás, aspectos estos que son comunes a todas las categorías de TP (Clarkin y cols., 2018b).

En el marco de la teoría anterior, Kernberg propone el concepto de organización de la personalidad (OP), según el cual la personalidad se estructura y se organiza progresivamente, de una forma dinámica y como una organización paraguas, que incluye una pequeña cantidad de sistemas de componentes principales: el temperamento, las relaciones de objeto, el carácter, la identidad, el sistema de valores éticos / morales y la capacidad (inteligencia) (Kernberg, 2016b).

A continuación, se describen brevemente dichos componentes principales (Kernberg, 2016b):



- **Temperamento:** es la estructura constitutiva fundamental de la personalidad representada por la reactividad psicológica general del organismo de tipo psicomotor, cognitivo y afectivo. Dicha reactividad viene condicionada por los sistemas afectivos neurobiológicos, entre los cuales es de especial relevancia en el desarrollo temprano, el sistema de apego-pánico-separación, el cual motiva al bebé en la búsqueda de la madre para alimentarse. Dichas interacciones con la madre suponen la internalización de experiencias afectivas extremadamente placenteras y también desagradables y determinan la motivación hacia el objeto (la madre, inicialmente) y el distanciamiento de éste y se organizan en dos grandes segmentos totalmente separados, bien idealizados, o bien temidos. Las representaciones internalizadas de estas interacciones con la madre serían las relaciones de objeto o díadas relacionales objetales y, en adelante, representarían el prototipo del establecimiento de relaciones con los otros significativos. Dichas relaciones estarían formadas por una representación del sí mismo (representación del self), una representación de los otros (representación objetal) y un afecto vinculante, positivo y gratificante (por ejemplo, amor) o negativo y doloroso (por ejemplo, rabia). Las díadas relacionales derivan de las experiencias vividas con los otros y son subjetivas, es decir, no se corresponden exactamente con la realidad objetiva y constituyen modelos internos de comportamiento.
- **Carácter:** es la estructura integrada de patrones de comportamiento habituales. Estos se desarrollan a partir de los modelos internos de comportamiento descritos en el párrafo anterior.
- **Identidad:** la identidad normal es una visión global subjetiva e integrada (con aspectos positivos y negativos) tanto de uno mismo y su naturaleza, como de los demás y de sus relaciones habituales con otras personas significativas. Se configura durante el desarrollo temprano y luego nuevamente durante la adolescencia. Inicialmente, se establece una separación (escisión) entre los afectos gratificantes (libido) y los dolorosos o temidos (agresión), configurándose dos segmentos separados de la realidad psíquica: una visión del sí mismo o de los otros idealizada, o del sí mismo o

de los otros negativa, aterradora y potencialmente destructiva o catastrófica (persecutoria). La integración progresiva de las representaciones del self en un autoconcepto formado por aspectos positivos y negativos, así como la integración gradual de las representaciones de personas significativas en el mismo sentido que el self, supondrá la capacidad de sensibilización y empatía por los demás. Este proceso puede darse cuando hay un predominio de experiencias positivas, lo que permite el desarrollo de la confianza epistémica en la relación, o la percepción del otro como alguien confiable (Talía y cols., 2021). Ésta, en un entorno amoroso y confiable de relaciones, permite la mentalización e integración de las experiencias negativas, así como la vinculación entre lo positivo y lo negativo del sí mismo, de los demás y de las relaciones. Esto constituye la identidad normal (Kernberg, 2012b).

Mediante el proceso descrito de desarrollo de la identidad, progresivamente, se va configurando una determinada OP, en un continuum que varía desde la organización normal de la personalidad a una organización patológica de la personalidad.

La Organización Normal de la Personalidad implica una integración gradual de las dos representaciones, positivas y negativas, tanto de sí mismo como de los otros y de las relaciones, si el proceso descrito anteriormente se da con éxito. La Organización Patológica de la Personalidad supone la aparición del síndrome de difusión de la identidad, que implica la falta de integración estructural del self así como de las representaciones internas de los demás significativos. A nivel clínico puede observarse en la incapacidad de la persona para transmitir a un observador la descripción integrada de uno mismo y de los otros significativos. También puede observarse en el predominio de patrones de conducta caóticos, sentimientos de inseguridad, baja autoestima o severas y rápidas fluctuaciones de esta que comprometen los intereses y compromisos personales. Por todo ello, se dan graves dificultades en la elección vocacional, en el compromiso laboral y profesional, en las relaciones íntimas y en las relaciones sexuales, que no integran erotismo y amor, con relaciones interpersonales inestables, superficiales (en el sentido de poco profundas e íntimas) y caóticas.



El síndrome de difusión de la identidad constituye el elemento que permitiría el diagnóstico diferencial entre la organización normal de la personalidad y la organización patológica de la personalidad, no estando presente en la primera y sí en la segunda. Los pacientes que presentan el síndrome de difusión de la identidad, para Kernberg, pertenecen al grupo de pacientes con Organización Límite de la Personalidad (OLP).

- Sistema de valores morales: Kernberg se refiere al sistema de valores morales como una estructura compleja, cuya patología sería un indicador de la gravedad y el pronóstico de los TP. Constituye una estructura moral internalizada de forma progresiva, y una vez culmina su desarrollo normal, implica un compromiso interno con los valores y principios éticos universalmente válidos que rigen las relaciones interpersonales y la vida social. Se corresponde de forma aproximada con el superyó freudiano. Dicho proceso se inicia con la internalización de las primeras prohibiciones en las interacciones madre – hijo, con los “no” de la madre a comportamientos que pueden ser peligrosos para el bebé, activando el sistema de apego-separación-pánico y fantasías de abandono. Estas prohibiciones son progresivamente aceptadas como mecanismos de protección. Asimismo, aparecen experiencias positivas ante demandas y refuerzo ambientales de buen comportamiento, que constituyen el ideal del yo. Esta estructura, bajo predominio de experiencias positivas, tiende a neutralizar las experiencias más negativas, integrándose progresivamente ambas hacia el segundo y tercer año de vida y culminando en un tercer nivel de demandas y prohibiciones internas entre el cuarto y el sexto año de vida. En este tercer nivel, entre otras cosas, ya hay demandas y expectativas familiares y culturales, tradiciones y prejuicios, es decir, un sistema de valores socialmente compartido que regula el comportamiento. En la adolescencia temprana dichas demandas, prohibiciones y principios éticos ya están internalizados.

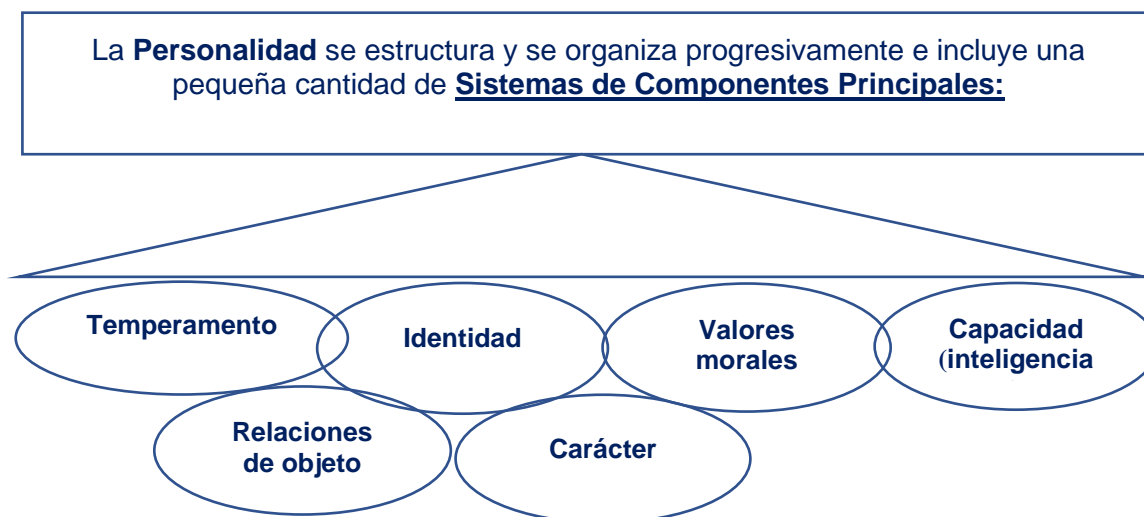
Bajo circunstancias de trauma, deprivación, negligencia, abusos e impulsos agresivos severos, se da la difusión de la identidad, lo que supone que pueden darse fallos en la integración e internalización del sistema de valores morales,

influyendo en el desarrollo de distintos niveles de psicopatología y predisponiendo al individuo al comportamiento antisocial.

- Capacidad (inteligencia): es el potencial cognitivo expresado en el nivel alcanzado de abstracción. Depende tanto de la disposición genética, como de las primeras experiencias. Si el potencial cognitivo es alto, la percepción del medio es más realista y ajustada y participa en la modulación de la respuesta afectiva, pudiendo, bien mitigar los efectos de un severo ambiente traumático, o bien todo lo contrario, amplificando las interpretaciones cognitivas complejas y distorsionadas frente a una amenaza del ambiente.

**Figura 1.**

**Componentes de la Organización de la Personalidad según Otto Kernberg (Kernberg, 1967)**



En resumen, todos los conceptos anteriormente descritos permiten definir la estructura de la personalidad, que, para Kernberg, se organiza de forma dinámica en un sistema de componentes principales: el temperamento, las relaciones de objeto, el carácter, la identidad, el sistema de valores morales y la capacidad (inteligencia), dando lugar a la Organización de la Personalidad (OP) (Figura 1).

La OP iría en un continuum desde la organización normal de la personalidad a la organización patológica de la personalidad, donde a mayor severidad de esta, mayores dificultades en el funcionamiento personal. La organización patológica de la personalidad incluye distintos tipos, de menor a mayor gravedad: la organización

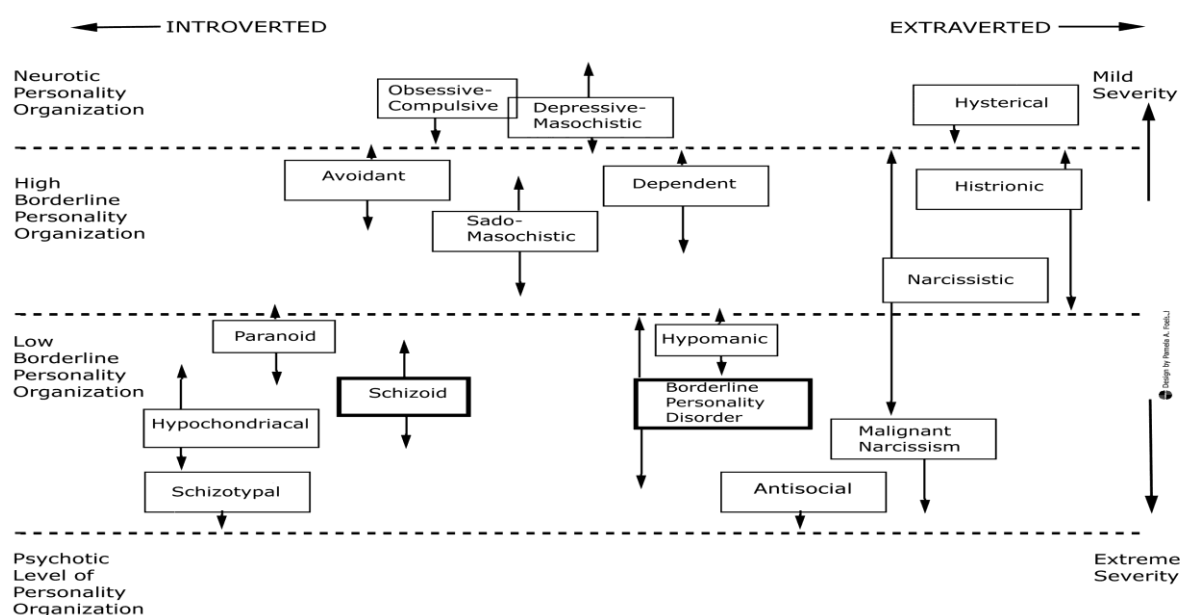
neurótica de la personalidad y la organización borderline o límite de la personalidad (OLP), pudiendo ser ésta menos severa y más cercana, por tanto, a la organización neurótica, o más severa y cercana a organizaciones de tipo narcisista, psicopática, o psicótica (Figura 2). Asimismo, la OLP incluye, en su configuración, la presencia de elementos centrales y diferenciales en la misma tales como: la presencia del síndrome de difusión de identidad; el uso de mayor proporción de mecanismos de defensa primitivos y el predominio de relaciones objetales negativas con una calidad deficiente en las relaciones con los demás. Otros elementos que permiten caracterizar la severidad de la estructura de la personalidad son el predominio de afectos negativos, muy en especial la agresión, un juicio de realidad, en ocasiones, alterado y unos valores morales internalizados inconsistentes (Kernberg y Caligor, 2005; Kernberg, 2016b, Stern y cols., 2018). El síndrome de difusión de la identidad consiste en la falta de integración del self y del objeto, con incapacidad de integrar en ambos, aspectos positivos y negativos, manteniéndose una representación mental parcial (sólo positiva o sólo negativa) tanto de uno como de otro, que en la mente de la persona con OLP se mantienen separadas (escindidas). Dicho de otro modo: las representaciones mentales parciales del self y del objeto van cambiando de positivas a negativas o viceversa, sin que la persona con OLP sea consciente de ello. Las representaciones mentales parciales del self están conectadas con las de objeto mediante intensos afectos negativos. Podríamos decir que la escisión ayuda a la supervivencia en contextos relacionales de extrema privación, negligencia o trauma. Sin embargo, no resulta adaptativa en las relaciones sociales en otros contextos, ya que las personas que sufren OLP no son conscientes de dicha escisión en la visión de sí mismos y de los demás. Clínicamente, se pone de manifiesto a través de la vivencia contradictoria y caótica del sí mismo y de los otros, y en la incapacidad de integrar y tomar conciencia de dichas contradicciones. Todo ello tiene consecuencias negativas en diversos aspectos psicológicos (difusión de la identidad, intolerancia a la ansiedad, severas dificultades relacionales -elección de pareja, por ejemplo-) y, a mayor nivel de severidad del tipo de organización patológica de la personalidad, mayores problemas de funcionamiento personal (elección vocacional, por ejemplo).

En la Figura 2 puede consultarse la clasificación de los TP desde la teoría de la personalidad de Kernberg (Kernberg y Caligor, 2005). Como puede observarse, la

organización patológica de la personalidad incluye los TP agrupados en los Clústeres A, B y C, que en el manual DSM se han ido manteniendo en sus sucesivas ediciones y que pueden ser evaluados, siguiendo dicho Manual, mediante la Structured Clinical Interview for DSM–IV-R Axis II Disorders (SCID-II), (First y cols., 1997).

**Figura 2.**

**Los Trastornos de personalidad en el modelo estructural de la personalidad de Otto Kernberg (adaptado de Kernberg y Caligor): A psychoanalytic theory of personality disorders. En: Major Theories of Personality Disorders. Guilford Press, 2005)**



Desde este modelo se estimuló el desarrollo de modificaciones prácticas en la psicoterapia psicoanalítica tradicional, que permitieron un abordaje más eficaz de la patología borderline (OLP en el modelo), así como el desarrollo de instrumentos de medida que permitiesen su evaluación en la práctica clínica. En el caso de Otto Kernberg, el desarrollo de una psicoterapia especializada para el tratamiento de los pacientes con OLP, la psicoterapia focalizada en la transferencia o TFP (Yeomans y cols., 2015; Clarkin y cols., 2018b, 2021; Kernberg, 2016a, 2021), con evidencia científica de eficacia (Clarkin y cols., 2007; Döering y cols., 2010; Buchheim y cols., 2017), así como un método específico de evaluación diferencial de la patología borderline: la Entrevista Diagnóstica Estructural (Kernberg, 1981, Stern, 2018).

La teoría de la personalidad de Kernberg ha tenido desarrollos posteriores realizados por el propio autor y su grupo del Personality Disorders Institute de Nueva York (Lenzenweger, 2001; Clarkin y cols., 2004; 2006, 2007, 2016, 2018b, 2019; 2021; Hörz y cols., 2009, 2012; Hörz-Sagstetter, 2018a, 2018b, 2021a, 2021b; Stern y cols., 2010, 2018; Yeomans y cols., 2015, 2017); y por otros autores de la International Society of Transference Focused Psychotherapy (Preti, 2011; Preti y cols., 2012; Döering y cols., 2013; Esguevillas 2017, Esguevillas y cols., 2017; Fertuck, 2018; Preti y cols., 2018; Ferrer y cols., 2018; Di Pierro y cols., 2020; Buchheim y cols., 2021, entre otros). Algunos de dichos desarrollos han ido en la línea de realizar estudios que proporcionasen apoyo empírico a su teoría de la personalidad y de desarrollar instrumentos diagnósticos con evidencias de validez y fiabilidad que permitan diagnosticar la OLP. De forma más precisa, los pacientes que dentro de la clasificación diagnóstica de Kernberg se corresponden de forma aproximada con los pacientes clasificados en el Clúster B según el Manual DSM. Por tanto, dichos instrumentos diagnósticos están basados en la teoría estructural de la personalidad de Kernberg, combinan los enfoques categorial y dimensional de los TP y se comentarán en detalle en el punto 1.5.4.1. Instrumentos de evaluación desarrollados desde el modelo de Kernberg (pág. 64) de la presente tesis doctoral.

Asimismo, el modelo de Kernberg está en línea con formulaciones más recientes que sugieren un modelo integrativo de la personalidad y los TP, que incorpora conceptos psicoanalíticos y considera que las variantes clínicas de los TP tienen en común unidades básicas de experiencia fragmentadas en el área no consciente de la mente (o relaciones de objeto parciales). Las capacidades mentales (el pensamiento, la motivación o la emoción), se autoorganizan en subsistemas de la personalidad, por ejemplo, el sentido del yo, la identidad, el carácter o los valores morales. En sus extremos polarizados, dichos subsistemas resultan poco adaptativos en distintos grados, según su severidad. El TP surge como una maniobra compensatoria no consciente de la mente fragmentada para organizarse a través de una imagen del sí mismo defensiva (por ejemplo, narcisista, esquizoide, antisocial, etc.) (Svrakic y cols., 2019).

Diversos autores han dado apoyo teórico a las dimensiones psicopatológicas propuestas por Kernberg como centrales en el diagnóstico de los TP como son la Identidad (Berenson y cols., 2018; Clarkin y cols., 2018b; De Meulemeester y cols., 2021; entre otros autores) y los Mecanismos de Defensa (Clarkin y cols., 2007; Di Giuseppe y cols., 2020; Dammann y cols., 2020; Casale y cols., 2020; entre otros autores). También a las Relaciones de Objeto, entendidas estas, en parte, como las relaciones interpersonales entre el sí mismo y los demás (Beeney y cols., 2018; Berenson y cols., 2018; Navarro-Gómez y cols., 2017; Vansteelandt y cols., 2020; Smith y cols., 2020; entre otros autores). Además, como ya se ha comentado, la evaluación de la Identidad y las Relaciones están incorporadas en el MATP del Manual DSM-5 (APA, 2013) como elementos centrales en el impacto en el nivel de funcionamiento personal (Criterio A), es decir, las alteraciones en el sentido del self y de la relación interpersonal (Miano y cols., 2020) enfatizando la importancia de su evaluación en el diagnóstico de los TP.

## **1.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

En el presente apartado, en primer lugar, se definirán algunos conceptos relacionados con el proceso de validación de los instrumentos de evaluación de los TP, que como veremos, son algunas de las características que en el área de la medición psicológica se consideran fundamentales: sus propiedades psicométricas, como son su validez y su fiabilidad. Seguidamente, se relacionarán algunos de los principales instrumentos de evaluación de los TP desarrollados desde los distintos modelos teóricos definidos anteriormente (el categorial, el dimensional y el híbrido). Nos centraremos especialmente en los instrumentos dimensionales e híbridos, en particular, en los desarrollados desde el modelo de Kernberg y sus propiedades psicométricas, por el interés que estos tienen para la presente tesis doctoral.

A continuación, se describen los conceptos de validez y fiabilidad relativos a los instrumentos de medición de la personalidad por su relevancia para el presente estudio, dado que el objetivo principal es adaptar y obtener evidencias de validez y



evaluar la confiabilidad (consistencia interna) del instrumento STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano.

### **1.5.1. Los conceptos de validez y fiabilidad**

Para diagnosticar adecuadamente la personalidad patológica, es condición necesaria que las mediciones numéricas de la personalidad estén ancladas en algún proceso de validación para alcanzar una comprensión teórica de dicha medición (Corr y cols., 2020). De ahí que sea fundamental que las pruebas psicométricas de evaluación de la personalidad estén fundamentadas en un modelo teórico de referencia y estén adecuadamente adaptadas y validadas.

La validación de un instrumento de medición psicológico es el proceso de aportar evidencias de que las evaluaciones realizadas mediante el instrumento cumplen adecuada y apropiadamente los objetivos para los que se elaboró (Sireci y Padilla, 2014; Arias y Sireci, 2021). En el proceso de validación de un instrumento de medición, se evalúan sus propiedades psicométricas de validez y de fiabilidad, que se definen a continuación.

#### Validez:

El concepto de validez ha evolucionado notablemente a lo largo del tiempo. En la actualidad se refiere al grado en que la evidencia teórica y empírica apoyan la interpretación de las puntuaciones obtenidas a partir de una prueba utilizada para un fin determinado (Arias y Sireci, 2021).

Los Standards for Educational and Psychological Testing desarrollados por la American Educational Research Association (AERA), la American Psychological Association (APA) y el National Council on Measurement in Education (NCME) aportan una nueva perspectiva de cómo evaluar la validez de una prueba, definiendo la validación como un proceso por el cual se generan diversas evidencias que sustentan las inferencias realizadas para el uso e interpretación de los instrumentos de medida (AERA, APA, NCME, 2014/2018). Por tanto, lo que se

evalúa son las interpretaciones de los puntajes de la prueba para los usos propuestos, no la prueba propiamente dicha.

Asimismo, los Standards for Educational and Psychological Testing (AERA, APA, NCME, 2014/2018) describen cinco fuentes de evidencia que podrían utilizarse en la evaluación de la validez de una interpretación propuesta de las puntuaciones de una prueba para un uso particular. Estas cinco fuentes de evidencia de validez son: la evidencia de validez basada en el contenido de la prueba, la evidencia de validez basada en los procesos de respuesta, la evidencia de validez basada en la estructura interna de la prueba, la evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables y la evidencia de validez basada en las consecuencias derivadas del uso para el que se proponen (Arias y Sireci, 2021).

La evidencia de validez basada en el contenido de la prueba (o evidencia de validez de contenido) se utiliza para evaluar el grado en que el contenido de la prueba es consistente con el propósito de la prueba y representa suficientemente los conocimientos, las competencias, o las habilidades que se desean medir. La evidencia de contenido es generalmente recolectada a través de expertos en el área de evaluación con el fin de evaluar los ítems y calificarlos con respecto a su relevancia con el dominio que se quiere evaluar (Zapata-Ospina y García-Valencia, 2020; Arias y Siresci, 2021) y utilizando, también, procedimientos formalizados y estadísticos (Boateng y cols., 2018, Medrano y cols., 2021). La evidencia de validez de contenido debe garantizar que la definición del contenido y los dominios evaluados sean apropiados para el propósito de la prueba y que los ítems representen suficientemente el dominio evaluado (Arias y Siresci, 2021).

La evidencia de validez basada en los procesos de respuesta de la prueba incluye aspectos relacionados con la forma en que las personas evaluadas interactúan con una prueba. Específicamente, se necesitan evidencias empíricas para confirmar que las personas evaluadas movilizan los procesos cognitivos previstos al responder a los ítems. La evidencia de validez de los procesos de respuesta es particularmente importante para las pruebas que pretenden medir las habilidades de pensamiento de alto nivel (Arias y Siresci, 2021).



La evidencia de validez basada en la estructura interna de la prueba (o evidencia de validez estructural) incluye varias áreas técnicas para evaluar la calidad de las puntuaciones de las pruebas y puede incluir desde la evaluación de la precisión y confiabilidad de esta, hasta su dimensionalidad observada, la cual podría utilizarse para evaluar si los datos son consistentes con la teoría que respalda el constructo y las puntuaciones de la prueba. Si un análisis factorial (confirmatorio o exploratorio) determinara que los ítems que miden cada uno de estos dominios forman dimensiones distintas (factores), entonces se sustentaría la teoría que respalda la prueba (Arias y Siresci, 2021). Se recomienda que cuando se aplican modelos de análisis factorial, se verifiquen los índices de bondad de ajuste para sustentar la solución obtenida y obtener resultados robustos. Por tanto, para evaluar la evidencia de validez basada en la estructura interna de un instrumento, es necesario testar, entre otros aspectos, si los datos se ajustan al modelo teórico planteado analizando su estructura interna y evaluando su ajuste (Rojas-Torres, 2020). Para ello se utilizan diversos índices de ajuste, como son, entre otros: la razón de verosimilitud ( $\chi^2$ ) (Buse, 1982; Deeks, 2004), el Comparative Fit Index (CFI) (Bentler, 1990), el Tucker-Lewis Index (TLI) (Tucker-Lewis, 1973), el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) (Steiger y Lind, 1980) y el Standardized root mean square residual (SRMR) (Bentler, 1995; Hu y Bentler, 1999). Para interpretar los índices mencionados, se consideran aceptables los siguientes límites: CFI>0.90; TLI>0.90; RMSEA<0.08 y SRMR<0.08, con un valor  $\chi^2$  no significativo (los índices y sus criterios de interpretación pueden consultarse en detalle en el apartado 5.3.4.4. Evaluación del ajuste del modelo, pág. 142, de la presente tesis doctoral).

La evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables (o evidencia de validez concurrente), hace referencia a la evidencia obtenida de los estudios que analizan las puntuaciones de las pruebas y su relación con otras variables relacionadas con el constructo de interés. Por lo general, estos estudios utilizan técnicas de regresión o correlación para examinar las relaciones de prueba-criterio (Arias y Siresci, 2021).

La evidencia de validez basada en las consecuencias de las pruebas se refiere al análisis de las repercusiones de las pruebas en las personas y en la sociedad. Por lo tanto, la evaluación de las consecuencias de una prueba consiste en determinar en parte si los resultados de una prueba satisfacen su propósito y, al mismo tiempo, que no tengan ningún efecto negativo. Entre los métodos para obtener evidencias de validez basadas en las consecuencias de las pruebas se incluyen encuestas a las personas implicadas en el proceso de evaluación (Arias y Siresci, 2021).

### Fiabilidad:

En general, hay cuatro tipos de fiabilidad, cada una de las cuales puede estimarse comparando diferentes conjuntos de resultados producidos por el mismo método, que son: fiabilidad test-retest, fiabilidad entre evaluadores, fiabilidad entre distintas formas de un test diseñadas para ser equivalentes y confiabilidad de un instrumento evaluada a través de la consistencia interna de los ítems individuales de un mismo test en una muestra concreta (Middleton, 2023). A continuación, se definen tres de los distintos tipos de fiabilidad mencionados: fiabilidad test-retest, fiabilidad entre evaluadores y confiabilidad (consistencia interna) (Middleton, 2023).

Mediante la fiabilidad test-retest, se mide la coherencia de los resultados cuando se repite la misma prueba en la misma muestra, en un momento diferente. Se utiliza cuando se mide algo que se espera que permanezca constante en la muestra, para evaluar en qué medida un instrumento de evaluación resiste variables que pueden influir en los resultados en distintos momentos. Cuanto menor sea la diferencia entre las dos series de resultados, mayor será la fiabilidad test-retest. Para medir la fiabilidad test-retest se aplica el mismo instrumento al mismo grupo de personas en dos momentos diferentes. A continuación, se calcula la correlación entre los dos conjuntos de resultados mediante distintos coeficientes, según sea conveniente por el tipo de variables estudiadas. La correlación reflejará la fortaleza y/o la dirección de la relación entre las variables estudiadas. La dirección de la relación puede ser positiva (las variables cambian en la misma dirección), negativa (las variables cambian en direcciones opuestas) o tener un valor de cero (no hay relación entre las variables) (Middleton, 2023).

La fiabilidad entre evaluadores mide el grado de acuerdo entre distintas personas que observan o evalúan lo mismo. Se utiliza cuando los investigadores recogen datos asignando calificaciones, puntuaciones o categorías a una o más variables, y puede ayudar a mitigar el sesgo del observador. Para medir la fiabilidad entre evaluadores, distintos investigadores realizan la misma medición u observación en la misma muestra. A continuación, se calcula la correlación entre sus diferentes conjuntos de resultados. Si todos los investigadores obtienen puntuaciones similares, la prueba tiene una alta fiabilidad entre los evaluadores (Middleton, 2023).

El término confiabilidad se ha utilizado de varias formas en la bibliografía de medición (AERA, APA, NCME, 2014/2018). Los Standards (AERA, APA, NCME, 2014/2018) definen una prueba, en términos generales, como un conjunto de tareas o estímulos diseñado para suscitar respuestas que proporcionen una muestra del comportamiento o desempeño de un individuo examinado en un dominio especificado. La prueba está acompañada por un procedimiento de calificación que permite al evaluador evaluar las muestras de comportamiento o trabajo y generar un puntaje. Al interpretar y utilizar puntajes de prueba es importante tener alguna indicación de su confiabilidad (AERA, APA, NCME, 2014/2018).

Confiabilidad puede referirse a la consistencia interna de los ítems individuales del instrumento evaluado, la cual puede definirse como el grado de correlación y coherencia que existe entre los ítems de este o entre los ítems que conforman una dimensión en los instrumentos multidimensionales. A través de esta propiedad, se evalúa si los ítems que miden una misma dimensión presentan homogeneidad entre ellos. Por tanto, evaluando la confiabilidad (consistencia interna), comprobamos si los ítems de un instrumento miden el mismo constructo o una única dimensión teórica de un constructo latente. Cuando los datos tienen una estructura multidimensional, el valor de la consistencia interna será bajo. Es decir, no se observará una consistencia en las puntuaciones que forman el constructo teórico que se desea medir (Frías-Navarro y Pascual-Soler, 2022). La consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento se puede estimar mediante diversos coeficientes, como son, el coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ; Cronbach, 1951) o también con el Omega de McDonald ( $\omega$  total; McDonald, 1999; Werts y cols., 1974), entre otros coeficientes. El Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) es el coeficiente más conocido y

aplicado en la literatura psicológica y en las publicaciones de las Ciencias Sociales y de la Salud hasta el momento, para medir la confiabilidad de la consistencia interna de los ítems que forman la puntuación total de un instrumento de medida (Frías-Navarro, 2022), es decir, el grado en que todos los ítems de la prueba covarían entre sí (Middleton, 2023). El resultado de dicho coeficiente da un valor que oscila entre 0 y 1, indicando mayor consistencia interna cuando los valores  $\alpha$  son cercanos a 1. Se consideran aceptables los valores  $\alpha$  de 0.07 a 0.80, y superiores a 0.80 se consideran altamente confiables (Nunnally y Bernstein, 1994). Sin embargo, el coeficiente Omega ( $\omega$ ) se utiliza cada vez más porque es más robusto y también cuando no se cumplen los supuestos estadísticos para el uso del Alfa de Cronbach (Viladrich y cols., 2017); y sus valores se consideran aceptables a partir de 0.7 (George y Mallery, 2003; Hair y cols., 2010).

Por tanto, como se ha descrito, la evaluación diagnóstica de los TP es un proceso que precisa del uso de instrumentos de medición psicológica con adecuadas propiedades psicométricas. Además, es un proceso complejo que requiere de un diseño previo en el que, entre otros aspectos, se seleccionen los instrumentos de evaluación a utilizar (Torres-Soto, 2018). Aunque existe una falta de consenso en el uso de los instrumentos para evaluar los TP, en parte, por las dificultades conceptuales y diagnósticas de estos, en general, los investigadores de la personalidad se preocupan especialmente por el significado de las mediciones de la personalidad, sea cual sea la escala o el instrumento concreto (Corr y cols., 2020). Y hay acuerdo entre clínicos e investigadores en la necesidad de realizar un buen diagnóstico de la personalidad y un empleo adecuado de cada uno de los instrumentos de evaluación (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022).

A pesar de la comentada falta de consenso en el uso de los instrumentos para evaluar los TP, podemos tomar como referencia para orientarnos en dicha evaluación las recomendaciones de las publicaciones que constituyen la referencia actual en el ámbito de la evaluación de la personalidad, que se comentan a continuación.

El Manual DSM-5 (APA, 2013) especifica que un adecuado diagnóstico del TP ha de realizarse teniendo en cuenta aspectos tales como el diagnóstico diferencial y la

comorbilidad con otros trastornos; ha de evaluar los patrones de funcionamiento de la persona y la estabilidad de los rasgos en el tiempo y en distintos contextos. También debe obtener información de distintas fuentes y usar distintos instrumentos de evaluación (APA, 2013). En su Sección 2, el Manual propone una valoración de los TP basada en conductas, lo que supone que el clínico ha de buscar información mediante informadores externos y otros documentos, como la historia clínica. Para complementar la información, se recomienda el uso de las entrevistas estructuradas, tales como la Structured Clinical Interview for Personality Disorders Axis II (SCID-II) (First y cols., 1997) y el International Personality Disorders Examination CIE-10 (IPDE) (Loranger, 1995). En la Sección 3 del Manual, se propone un modelo híbrido categorial y dimensional para el diagnóstico de los TP. El modelo categorial define los TP dicotómicamente, según un número mínimo de criterios (umbral) de un listado (politéticos). El modelo dimensional tiene como principal objetivo, medir las diferencias cuantitativas de un mismo trastorno (rasgos), tratando de ordenar los síntomas según distintos grados de intensidad. Los rasgos se evalúan con autoinformes diseñados siguiendo el modelo descrito, como es el PID-5 (Krueger y cols., 2012), el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- Restructured Form (MMPI-2-RF, Ben-Porath y Tellegen, 2012) o el Inventario Clínico Mutiaxial de Millon, (MCMI-III, Millon y Davis, 1997). Para evaluar el nivel de funcionamiento de la personalidad del Criterio A del DSM 5 (APA, 2013), es decir, las dificultades en el funcionamiento personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad), desde dicho manual se sugiere el uso del Level of Personality Functioning Scale (LPFS) (Morey, 2017). Algunos estudios recientes aportan evidencia respecto a que el LPFS es un buen predictor del funcionamiento personal, mostrando una buena validez concurrente con el Criterio A (Kampe y cols., 2018; Pincus y cols., 2020; Buer y cols., 2020), en el sentido de que las puntuaciones en el LPFS distinguen de forma fiable a los sujetos que tienen un diagnóstico de trastorno de la personalidad de aquellos que no lo tienen (Morey y cols., 2013; Hopwood y cols., 2015). Por tanto, el manual DSM-5 en su MATP propone el uso de tres instrumentos distintos para realizar la evaluación de TP: en su sección 2, para el perfil categorial, la SCID-II (First y cols., 1997). Y dos instrumentos más en su sección 3 para el perfil dimensional: el PID-5 (Krueger y cols., 2012) para los rasgos (Criterio B) y el LPFS (Morey, 2017) para evaluar el

nivel de funcionamiento personal (Criterio A de severidad; Morey, 2017) (APA, 2013).

La última Guía de la Práctica Clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) recomienda el uso de instrumentos estandarizados de medida para conseguir un diagnóstico fiable, tales como entrevistas y autoinformes con buenas propiedades psicométricas y utilidad clínica, que complementen la evaluación clínica (Guía de Práctica Clínica sobre el TLP, Fórum de Salud mental y Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, AIAQS, 2011). Existen procedimientos de evaluación generales y específicos de TP y de TLP. Respecto a los generales, uno de ellos es la entrevista clínica tradicional en la que el clínico recoge información general sobre el paciente (historia psiquiátrica y médica general); la historia psicosocial, la exploración de abusos y de posibles maltratos o negligencias; la exploración psicopatológica; la exploración neuropsicológica, si se requiere, y la valoración de factores de riesgo, así como las exploraciones complementarias pertinentes (GPCTLP FORUM Salud Mental y AIAQS, 2011). Por tanto, como el DSM-5 (APA, 2013), la GPCTLP también recomienda el uso de distintos tipos de instrumentos de evaluación, como son las entrevistas y los autoinformes, así como otros que permitan evaluar el funcionamiento personal en distintos contextos.

En esta introducción nos centraremos en aquellos instrumentos de evaluación específicos de TP, de TLP y de OLP. Éstos son de tres tipos: entrevistas semiestructuradas, cuestionarios auto aplicados (o autoinformes) y escalas, todos ellos fundamentados, bien en el modelo categorial, bien en el modelo dimensional o bien en el modelo híbrido, y que han mostrado adecuadas propiedades psicométricas.

### **1.5.2. Instrumentos basados en el Modelo categorial**

En las últimas décadas se han desarrollado un gran número de instrumentos para el diagnóstico categorial de los TP en forma de entrevistas semiestructuradas, escalas y autoinformes, los cuales forman parte, en su mayoría, de las tradiciones



biológicas. El objetivo de este apartado es proporcionar una síntesis general sobre algunos de los instrumentos disponibles para evaluar los TP categóricamente concebidos, enumerados en el DSM-5 (APA, 2013). Aunque casi todas las medidas se desarrollaron antes de la publicación del DSM-5, por lo que nos referiremos a estas ediciones anteriores del Manual DSM (Furnham y cols., 2014).

A continuación, se describen los instrumentos adaptados en castellano y más utilizados por los profesionales en nuestro contexto, tanto en la clínica como en la investigación.

#### Entrevistas Semi estructuradas para TP:

- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-eje II, -SCID-II-, del Manual DSM-IV (APA, 2000) (First y cols, 1997, adaptación en castellano, Gómez-Beneyto, 1994). Este instrumento es el utilizado como gold standard para el diagnóstico de TP en la presente tesis doctoral, por lo que se describirá en el apartado 5.2. Instrumentos, pág. 129).
- International Personality Disorders Examination para la CIE-10, del Manual Personality Disorder Examination -IPDE- (Loranger, 1995; adaptación en castellano, López-Ibor y cols., 1996).

En ambas entrevistas se operativizan las respuestas del sujeto para evaluar la presencia o ausencia de criterios diagnósticos de los distintos TP, puntuando cada criterio diagnóstico de TP como ausente, como subclínico, o como patológico. Ambos son, también, dos de los instrumentos más utilizados en los estudios de TP y comorbilidad con otros trastornos mentales (Pérez-Leiva y Jiménez, 2022).

#### Entrevistas semiestructuradas para TLP:

- Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada, -DIB-R-, (Zanarini y cols., 1987; adaptación en castellano por Barrachina y cols., 2004), más usada en nuestro contexto y la “Escala de Zanarini para la evaluación del Trastorno Límite”, -ZAN-BDP-, (Zanarini y cols., 2003). La DIB-R basada en los criterios del Manual DSM, evalúa la presencia de síntomas típicos del

TLP limitando la exploración a los 2 años previos de la vida del sujeto evaluado, en 5 ámbitos distintos: adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, cognición y relaciones interpersonales.

### Los autoinformes:

Hay autoinformes dirigidos a valorar presencia de TP en general, y específicos, orientados a valorar la presencia de algún TP en particular.

Entre los cuestionarios generales para evaluar TP más ampliamente utilizados, están los siguientes:

- Inventario Clínico Mutiaxial de Millon, -MCMI-III-, (Millon y Davis, 1997; adaptación en castellano, Cardenal y Sánchez, 2007). Evalúa los síndromes clínicos del Eje I y los TP del Eje II del DSM-IV. Consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso). Es uno de los instrumentos más usados en los estudios de comorbilidad de TP y otros trastornos mentales (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022).
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- Restructured Form, -MMPI-2-RF-, (Ben-Porath y Tellegen, 2008/2012; adaptación en castellano, Santamaría, 2009). Es un autoinforme de 338 ítems que recoge las 5 dimensiones patológicas de personalidad del DSM-5. Consta de 50 escalas. Es un instrumento ampliamente utilizado en el contexto clínico y forense de adultos por las escalas de sinceridad incluidas.
- Cuestionario Diagnóstico de la Personalidad-4+, -PDQ-4+-, (Hyler, 1994; adaptación en castellano, Calvo, 2002). El PDQ-4+ es un autoinforme de 99 ítems diseñado para evaluar los doce TP del Eje II del DSM-IV (diez TP específicos incluidos en el Eje II y dos del Apéndice B de diagnósticos pendientes de estudio). Cada ítem se corresponde con un criterio diagnóstico y los ítems están ordenados de forma aleatoria (Calvo y cols., 2002). Es uno de los instrumentos más usados en los estudios centrados en evaluar TP (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022).



Entre los cuestionarios específicos para evaluar síntomas de TLP, están los siguientes:

- Listado de Síntomas Límite-23, -BSL-23- (Bohus y cols., 2009, adaptación en castellano, Soler y cols., 2013). El BSL-23 es una escala de autoevaluación de la sintomatología del TLP de 23 ítems, de acuerdo con el DSM-IV (Soler y cols., 2013).
- Listado de Síntomas Límite, BPD Checklist (Bloo y cols., 2017, adaptación en castellano, Calvo y cols., 2018). Es una escala de autoevaluación de 47 ítems diseñada para evaluar la carga de síntomas de TLP según los criterios DSM-IV/5 (Calvo y cols., 2018).

Entre las escalas para evaluar severidad y cambio en el TLP está la siguiente:

- Escala de Impresión clínica global para el TLP -ICG-TLP- (Guy, 1976, adaptación en castellano, Pérez y cols., 2007). Este instrumento es una adaptación de la escala de impresión clínica global (ICG) diseñada para evaluar la severidad y los cambios posteriores a la intervención en pacientes con TLP. Contiene 10 ítems que puntúan los nueve dominios psicopatológicos relevantes de TLP (Abandono, Relaciones inestables, Identidad, Impulsividad, Suicidio, Inestabilidad afectiva, Vacío, Ira e Ideación paranoide), más un puntaje global adicional. Evalúa la gravedad actual, y el cambio.

En general, los autoinformes y las escalas son más prácticos y ágiles en la práctica clínica que las entrevistas, siendo los primeros breves y auto aplicados y las segundas más cortas y hetero aplicadas (permiten economizar tiempo). Las entrevistas son más largas y hetero aplicadas también, requiriendo de un mayor tiempo de administración. Sin embargo, tanto los autoinformes como las entrevistas pueden tener fuentes de distorsión, ya que los autoinformes podrían ser susceptibles de manipulación por parte del sujeto evaluado y las entrevistas, en general, suelen carecer de baremos estandarizados y dependen de las variaciones entre los entrevistadores (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022). Por ello algunos

autores recomiendan la aplicación de los autoinformes como cribaje y a continuación realizar una entrevista semiestructurada que permita la confirmación o descarte de los rasgos o dimensiones aportadas por el autoinforme (Champel, 2018).

Como limitaciones más importantes de los instrumentos categoriales más comúnmente utilizados en la práctica clínica para diagnosticar de TP, algunos autores señalan que han mostrado su limitada utilidad clínica, no estando el modelo teórico en el que se basa su construcción apoyado en la evidencia científica sino sólo en la opinión de expertos (Tyrer, 2017). Se menciona la falta de evidencia que dé apoyo a la hipótesis de que los TP son categóricos y son diez y la baja validez y fiabilidad en los diagnósticos entre profesionales mediante la SCID-II (First y cols, 1997), y la IPDE (Loranger, 1995) (Torres-Soto, 2018). Además, se sugiere que la elevada comorbilidad diagnóstica muestra la arbitrariedad de los límites de cada categoría (Gamba y cols., 2020) y la heterogeneidad dentro de cada subtipo de TP y del TLP en particular (Storebo y cols., 2021), lo que complica tanto el diagnóstico, como la investigación, y el tratamiento de los TP (Widiger, 2018).

### **1.5.3. Instrumentos basados en el Modelo dimensional**

Los modelos dimensionales, que se han comentado en la introducción de la presente tesis doctoral, han dado lugar a una larga tradición en el desarrollo de instrumentos basados en los mismos para medir las dimensiones-rasgos identificados en cada modelo teórico. En el presente apartado, se mencionan algunos de los instrumentos más relevantes pertenecientes a dichos modelos. En la actualidad, para evaluar los rasgos de la personalidad, el Manual DSM-5 (APA, 2013), propone el PID-5 (Krueger y cols., 2012; validación en castellano, Gutiérrez y cols., 2017). Este instrumento se basa en el modelo de los Cinco Grandes Factores (Costa y McCrae, 1992). Por tanto, y dado que el PID-5 es uno de los instrumentos utilizados en la presente tesis doctoral, en el presente apartado nos centraremos principalmente en su descripción, así como en resumir los resultados del estudio de adaptación y validación al castellano del mismo. Además, se

sintetizarán algunos de los estudios que han mostrado que el PID-5 tiene utilidad en el ámbito clínico.

Respecto a los instrumentos para medir las dimensiones psicopatológicas de los modelos dimensionales, algunos de ellos son los siguientes:

- El Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck, 1975): adaptado a distintos idiomas, entre otros al castellano, dispone de una versión revisada, que es la más utilizada en la actualidad y de una versión revisada breve (Colledani y cols., 2018). Es un autoinforme que en su versión original consta de 90 ítems. Evalúa las tres dimensiones básicas de la personalidad según el modelo de Eysenck, que son: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo - o Dureza-. Cuenta también con una escala de sinceridad.
- El Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ, Zuckerman y cols., 1993) cuenta con distintas versiones, adaptaciones a distintos idiomas y uso en poblaciones y contextos diferentes. En nuestro contexto contamos con la adaptación al castellano de su versión abreviada (ZKA-PQ/ SF, Aluja y cols., 2018). Es un autoinforme de 220 ítems que evalúa la dimensión fundamental de la personalidad de Zuckerman (Búsqueda de Sensaciones) y sus subdimensiones: Búsqueda de aventura y de riesgo, Búsqueda de experiencias, Desinhibición y Susceptibilidad al aburrimiento.
- El Temperament and Character Inventory (TCI, Cloninger, 1993) del que se ha desarrollado una versión revisada y adaptaciones a distintos idiomas. El instrumento dispone de una versión abreviada en castellano (TCI-R-140) (Gutiérrez-Zotes y cols., 2015) y se sigue utilizando en diversos estudios para establecer las diferencias en temperamento y carácter en distintos grupos de pacientes (Kim y cols., 2022). Es un autoinforme cuya versión original tiene 240 ítems, evalúa siete dimensiones de rasgos de la personalidad: las dimensiones temperamentales (Evitación del daño, Búsqueda de novedad, Dependencia de la recompensa y Persistencia) y las de Carácter (Autodirección, Cooperación y Autotrascendencia).

- El Sixteen Personality Factor Questionnaire (16-PF, Cattell y Mead, 1949; 2008) que se ha adaptado a distintos idiomas. Es un autoinforme de 185 ítems que evalúa personalidad mediante 16 factores bipolares de primer orden (Afectividad, Razonamiento, Estabilidad, Dominancia, Impulsividad, Conformidad grupal, Atrevimiento, Sensibilidad, Susplicacia, Imaginación, Astucia, Culpabilidad, Rebeldía, Autosuficiencia, Autocontrol y Tensión) y 5 factores de segundo orden o generales (Introversión, Ansiedad, Susceptibilidad, Dependencia y Autocontrol).
- El Personality Inventory revisado, o NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992, última revisión Costa y McCrae, 2008). Mediante sus 240 ítems, evalúa las 5 dimensiones principales o factores de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad) y los rasgos que definen cada una de estas dimensiones, que son: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad para el Neuroticismo; cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas para la Extraversión; fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores para la Apertura; confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia y sensibilidad para con los demás para la Amabilidad; y competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y deliberación para la Responsabilidad.
- Los Marcadores de los Big Five de Goldberg (Goldberg, 1992): mediante 100 adjetivos unipolares (que el autor considera marcadores de los Cinco Grandes Factores), se evalúan las dimensiones: Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad, Estabilidad Emocional e Intelecto.
- El Cuestionario Breve de Personalidad (CPB, Torreblanca, 2017). Es un autoinforme en castellano. Consta de 20 ítems. Evalúa los Cinco Grandes factores de personalidad y dos subdimensiones por cada factor. Para el factor 1, Sociabilidad y Saliencia; para el factor 2, Empatía y Calidez; para el factor 3, Rapidez y Orden, para el factor 4, Ansiedad y Depresión y para el factor 5, Apertura e Intelecto.

En relación con el PID-5 (Krueger y cols., 2012), se han llevado a cabo diversos estudios tanto para evaluar TP con este instrumento, como para adaptarlo a varios idiomas analizando sus propiedades psicométricas de validez y fiabilidad.

Seguidamente, se sintetizan los principales resultados de algunos de los estudios realizados con el PID-5 (Krueger y cols., 2012).

Al-Dajani y cols. (2016), en una revisión sistemática de 30 estudios, indican que el PID-5 mostró evidencias de validez y fiabilidad adecuadas, estructura factorial replicable y asociaciones con constructos clínicos característicos de los TP, como son otros instrumentos de evaluación de la personalidad y los problemas interpersonales, que son: el NEO PI-R, Costa y McCrae, 1992; el MMPI-2-RF, Ben Porath y Tellegen, 2008/2012; o el Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ) (Bastiaens y cols., 2016), entre otros. Los autores concluyen que las pruebas de la validez de constructo del PID-5 cumplen, en general los requisitos de los Estándares (American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education, 2014) (Al-Dajani y cols., 2016).

Entre los estudios que evaluaron los TP mediante el empleo de instrumentos, Pérez-Leiva y Jiménez (2022), en una revisión sistemática, los autores concluyen que el PID-5 fue uno de los dos instrumentos más utilizados especialmente en estudios de adaptación y validación de instrumentos de evaluación de los TP (Pérez-Leiva y Jiménez, 2022).

Respecto a los estudios de adaptación y validación del PID-5 cabe destacar los siguientes: la evaluación de la validez concurrente con el Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ) (Livesley y Larstone, 2008) en una muestra clínica (Bastiaens y cols., 2016); la evaluación de las propiedades psicométricas de la versión en castellano en muestras clínica y comunitaria (Gutiérrez y cols., 2017); el proceso de validación en población clínica colombiana, mediante la metodología del análisis factorial confirmatorio (AFC) en varios modelos de organización y a través de la validez concurrente con el Cuestionario de Creencias de Personalidad (versión breve) (PBQ-SF, Butler y cols.,

2007) (Ferrer y cols., 2019) y la adaptación argentina del PID-5 (Sánchez y cols., 2020). En todos los estudios el PID-5 también mostró buenas propiedades psicométricas mediante índices adecuados de consistencia interna y validez (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022).

En otra revisión sistemática sobre las características psicométricas de diferentes versiones del PID-5, se evaluaron 64 estudios (Barchi-Ferreira Bel y cols., 2020). Entre las principales conclusiones, los autores destacan que el autoinforme PID-5 obtuvo excelentes indicadores de consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente con diferentes instrumentos de personalidad y con otros constructos clínicos, así como validez discriminante, en diferentes culturas y contextos (Barchi-Ferreira Bel y cols., 2020).

Respecto a las propiedades psicométricas del PID-5 (Krueger y cols., 2012) en su versión en castellano, estas han sido estudiadas por Gutiérrez y cols. (2017). Estos autores realizaron un estudio con dos muestras, una clínica ( $n=446$  pacientes ambulatorios) y otra comunitaria ( $n=1036$  voluntarios estudiantes universitarios y sus familiares y conocidos). Los principales resultados mostraron que las 25 facetas del PID-5 tienen una adecuada consistencia interna, calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ; Cronbach, 1951), cuya media fue de 0.86 (rango: 0.76 a 0.95) en la muestra clínica y 0.79 (rango: 0.65 a 0.93) en la muestra comunitaria. Los dominios de orden superior obtuvieron coeficientes  $\alpha$  que oscilaron entre 0.88 y 0.95 (Gutiérrez y cols., 2017). Además, sus 25 facetas se evaluaron también mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) basado en la matriz de correlaciones policóricas, y de forma separada para la muestra clínica y la comunitaria, mostrando un mejor ajuste del modelo, el modelo de dos factores relacionados (clínico:  $\chi^2 = 25,82$ ,  $DF = 13$ ,  $p = 0,018$ ;  $TLI = 0,982$ ;  $PGFI = 0,457$ ;  $RMSEA = 0,047$ ; comunidad:  $\chi^2 = 150,66$ ,  $DF = 13$ ,  $p < .001$ ;  $TLI = .904$ ;  $PGFI = .446$ ;  $RMSEA = .101$ ) (Gutiérrez y cols., 2017). Las facetas del PID-5 fueron psicométricamente homogéneas. El PID-5 también mostró validez de criterio, evaluada examinando la su capacidad para puntuar de modo distinto a las muestras clínica y comunitaria, siendo la diferencia media entre las muestras de  $z = 0.81$  (es decir, casi 1 desviación estándar de diferencia) (Gutiérrez y cols., 2017). En todos



los casos, salvo en Grandiosidad, las puntuaciones fueron significativamente más elevadas en la muestra clínica.

Las facetas del PID -5 mostraron su unipolaridad, esto es, el polo superior de cada rasgo captó su extremo patológico, mientras que el polo inferior reflejó la normalidad, en lugar del extremo patológico opuesto. Sólo Grandiosidad funcionó al revés, acumulando más sujetos clínicos en el polo inferior (Gutiérrez y cols. 2017). Asimismo, en relación con su validez factorial, los análisis mostraron la estructura de 5 factores propuesta por Krueger y cols. (2012) y la estructura jerárquica del instrumento identificada por Wright y cols. (2012) (Gutiérrez y cols. 2017). Resumiendo, los estudios de validación indicaron que el PID-5 en castellano es en gran parte equivalente al original y puede usarse en poblaciones clínicas y comunitarias (Gutiérrez y cols., 2017).

La versión adaptada y validada al castellano del PID-5 (Gutiérrez y cols. 2017) se ha utilizado en diversos estudios en nuestro contexto para evaluar los TP, mostrando su utilidad clínica en el ámbito aplicado. A continuación, se resumen algunos de dichos estudios y sus principales resultados.

Torres-Soto y cols. (2019) en un estudio realizado con una muestra clínica (n=85) de pacientes de Hospital de Día con diagnóstico de TP, encontraron que el PID-5 se mostró útil para confirmar diagnósticos específicos (TLP), también para describir el perfil de rasgos y plantear las necesidades terapéuticas concretas tanto en TLP como en Trastorno de Personalidad No Especificado / Trastorno de Personalidad Mixto (Torres-Soto y cols., 2019).

Sirvent y cols, (2018) evaluaron la utilidad del PID-5 como medida de cambio para evaluar la evolución intra – tratamiento en una muestra clínica (n=282) de pacientes ambulatorios con diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas, de los cuales el 50% tenían también el diagnóstico de TP. Los resultados mostraron que hubo un grupo de facetas y dominios útiles en adicciones y TP Clúster B. Facetas como la impulsividad, la ansiedad, la labilidad emocional, la depresión, la anhedonia, la perversión y la grandiosidad y los dominios Afectividad negativa y Desinhibición, son nueve elementos clínicamente relevantes y de gran utilidad para

medir la evolución intra tratamiento en adicciones, siendo predictores de evolución intra tratamiento las facetas anhedonia, depresión, falsedad, irresponsabilidad y excentricidad (Sirvent y cols., 2018).

Para evaluar el funcionamiento personal, el Manual DSM-5 en su Sección 3, propone utilizar la Escala Level of Personality Functioning, LPFS (Morey y cols., 2017), la cual tiene como objetivo detectar alteraciones en el sentido del self y en el funcionamiento interpersonal (Bender y cols., 2018). El instrumento evalúa el nivel de funcionamiento del individuo en todos los dominios de identidad y autodirección y empatía e intimidad (es decir, funcionamiento interpersonal) a lo largo de un continuo de gravedad y deterioro, en una escala que va desde 0 (poco o ninguno) a 4 (extremo). Para diagnosticar TP es necesario que el sujeto tenga al menos un nivel determinado de dificultad en el funcionamiento en dos de las áreas evaluadas. El LPFS (Morey y cols., 2017) también permite obtener un indicador global del funcionamiento de la personalidad. No obstante, dicho sistema de clasificación ha recibido algunas críticas por suponer dificultades para determinar la gravedad de cada dominio, necesitando utilizar otros procedimientos de recogida de información respecto a severidad, como, por ejemplo, la ICG-TLP, (Torres-Soto, 2018).

Por tanto, y respecto a los instrumentos descritos, dada su reciente creación, son necesarios más estudios para valorar tanto sus ventajas como sus inconvenientes en relación con su utilidad clínica. En este sentido algunos autores han señalado que convendría realizar más estudios con muestras clínicas para mejorar su aplicación en la práctica clínica (Torres-Soto, 2018).

#### **1.5.4. Instrumentos basados en el Modelo híbrido**

Hasta la fecha, el desarrollo de instrumentos de evaluación de la personalidad desde el modelo híbrido ha sido escaso. Desde la teoría de Kernberg se han desarrollado algunos instrumentos de evaluación categorial y dimensional de los TP, que se describen a continuación.



#### 1.5.4.1. Instrumentos de evaluación desarrollados desde el modelo de Kernberg

Uno de los primeros intentos de diagnosticar la personalidad patológica mediante una entrevista semiestructurada se puede situar en la Entrevista Diagnóstica Estructural de Kernberg (1981). La Entrevista Diagnóstica Estructural es una entrevista semiestructurada cuyo objetivo es diagnosticar la estructura de la personalidad de los tres tipos de organización de la personalidad descritos en su modelo: la personalidad neurótica, la personalidad límite y la personalidad psicótica (Yeomans y cols., 2015). La entrevista explora los síntomas y los signos que presenta el paciente y las formas en que éstos se expresan en el aquí y ahora de la interacción con el entrevistador, realizando tanto una exploración psiquiátrica clásica como una entrevista psicoanalítica que explora en profundidad los tres componentes principales de la organización de la personalidad que diferenciarían, según el modelo de Kernberg, las tres organizaciones básicas anteriormente mencionadas: el grado de integración de la identidad (con integración o falta de percepciones precisas de uno mismo y de los demás y que en distinto grado, son comunes a todas las categorías de trastornos de la personalidad; Clarkin y cols., 2018b), las operaciones defensivas predominantes y el juicio de realidad, así como la evaluación de la gravedad o del impacto de dicha patología en el funcionamiento personal e interpersonal, lo que permitiría valorar también la severidad (Yeomans y cols., 2015).

La validez y la fiabilidad de las dimensiones clínicas subyacentes al modelo de Kernberg han sido evaluadas mediante diversos instrumentos basados en dicho modelo (Figura 3). Dichos instrumentos son: el Inventario de Organización de la Personalidad (IPO) (Clarkin y cols., 1995, última revisión en 2001) utilizado tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas, en los estudios realizados por Lenzenweger y cols., 2001; Ellison y Levy, 2012; Preti y cols., 2015; Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021a; Unoka y cols., 2022). La Structured Interview of Personality Organization (STIPO) (Clarkin y cols., 2007), usada en muestras clínicas (Stern y cols., 2010; Hörz y cols., 2009; Preti, 2011; Preti y cols., 2012; Döering y cols., 2010, Hörz y cols., 2012; Döering y cols., 2013; Esguevillas 2017; Esguevillas y cols., 2017; Ferrer y cols., 2018). Y la Structured Interview of Personality Organization Revised (STIPO-R) (Clarkin y cols., 2016), que es una

versión más breve y revisada de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) y que, actualmente, está en proceso de adaptación y validación a distintos idiomas (Clarkin y cols., 2019).

A continuación, se describe el Inventario de Organización de la Personalidad (IPO) (Clarkin y cols., 1995) y los estudios realizados en relación con sus propiedades psicométricas.

#### 1.5.4.1.1. Inventario de Organización de la Personalidad (IPO)

El Inventario de Organización de la Personalidad (IPO) es un autoinforme cuyo objetivo es sistematizar la Entrevista Diagnóstica Estructural de Kernberg (1981), evaluando tanto de forma cuantitativa como cualitativa la estructura de personalidad del paciente (Clarkin y cols., 1995, última revisión, Lenzenweger y cols., 2001). Existen varias versiones del instrumento que se han ido modificando y adaptando para mejorar su aplicabilidad. La primera versión en inglés (Clarkin y cols., 1995) tiene 155 ítems y mediante sus escalas, evalúa las dimensiones centrales en el modelo de organización de la personalidad de Kernberg que son: Difusión de la identidad, Defensas primitivas, y Prueba (o juicio) de realidad (dimensiones fundamentales para realizar diagnóstico diferencial de organización patológica de la personalidad). Y dos dimensiones más para valorar otros componentes de la personalidad, que son Relaciones de Objeto y Valores Morales (Clarkin y cols., 1995, Lenzenweger y cols., 2001). La versión original en inglés del instrumento (Clarkin y cols., 1995) tiene 83 ítems y la última versión revisada del instrumento tiene 57 ítems (Lenzenweger y cols., 2001). Todas las versiones del inventario incluyen escalas para evaluar las mencionadas dimensiones y ayudan a evaluar los comportamientos y rasgos psicológicos que reflejan las mismas, tanto en poblaciones clínicas como no clínicas (Lenzenweger y cols., 2001). Para puntuarla se utiliza una escala tipo Likert (1-5), donde a mayor puntuación, mayor patología (Lenzenweger y cols., 2001). Se ha adaptado a distintos idiomas, entre otros, al castellano (Cosentino, 2017), siendo su última versión abreviada, la alemana (Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub>).

Las escalas del IPO evalúan las dimensiones mencionadas y en cada una de ellas se examinan los siguientes aspectos (Clarkin y cols., 1995; Lenzeweger y cols., 2001):

- Identidad: se refiere a la evaluación de un concepto o sentido integrado del self y un concepto integrado de los otros significativos, evaluando cuestiones tales como la capacidad individual para implicarse en los estudios, en el trabajo o vida profesional y en el ocio.
- Defensas primitivas: evalúa las operaciones defensivas predominantes de tipo primitivo (como, por ejemplo, la escisión), entendidas estas como las formas psicológicas de afrontamiento de la ansiedad (Kernberg, 2016b).
- Prueba (o juicio) de realidad: evalúa la alteración del juicio de realidad mediante la identificación de presencia o ausencia de síntomas psicóticos transitorios (como, por ejemplo, la auto referencialidad).
- Relaciones de objeto: examina el impacto de las disfunciones en las relaciones personales (con uno mismo) e interpersonales (con los demás) en el funcionamiento personal e interpersonal.
- Valores morales: evalúa el funcionamiento moral, examinando la capacidad individual de sentir culpa y la adhesión a valores y normas sociales comunes en el comportamiento interpersonal.

Se han realizado estudios sobre las propiedades psicométricas de las escalas primarias del IPO, que evalúan la Prueba de realidad, las Defensas primitivas y la Difusión de la identidad (Clarkin y cols., 1995), tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas, en los estudios realizados por Lenzenweger y cols. (2001); Ellison y Levy (2012); Preti y cols. (2015); Cosentino (2017); Hörz-Sagstetter y cols. (2021); Unoka y cols. (2022). Estos estudios evaluaron, según el estudio, la confiabilidad (consistencia interna) del instrumento mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (Cronbach, 1951), la fiabilidad test-retest y/o la evidencia de validez basada en su estructura interna (o estructura factorial) mediante análisis factorial

exploratorio (AFE) y / o mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) (Middleton y cols., 2023). Asimismo, los estudios evaluaron la relación del IPO con otros instrumentos de medida de personalidad patológica.

A continuación, se resumen los principales resultados de dichos estudios.

Lenzenweger y cols., (2001), realizaron dos estudios de las propiedades psicométricas de las escalas clínicas primarias (Prueba de realidad, Defensas psicológicas primitivas y Difusión de la identidad) del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO) (Clarkin y cols., 1995). Ambos estudios se realizaron con muestras no clínicas formadas por estudiantes de grado de la Universidad de Cornell (Nueva York).

En el primer estudio ( $n=249$ , 163 mujeres y 86 hombres, con una edad media de 19,67 años ( $DE= 1,40$ )) los autores evaluaron la consistencia interna, la estructura interna y las relaciones entre el IPO y los afectos y la agresividad. Los instrumentos utilizados fueron el IPO (Clarkin y cols., 1995), el Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson y cols., 1988) para evaluar los afectos positivos y negativos, y el Buss-Durke Inventory for assessing hostility (Buss y Durke, 1957) para medir el nivel de control de la agresividad. Se obtuvo una consistencia interna adecuada para las tres escalas primarias del IPO (Defensas primitivas  $\alpha=.81$ ; Difusión de la Identidad  $\alpha=.88$ ; Prueba de realidad  $\alpha=.88$ ) según el criterio establecido por Nunnally y Bernstein (1994). El AFC apoyó una estructura bifactorial del IPO (con asociación entre las variables latentes en el modelo de dos factores de .69), concluyendo los autores, que las escalas Defensas primitivas y Difusión de la Identidad podrían considerarse una sola variable de gravedad de la estructura de la personalidad, mientras que la escala Prueba de realidad (escala de medida de fenómenos de tipo psicótico) discriminaría las organizaciones psicóticas de la personalidad de las organizaciones neuróticas y límite. Además, los afectos positivos correlacionaron negativamente con las Defensas ( $r = -.21$ ), la identidad ( $r = -.28$ ) y la Prueba de realidad ( $r = -.20$ ); los afectos negativos correlacionaron positivamente con las Defensas primitivas ( $r = .53$ ), con la Identidad ( $r = .56$ ), con la Prueba de realidad ( $r = .47$ ); también la irritabilidad (Defensas  $r = .53$ , identidad  $r = .57$ , Prueba de realidad  $r = .39$ ) y la violencia (defensas  $r = .32$ , identidad  $r = .26$ ,

prueba de realidad  $r = .25$ ) correlacionaron positivamente con las escalas del IPO ( $p$  valor  $< .001$ ) (Lenzenweger y cols., 2001).

En el segundo estudio ( $n=55$ , 6 hombres, 48 mujeres y 1 sujeto que no identificó su sexo, con una edad Media de 19,80 años ( $DE = 1,28$ )), los autores replicaron los resultados obtenidos en el primero en cuanto a la adecuada confiabilidad (consistencia interna) del IPO con las siguientes  $\alpha$  de Cronbach: Defensas primitivas  $\alpha=.81$ ; Difusión de la Identidad  $\alpha=.88$ ; Prueba de realidad  $\alpha=.87$ . Además, las inter-correlaciones de las puntuaciones totales de las escalas clínicas de la IPO fueron las siguientes: Defensas primitivas con Difusión de la identidad  $r = .83$ ; Defensas Primitivas con Prueba de la realidad  $r = .88$ ; Defensas Primitivas con Prueba de Realidad  $r = .76$ ; e Identidad con Prueba de realidad  $r = .73$  ( $p$  valor  $< .001$ ). También se evaluó la fiabilidad de la prueba, en cuanto a su estabilidad, mediante el procedimiento test-retest tras cuatro semanas de intervalo con resultados adecuados. Las correlaciones test-retest para cada una de las escalas del IPO fueron las siguientes: Prueba de Realidad ( $r = .73$ ), Difusión de la Identidad ( $r = .78$ ) y Defensas primitivas ( $r = 0,72$ ) con idénticas fiabilidades cuando se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (ICC) (Lenzenweger y cols., 2001).

Ellison y Levy (2012) evaluaron la estructura factorial del IPO en una muestra no clínica ( $n=1260$ ; edad Media de 18.9 años ( $DE =1.3$ ); con 880 hombres y 380 mujeres). Además del IPO, a los participantes se les administraron también otros instrumentos (autoinformes) para evaluar el Self, como son: el Self-Concept Clarity Scale (SCCS) (Campbell y cols., 1996), el Life Problems Inventory (LPI) (Rathus y Miller, 1995) y el Stability of Self Scale (SSS) (Rosenberg, 1965); el Defense Style Questionnaire-40 (Andrews y cols., 1993) y el Splitting Scale (Gerson, 1984) También se evaluó la regulación de los afectos y de las emociones mediante: (el Affect Lability Scales (ALS) (Harvey y cols., 1989), el Affect Intensity Measure (AIM) (Larsen y cols, 1986), el Difficulties in Emotion Regulation Scales (DERS) (Gratz y Roemer, 2004), el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Gross y John, 2003), el Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (Salovey y cols., 1995). Y, por último, para evaluar el comportamiento dañino para el Self se usó el Deliberate Self-Harm Inventory (Gratz, 2002) (Ellison y Levy, 2012). Los autores realizaron un AFE mediante el que identificaron un modelo de 4 factores como el más adecuado por

su mejor ajuste (CFI= .875; TLI= .980; RMSEA= .054;  $\chi^2(380, n=1260)= 1842$ ,  $p<.001$ ). El primer factor estaba relacionado con la Inestabilidad del Self y de las relaciones interpersonales, el segundo con la Inestabilidad de los objetivos, el tercero con las Experiencias psicóticas y el cuarto con los Comportamientos impulsivos e inestables. A continuación, realizaron un AFC usando también las variables medidas con los otros instrumentos relacionados con la concepción del Self, resultando que únicamente los primeros dos factores (Inestabilidad del Self e inestabilidad de objetivos) tuvieron una relación significativa con las medidas externas de coherencia del Self. Los resultados identificaron la relación entre la Inestabilidad del Self y las relaciones interpersonales y defensas inmaduras (o primitivas), intensidad de los afectos y dificultad en la regulación emocional. La correlación fue significativa entre Inestabilidad del comportamiento, el comportamiento de riesgo y autolesivo y la relación entre Inestabilidad de los objetivos y la represión y emotividad y la relación entre el factor Psicosis, las defensas inmaduras y el comportamiento de riesgo (Ellison y Levy, 2012).

Preti y cols., (2015) evaluaron las propiedades psicométricas de la versión en italiano del IPO en dos muestras, una no clínica ( $n=696$ ; edad Media de 36.51 años ( $DE =14.08$ ); 240 participantes fueron hombres y 408 mujeres, estando el dato género sin identificar en 48 sujetos)); y otra clínica ( $n=121$  pacientes ambulatorios y no ambulatorios, 53 hombres y 68 mujeres, edad Media de 37.22 años ( $DE = 10.54$ ) y con diagnóstico de TLP según el Manual DSM). Además del IPO, se administraron también los siguientes instrumentos a los participantes en el estudio: Índices de gravedad de los problemas de personalidad (SIPP-118; Verheul y cols., 2008; evalúa los componentes centrales del funcionamiento desadaptativo de la personalidad); Medida de evaluación de la respuesta 71 (REM-71; Steiner y cols., 2001; que evalúa 21 mecanismos de defensa); Borderline Personality Disorder Checklist (BPDCL; Arntz y cols., 2003, que evalúa síntomas TLP en el mes anterior a su administración según los criterios del Manual DSM); y el Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R; Derogatis, 1977, que evalúa síntomas psicológicos dentro de nueve dimensiones primarias de Índice de gravedad global (GSI)) (Preti y cols., 2015).



En el estudio de Preti y cols., (2015) se evaluó la estructura factorial del IPO con las dos muestras mediante un AFC, obteniendo que el modelo de 4 factores propuesto por Ellison y Levy (2012) (Inestabilidad del self / de los otros; Inestabilidad de los objetivos; Psicosis; Inestabilidad de la conducta) obtuvo índices de ajuste del modelo más adecuados (TLI=.92; CFI=.92; RMSEA=.03, obteniéndose  $\chi^2(2900, n=817)= 4484.5$ ). Se calculó la invariancia factorial del modelo de 4 factores mediante un AFC con toda la muestra. Se calcularon las invariancias de la medida a través de los grupos: la invariancia configuracional que obtuvo un buen ajuste (TLI=.92; CFI=.92; RMSEA=.03, obteniéndose  $\chi^2(2900, n=783)= 4484.5$ ); la invariancia métrica que obtuvo índices de ajuste adecuados (TLI=.93; CFI=.92; RMSEA=.03, obteniéndose  $\chi^2(2950, n=783)= 4457.7$ ;  $p<.01$ ); la invariancia de las covariancias entre factores latentes (TLI=.92; CFI=.92; RMSEA=.03, obteniéndose  $\chi^2(2956, n=783)= 4570.1$ ;  $p<.01$ ) (Preti y cols., 2015).

Se evaluó, asimismo la confiabilidad (consistencia interna) de las puntuaciones de la versión en italiano del IPO mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que para los 4 factores mostró valores adecuados, oscilando entre .72 y .91 (Media=.81) en la muestra comunitaria (rango: .25 y .57) y entre .80 y .93 (Media=.85) en la en la muestra clínica (rango: .29 y .68) (Preti y cols., 2015).

Se evaluó, también, la fiabilidad test-retest ( $n=53$  de la muestra comunitaria cumplimentó el IPO tras un mes), obteniéndose coeficientes de correlación intraclase elevados y significativos (Preti y cols., 2015).

Y por último se evaluó la validez convergente o contribución única de cada una de las 4 dimensiones del IPO en la predicción del funcionamiento de la personalidad medido a través del SIPP-118, del BPDCL, y las defensas inmaduras medidas a través del REM-71. Se obtuvo que, considerando los cinco factores de orden superior de la SIPP-118, los resultados fueron significativos en el incremento de la varianza explicada por las 4 dimensiones del IPO por encima del estado clínico, entre el 33% y el 40% ( $p= .001$ ). Respecto a los síntomas límite (BPDCL) el IPO dio lugar a un aumento significativo de la varianza explicada (18%,  $p=.001$ ). Y en relación con las defensas inmaduras (REM-71), hubo un incremento significativo

debido al IPO (32%,  $p=.001$ ). En particular, la dimensión del IPO Inestabilidad se asoció inversamente con las medidas SIPP-118 de funcionamiento de la personalidad, y especialmente con la Integración de la identidad, capacidades relacionales, autocontrol y concordancia social. La inestabilidad de los objetivos se asoció inversamente con la Responsabilidad. La inestabilidad del comportamiento mostró asociaciones negativas con Responsabilidad, Concordancia social y Autocontrol (Preti y cols., 2015).

Por tanto, en relación con la estructura factorial del IPO, los autores concluyeron que el modelo de 4 factores propuesto por Ellison y Levy (2012) mostró un ajuste relativamente mejor a los datos de Preti y cols. (2015) en ambas muestras (Preti y cols., 2015). Además, los resultados mostraron que las cuatro dimensiones fueron invariantes a través del estado clínico. Los autores concluyeron que los resultados relativos a las asociaciones del IPO con medidas externas apoyan la utilidad de una solución de 4 factores, mostrando que en una muestra comunitaria amplia y en una muestra clínica, el IPO es útil para medir la Inestabilidad de uno mismo y de los demás, Inestabilidad de objetivos, Inestabilidad de conductas y Psicosis (Preti y cols., 2015).

Cosentino (2017) realizó tres estudios que formaron parte de la adaptación y validación al castellano del IPO (IPO-Es) (Cosentino, 2017).

El primer estudio fue realizado con una muestra no clínica de estudiantes de la Facultad de psicología Blanquerna – Universitat Ramon Llull (Barcelona) ( $n=181$ , formada por 62 hombres, 118 mujeres y 1 sujeto que no especificó su sexo, con una media de edad de 23,66 años ( $DE = 7.80$ )). Además del IPO se administraron a la muestra tres instrumentos más: el Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson y cols., 1988) para evaluar los afectos positivos y negativos; el Cuestionario de Agresión (AQ, Buss y Perry, 1992) para medir el nivel de control de la agresividad y el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45: forma abreviada del SCL-90; Davison y cols., 1997). El objetivo fue evaluar las propiedades psicométricas preliminares del IPO-Es: la confiabilidad (consistencia interna) y la validez de las tres escalas del IPO comparado con otros instrumentos ya validados, la correlación con las variables de los otros instrumentos de medida



también administrados a la muestra y estudiar la estructura factorial del IPO-Es (Cosentino, 2017). Los resultados indicaron que la versión en castellano del IPO (IPO-Es) obtuvo una consistencia interna adecuada para sus escalas con  $\alpha$  de Cronbach muy similares a la versión original, siendo las del IPO-Es: Defensas primitivas  $\alpha=.80$ , Difusión de la Identidad  $\alpha=.84$ , Prueba de realidad  $\alpha=.83$ , Relaciones de Objeto  $\alpha=.85$  y Valores Morales  $\alpha=.77$  (esta última algo por debajo de los límites de aceptación). Asimismo, las escalas del IPO-Es correlacionaron positivamente entre ellas de forma significativa, y también positivamente con todas las escalas de los otros instrumentos utilizados en el estudio, excepto con la escala Afecto Positivo del PANAS (correlación negativa). El autor sugirió que esta correlación no muy significativa pudo ser debida al hecho de que mientras el IPO evalúa aspectos de naturaleza psicopatológica, el constructo del Afecto Positivo evalúa un aspecto de naturaleza normativa, no-patológica. Al aumento de las puntuaciones de las escalas del IPO-Es correspondió una mayor agresividad, una mayor experimentación de afectos negativos y una peor percepción del propio estado de bienestar general (Lenzenweger y cols., 2001; Cosentino, 2017). Previamente al estudio de la estructura del instrumento se llevó a cabo un análisis de fiabilidad de los ítems, que resultaron fiables. Para la versión en castellano de la prueba se consideró una estructura factorial 3 factores (como en la versión original) o con 2 factores, donde las dos escalas Defensas Primitivas y Difusión de la Identidad pueden ser consideradas como una única variable de gravedad estructural y la escala Prueba de Realidad discriminaría las organizaciones psicóticas de las neuróticas y límite (Lenzenweger y cols., 2001). Para el estudio de la estructura factorial se realizó un AFE que mostró la estructura factorial de los 5 factores del IPO-Es. El Factor 1 correspondió a la escala Relaciones Objetales, el Factor 2 a la escala Defensas Primitivas, el Factor 3 a la escala Valores Morales, el Factor 4 a la escala Prueba de Realidad y el Factor 5 a la escala Difusión de Identidad. Se encontraron un grupo de ítems que no puntuaron en el factor esperado (tres ítems puntuaron significativamente en el Factor 2 y no en el Factor 5 como cabría esperar. Algunos ítems del Factor 2 puntuaron significativamente en el Factor 5 y lo mismo a la inversa) (Cosentino, 2017). Con estos resultados, el autor decidió mantener todos los ítems de las tres escalas principales (Difusión de la Identidad, Prueba de realidad y Defensas primitivas) y quitar las dos escalas

adicionales (Relaciones de objeto y Valores morales) quedando la prueba formada por 57 ítems y las tres escalas principales (Cosentino, 2017).

En el segundo estudio, con el mismo objetivo que el primero, se utilizó una muestra no clínica de estudiantes de la Facultad de psicología Blanquerna – Universitat Ramon Llull (Barcelona) más amplia que en el estudio anterior ( $n=304$ , formada por 100 hombres, 202 mujeres y 2 sujetos que no especificaron su sexo, con una media de edad de 23,51 años ( $DE = 7.76$ )). Además del IPO-Es se administraron a la muestra los mismos instrumentos que en el estudio anterior. Las escalas del IPO-Es mostraron correlaciones positivas entre ellas de forma significativa, y también positivamente con todas las escalas de los otros instrumentos, salvo con la escala de Afecto positivo del PANAS, replicando los resultados del estudio anterior. Se realizó también un análisis de fiabilidad de los ítems, que resultaron fiables. Se llevó a cabo un AFC que identificó una estructura de 2 factores, donde los límites entre el Factor 1 (que correspondió a la escala Difusión de Identidad más la escala Defensas Primitivas) y el Factor 2 (que correspondió a la escala Prueba de Realidad) fueron bastante marcados, estando sus índices de ajuste dentro de los límites de aceptación ( $\chi^2 (1538, n = 304) = 3996.785$ ,  $CMIN/DF = 2.59$ ,  $CFI = .59$ ,  $TLI = .568$ ,  $RMSEA = .07$ ,  $AIC = 4340.78$ ). El IPO-Es mostró también una adecuada consistencia interna (Defensas primitivas/ Difusión de la Identidad  $\alpha=.91$ , Prueba de realidad  $\alpha=.87$ ). El IPO-Es quedó formado por 57 ítems y las dos escalas instrumento: 1) Defensa primitivas / difusión de identidad (38 ítems), 2) Prueba de realidad (19 ítems) (Cosentino, 2017).

En el tercer estudio, realizado con una muestra clínica ( $n=31$  pacientes ambulatorios con diagnóstico de patología psiquiátrica, 18 hombres, 12 mujeres y 1 sujeto que no especificó sexo; con una media de 47.7 años ( $DE = 9.23$ )). Además del IPO se administraron a la muestra los mismos instrumentos que en el estudio anterior y la versión en castellano y abreviada del Self-Monitoring Scale Revised (Snyder, 1974). El objetivo de este estudio fue testar la hipótesis sobre la fiabilidad general de las escalas y la consistencia interna del IPO-Es, la relación del IPO-Es con otros instrumentos de medida psicopatológicos y la comparación de las puntuaciones medias obtenidas de las muestras clínica y no clínica. De nuevo el

IPO-Es obtuvo una adecuada confiabilidad (consistencia interna) (Defensas primitivas/Difusión de la Identidad  $\alpha=.93$ , Prueba de realidad  $\alpha=.87$ ) y sus escalas mostraron correlaciones positivas entre ellas. Los sujetos de la muestra clínica obtuvieron puntuaciones medias significativamente más elevadas en el IPO-Es (( $M = 97.00$ ,  $DE = 4.296$ ) que los sujetos de la muestra no clínica en la escala Defensas Primitivas/Difusión de Identidad ( $M = 81.57$ ,  $DE = 1.073$ ,  $t(33,846) = -3.697$ ,  $p < .05$ ). En la escala Prueba de Realidad los sujetos de la muestra clínica obtuvieron puntuaciones significativamente más altas ( $M = 41.71$ ,  $DE = 2.216$ ) que los sujetos de la muestra no clínica ( $M = 27.50$ ,  $DE = 0.456$ ,  $t(33,846) = -3,697$ ,  $p < .05$ ). Respecto a la relación del IPO-Es con otros instrumentos de medida psicopatológicos, las dos escalas del IPO-Es no obtuvieron una correlación significativa con las dos escalas Afecto Positivo y Afecto Negativo del PANAS, y tampoco con la variable Self-Monitoring, aunque sí con la variable Agresividad, con la escala general del SA-45 (Bienestar general percibido) y con las sub-escalas del mismo test que se consideraron: Depresión, Ansiedad, Psicoticismo e Ideación paranoide. Los resultados mostraron que al aumento de las puntuaciones de las escalas del IPO-Es correspondió un nivel más alto de agresividad, una peor percepción del propio estado de bienestar general, y niveles más altos de sintomatología psicopatológica, como síntomas depresivos, de ansiedad, de psicoticismo y de ideación paranoide (Cosentino y cols., 2017). El autor sugirió el interés de desarrollar futuros estudios comparando el IPO-Es con la Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II (SCID II; First y cols., 1997) o adaptar y validar al castellano la STIPO (Stern y cols., 2010) (Cosentino, 2017).

Hörz-Sagstetter y cols. (2021<sub>a</sub>) evaluaron la viabilidad de un modelo bifactorial para el IPO en su versión alemana de 83 ítems (IPO-2001) en 11 muestras clínicas y no clínicas ( $n=616$ , media de edad 31.9 ( $DE = 10.0$ ); 51.2% fueron mujeres). Además del IPO se administraron a las muestras clínicas la SCID-II ( $n=272$ ) (First y cols., 1997) y la STIPO (Clarkin y cols., 2007) en su versión adaptada en alemán. El modelo teórico de 5 factores latentes no ajustó adecuadamente y se llevó a cabo un AFE. Tras varios ajustes los autores consideraron más adecuado el de 4 factores latentes ( $CFI=.957$ ,  $TLI=.953$ , y  $RMSEA=.029$ ). Todos los ítems, salvo tres, mostraron cargas positivas ( $> .35$ ) en el factor general. Esto sugirió que un modelo bifactorial ofrecía una representación razonable de la estructura latente del IPO

(Identidad/Defensas primitivas y Prueba de realidad), con un factor general del funcionamiento personal y tres factores específicos que son dimensiones adicionales de la organización de la personalidad. El factor general fue relativamente fuerte para un análisis a nivel de ítem ( $\omega = .756$  y varianza común explicada = .656). La fiabilidad estimada de la puntuación factorial para el factor general fue  $r = .98$ , y para los tres factores específicos  $r = .93$ ,  $r = .93$  y  $r = .83$ , respectivamente. Los tres factores específicos parecían captar expresiones del funcionamiento alterado de la personalidad en los ámbitos de la Agresividad, la Prueba de realidad y los Valores Morales. La Agresividad se asoció positivamente con la presencia de los TP antisocial y paranoide, y negativamente con la presencia de los TP evitativo, dependiente y depresivo. Las deficiencias en la Prueba de la Realidad se asociaron débilmente al diagnóstico de TP, con valores elevados para el TP esquizotípico y con asociación negativa con el TP antisocial. Valores Morales mostró elevada relación con TP antisocial y relación negativa con TP evitativo. Con respecto a la relación entre SCID-II y STIPO, la disfunción de la personalidad se asoció de forma significativamente positiva con los dominios de STIPO Identidad, Relaciones de Objeto, Defensas primitivas y Defensas de nivel avanzado (Afrontamiento vs. rigidez). El factor Agresión de la IPO se asoció más fuertemente con el subdominio STIPO Agresión dirigida a otros y el deterioro de los Valores morales. El factor de la IPO Prueba de la realidad no se asoció, en general, con las dimensiones de la STIPO, con la excepción de asociaciones ligeramente negativas con el subdominio Agresión dirigida a otros, y el dominio Valores Morales de la STIPO. El factor IPO Valores morales mostró asociaciones positivas con el dominio Valores morales de la STIPO, el subdominio Agresión dirigida a otros y el subdominio Relaciones interpersonales del dominio Relaciones de objeto. Los autores concluyeron que los resultados mostraron la viabilidad de un modelo bifactorial del IPO que consistió en un factor general de funcionamiento de la personalidad y tres factores específicos -Agresividad, Prueba de realidad y Valores morales- establecidos en el modelo bifactorial del IPO que representan dimensiones adicionales en la organización de la personalidad, independientes del funcionamiento general de la personalidad, que parecieron captar expresiones estilísticas de la personalidad más allá de un factor general de funcionamiento de la personalidad y que proporcionan información para el diagnóstico diferencial. Los autores sugirieron que estos factores podrían estar conceptualmente relacionados

con el Criterio B del DSM-5-III (APA, 2013). El factor general estaba saturado de contenidos de las tres dimensiones principales (Difusión de la identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad), así como de las dimensiones adicionales (Agresión y Valores morales) en línea con el modelo de organización de la personalidad de Kernberg (1984). Curiosamente, muchos ítems que representaban la Difusión de la identidad y las Defensas primitivas sólo cargaron en el factor general, lo que sugirió que la Difusión de la identidad y las Defensas primitivas aparecieron como las dimensiones centrales del funcionamiento de la personalidad. También la relación del IPO con la SCID-II, cuyos patrones de correlación concordaron parcialmente con el modelo de organización de la personalidad de Kernberg (Kernberg y Caligor, 2005; Kernberg, 1984): los altos niveles de disfunción general de la personalidad en el IPO podían entenderse como un indicador de la organización límite de la personalidad y mostraron una fuerte superposición conceptual con el TLP, reflejada por la correlación más alta de todos los TP. Con respecto a la validez de las puntuaciones factoriales, los autores encontraron que la disfunción general de la personalidad se asoció significativamente de forma positiva con la presencia de TP evitativo, dependiente, depresivo, histriónico y límite. Las asociaciones no fueron significativas para obsesivo-compulsivo, paranoide, antisocial, esquizotípico, esquizoide y narcisista, que los autores explicaron por la baja prevalencia de los últimos tres tipos de TP en las muestras. Respecto al trastorno antisocial, los autores sugirieron que la patología antisocial podría ser capturada por los ítems de la escala de Agresión y la escala de Valores morales mal integrados del IPO (como se reflejó en los resultados). Sin embargo, no explicaron la falta de asociación para TP obsesivo-compulsivo y paranoide, pero sí respecto a TP esquizotípico y esquizoide que podría tener relación con la falta de prevalencia en las muestras de individuos con diagnóstico de trastornos psicóticos y que fue coherente con la falta de asociación encontrada entre la escala de Prueba de realidad del IPO y el dominio correspondiente de la STIPO y también con que las alteraciones perceptuales características del examen de la Prueba de realidad se ponen más en juego en la entrevista STIPO que mediante el autoinforme IPO. Respecto al TP narcisista los autores concluyeron que el IPO no captó ninguna de sus características. En cuanto al factor específico IPO Agresividad, se dio una asociación positiva con el TP antisocial y una asociación negativa con los trastornos de personalidad internalizantes del Clúster C (Hörz-Sagstetter y cols. (2021<sub>a</sub>)).



Unoka y cols. (2022) estudiaron la identificación de la severidad de la difusión de la Identidad de acuerdo con el nivel de Organización de la personalidad calculado con el IPO y también evaluaron su validez, en una muestra clínica no ambulatoria de pacientes con diagnóstico de TP (medido mediante la SCID-II, First y cols., 1997), sin otros diagnósticos comórbidos de otros trastornos mentales (evaluado mediante la SCID-I (First y cols., 1995), reclutados de un programa de psicoterapia cognitiva del Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia de la Universidad de Semmelweis, Budapest (Hungría) antes de recibir la intervención (n=118, edad media de 33.6 años ( $DE = 10.6$ ), 88.3% mujeres). Se realizaron dos tipos de análisis: un análisis centrado en la persona (perfil latente) y varias pruebas centradas en variables para confirmar la estructura factorial del IPO y calcular las diferencias grupales. Además del IPO (que se adaptó y validó al idioma húngaro en este estudio) se administraron los siguientes instrumentos a la muestra: para evaluar el nivel de angustia general y la gravedad de nueve dimensiones de los síntomas, el Symptom Check List-90 (SCL-90-R) (Derogatis, 1977); para evaluar la intensidad de la agresión como un estado emocional el State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) (Spielberger, 1999); para medir la frecuencia de las experiencias disociativas de diverso grado de severidad el Dissociative Experience Scale (DES) (Bernstein y Putnam, 1986). Se adaptó el IPO (Clarkin y cols., 2001) al idioma húngaro. La consistencia interna resultó adecuada (Defensas primitivas  $\alpha = .80$ ; Difusión de la Identidad  $\alpha = .87$ ; Prueba de realidad  $\alpha = .87$ ; Agresión  $\alpha = .90$  y Valores Morales  $\alpha = .70$ ). Se realizó un AFC mediante el método Weighted Least Squares (WLSMV), confirmándose la estructura inicial del modelo de 5 factores y el de 3 factores del IPO con buenos índices de ajuste para ambos (modelo de 3 factores:  $\chi^2 = 1666.77$ ,  $DF = 1535$ ,  $p = 0.010$ , CFI = 0.990, TLI = 0.990, RMSEA = 0.022, SRMR = 0.089, PGFI = 0.861; modelo de 5 factores:  $\chi^2 = 3404.64$ ,  $DF = 3306$ ,  $p = 0.113$ , CFI = 0.995, TLI = 0.995, RMSEA = 0.014, SRMR = 0.090, PGFI = 0.891). Se consideró el modelo de 3 factores (Identidad, Defensas Primitivas y Prueba de Realidad) más adecuado al modelo teórico, en parte porque los factores secundarios de Agresión y Valores morales mostraron correlaciones altas - muy altas con los factores primarios de Defensas primitivas, Prueba de realidad y Difusión de la identidad en el modelo AFE de cinco factores ( $r = 0,66-0,89$ ). El análisis de clases latentes identificó tres subgrupos de organización de la personalidad (OP): clases "Bien

integradas", "Moderadamente integradas" y "Desintegradas". No hubo diferencias significativas entre las tres clases en el número de diagnósticos del Eje I ( $p = 0,354$ ;  $\eta^2 = 0,01$ ). Las diferencias grupales en el número de TP, el número de síntomas de TP, así como en la presencia de TP límite y depresivo fueron significativas (todos  $p < 0,001$ ;  $V = 0,35-0,42$ ;  $\eta^2 = 0.15-0.26$ ). Las personas con un nivel de OP más grave obtuvieron tasas más altas de síntomas psicopatológicos, ira de estado y rasgo y características disociativas (todos  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,13-0,36$ ). Los autores concluyeron que el IPO es un instrumento apropiado para medir la severidad de la OP y clasificar a los sujetos participantes en el estudio en un contínuum de severidad de la disfunción de la personalidad (Unoka y cols., 2022).

En síntesis, respecto a la estructura latente del IPO, Cosentino (2017) y Hörz-Sagstetter y cols. (2021a) obtuvieron como resultado una estructura formada por 2 factores generales (Identidad/Defensas primitivas y Prueba de realidad) con tres factores específicos (Agresión, Relaciones de objeto y Valores morales) (Cosentino, 2017). Mientras que Ellison y Levy (2012) y Preti y cols. (2015) obtuvieron una estructura con 4 factores siguiendo el modelo propuesto por Ellison y Levy (2012), donde el primer factor fue Inestabilidad del Self y de las relaciones interpersonales, el segundo fue la Inestabilidad de los objetivos, el tercero las Experiencias psicóticas y el cuarto la Conducta impulsiva (Preti y cols., 2015). Unoka y cols. (2022), por su parte, obtuvieron una estructura de tres factores principales (Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad) (Unoka y cols., 2022). Por tanto, los estudios realizados con el IPO siguiendo el modelo propuesto por Kernberg en su teoría de la personalidad patológica (Clarkin y cols., 1995, Lenzenweger y cols., 2001), confirmaron como factores principales Identidad, Defensas primitivas, y Prueba de realidad (en el caso de Lenzenweger y cols., 2001 y Cosentino; 2017; decidieron unir los dos primeros en uno solo).

Los estudios mostraron, también, una adecuada confiabilidad (consistencia interna y test-retest) del IPO en las distintas versiones evaluadas (Lenzenweger y cols., 2001; Preti y cols., 2015; Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021; Unoka y cols., 2022).

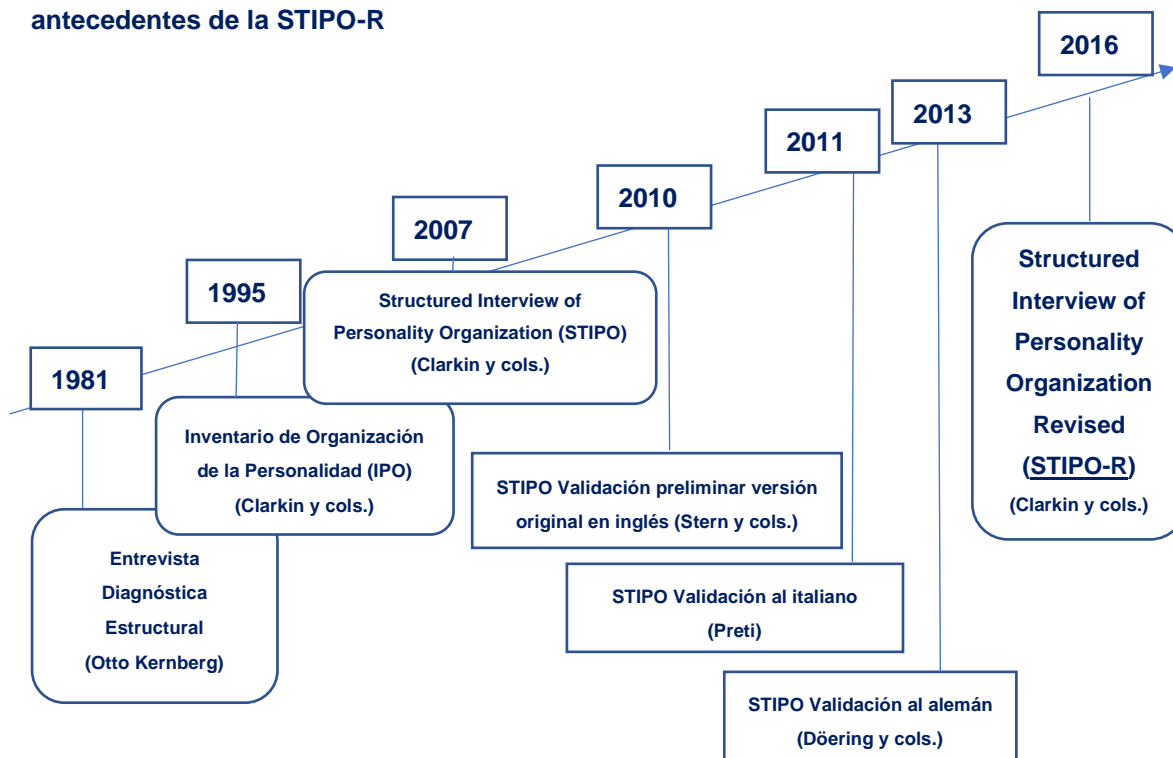
En referencia a las asociaciones del IPO con otros instrumentos de medida psicopatológicos, entre los resultados más relevantes cabe destacar que los estudios mostraron evidencia de asociaciones positivas entre las escalas IPO Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad e índices de afecto negativo y agresión. Y relaciones inversas entre la Identidad y las Defensas primitivas y una medida de afecto positivo. Además, encontraron relaciones significativas entre la escala IPO Prueba de realidad y varias medidas de esquizotipia o propensión a la psicosis (Lenzenweger y cols., 2001). Asimismo, se encontraron relaciones significativas de Defensas primitivas con medidas externas de coherencia del self, relaciones interpersonales, intensidad de los afectos y dificultad en la regulación emocional; conducta inestable, de riesgo y autolesiva; relación entre Inestabilidad de los objetivos y la represión y emotividad; y la relación entre el factor Psicosis, las defensas inmaduras y el comportamiento de riesgo (Ellison y Levy, 2012). Se encontró también relación significativa con medidas externas de afecto negativo y agresividad (Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021a). Se encontraron también relaciones entre la SCID-II (First y cols., 1997) y el IPO (Clarkin y cols., 1995) con asociaciones significativas para el TP evitativo, dependiente, depresivo, histriónico y límite y no significativas para obsesivo-compulsivo, paranoide, antisocial, esquizotípico, esquizoide y narcisista, con una asociación positiva del factor específico IPO Agresividad con el TP antisocial y una asociación negativa con los trastornos de personalidad internalizantes del Clúster C. Respecto a los trastornos del Clúster A, los autores atribuyeron los resultados a la baja proporción de sujetos de este clúster en la muestra (Hörz-Sagstetter y cols., 2021a). Por último, se encontró evidencia de que el IPO es un instrumento apropiado para medir la severidad de la OP (la dimensión central del MATP del DSM-5) (Unoka y cols., 2022).

A continuación, se describe la entrevista STIPO (Clarkin y cols., 2007) y se resumen los principales resultados de los estudios internacionales realizados en relación con sus propiedades psicométricas, así como otros estudios relevantes realizados con la STIPO y otros instrumentos de medida psicopatológicos.



Figura 3.

Evaluación de la personalidad normal y patológica mediante la entrevista semiestructurada: antecedentes de la STIPO-R



#### 1.5.4.1.2. La Structured Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders (STIPO)

La Structured Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders (STIPO) es una entrevista semiestructurada basada en el modelo de Kernberg de organización de la personalidad. Sus objetivos son discriminar entre personalidad normal y patológica y diagnosticar los TP que forman parte de la clasificación de OLP de Kernberg. Para ello, evalúa de forma exhaustiva los principales dominios psicopatológicos de la personalidad del modelo de Kernberg: 1. Identidad; 2. Defensas primitivas o de nivel inferior; 3. Defensas avanzadas o de nivel superior (afrentamiento adaptativo versus rigidez de carácter); 4. Relaciones de objeto; 5. Agresión; 6. Valores morales y 7. Prueba de realidad (Clarkin y cols., 2007). Se pide al entrevistado que responda a las preguntas teniendo en cuenta el período de los últimos 5 años de su vida. Los ítems de la STIPO fueron redactados por John Clarkin, Eve Caligor y Barry Stern, del Personality Disorders Institute de Nueva York

y para decidir su ubicación en cada uno de los dominios y subdominios de la STIPO los ítems fueron también revisados por Kernberg (Clarkin y cols., 2007).

Como puede observarse, los dominios clínicos evaluados por la STIPO (Clarkin y cols., 2007) son los mismos que los evaluados por el IPO (Clarkin y cols., 1995), más un dominio adicional, el dominio Agresión, que se incluyó ya que en estudios previos realizados con el IPO se encontraron asociaciones positivas entre las escalas IPO Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad e índices de afecto negativo y agresión (Lenzenweger y cols., 2001). El dominio Agresión evalúa el grado de presencia de conducta agresiva severa tanto autodirigida como dirigida a los demás (Clarkin y cols., 2019).

Sin embargo, hay alguna discrepancia respecto a los dominios considerados en la entrevista STIPO (Clarkin y cols., 2007). En la introducción de la entrevista STIPO (Clarkin y cols., 2007) los autores explican que esta se centró en evaluar 6 dominios clínicos: Identidad, Defensas primitivas, Defensas de nivel superior (Afrontamiento adaptativo versus rigidez de carácter), Relaciones de objeto, Agresión y Valores morales (Clarkin y cols., 2007; págs. 3 y 4). Sin embargo, no hacen mención del séptimo dominio (Prueba de realidad) (Clarkin y cols., 2019), presente en los estudios de validación de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) de la versión original en inglés (Hörz y cols., 2009; Stern y cols., 2010); la adaptación y validación en italiano (Preti, 2011; Preti y cols., 2012) y en alemán (Döering y cols., 2013).

La versión final de la entrevista STIPO (Clarkin y cols., 2007) consta de 87 ítems y 6 dominios clínicos. Tres dominios (Identidad, Defensas primitivas o de nivel inferior y Defensas de nivel avanzado o superior -Afrontamiento versus rigidez de carácter -) que constituyen dominios centrales para el diagnóstico de organización patológica de la personalidad según el modelo de Kernberg. Y tres dimensiones más (Agresión, Relaciones de Objeto y Valores morales) cuyo grado de disfunción caracterizaría el nivel de severidad de la organización patológica de la personalidad (Lenzenweger y cols., 2001). El dominio Defensas de nivel avanzado se evalúa examinando la capacidad del sujeto en el uso predominante de mecanismos psicológicos de defensa frente a la ansiedad de tipo adaptativo, más maduros y flexibles, frente a rigidez de carácter (Clarkin y cols., 2019).

El formato de puntuación es similar al del IPDE (Loranger, 1995) y SCID-II (First y cols., 1997). Los ítems se puntúan en una escala de 0 a 2. Una puntuación de 0 indica la ausencia de la característica que está siendo evaluada o bien la falta de impacto de esta en el funcionamiento personal; una puntuación de 1 indica que la cualidad que está siendo evaluada está presente pero su impacto en la funcionalidad del entrevistado es bajo y una puntuación de 2 indica que la cualidad que se está evaluando está presente y hay patología severa y alto impacto en la funcionalidad del entrevistado.

Una vez finalizada la entrevista se obtienen dos puntuaciones: 1) La media aritmética de las calificaciones de tres puntos de los dominios y subdominios antes mencionados. Un método alternativo es sumar las puntuaciones individuales de cada dominio y subdominio obteniendo una puntuación directa total de dominio o dimensión. Por tanto, la STIPO (Clarkin y cols., 2007) proporciona al clínico información acerca de si el sujeto evaluado cumple o no criterios para OLP (diagnóstico categorial). Una puntuación  $> 1$  indica que el sujeto evaluado cumple criterios para OLP, siendo esta más severa a mayor puntuación. Y 2) dicha puntuación se valora de nuevo en una escala de 5 puntos para evaluar la gravedad y severidad en términos del impacto de la cualidad evaluada en el funcionamiento personal, basada en el juicio clínico, donde 1 indica buen funcionamiento personal (es decir, hay un impacto mínimo de la patología en el funcionamiento personal del sujeto evaluado) y 5 indica mayor gravedad y severidad con deterioro e impacto severo de la patología en el funcionamiento personal, en los dominios y subdominios valorados por la STIPO (Clarkin y cols., 2007).

Los constructos teóricos subyacentes a los dominios psicopatológicos de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) cuentan con un amplio respaldo teórico en el ámbito de los TP y del TLP, también fuera del ámbito de las teorías psicoanalíticas.

El primer dominio, Identidad, cuya evaluación, para Kernberg, es central en el diagnóstico de OLP (Kernberg, 1984) y cuya integración o falta de ella, en distinto grado, es común a todas las categorías de TP (Clarkin y cols., 2018b), ha recibido un amplio apoyo teórico por parte de diversos autores que lo consideran asimismo el constructo central para detectar la patología grave de la personalidad -y, muy

especialmente, el trastorno límite de la personalidad- en adultos y adolescentes (Schlüter-Müller, 2017). En general, se considera que en los pacientes con OLP se da una inestabilidad en la identidad, con dificultades en el mantenimiento de un yo diferenciado de los otros, lo que se considera también una característica central en el TLP (De Meulemeester y cols., 2021). Estos pacientes también presentan un predominio de sentimientos de inseguridad, baja autoestima o severas y rápidas fluctuaciones de esta entre extremos de cogniciones positivas y negativas (Berenson y cols., 2018) que aumentan su vulnerabilidad clínica (Edershile y Wright, 2021), la cual tiene impacto en su funcionamiento personal. El funcionamiento escindido de su self, que funciona de forma parcial, ambivalente y no integrada, supone con frecuencia una falta de autodirección (Kernberg, 2016b), dándose patrones de inestabilidad con oscilaciones en sus intereses y objetivos vocacionales, creencias religiosas o amistades (Kaufman y Meddaoui, 2021). Dichos patrones están influenciados por autoevaluaciones negativas y por la sobre identificación con un rol restringido en las relaciones con los demás, lo que hace que presenten conductas severamente incongruentes y discordantes en cuanto a creencias, valores y actitudes por un incoherente sentido de su self (Kaufman y Meddaoui, 2021).

Los ítems del dominio Identidad de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) exploran, en primer lugar, la capacidad del sujeto entrevistado para implicarse (invertir) en estudios, trabajo y ocio, esto es, la capacidad del sujeto en el funcionamiento personal sociolaboral (Clarkin y cols., 2007), considerando que el funcionamiento sociolaboral forma parte de la identidad profesional, concepto que ha recibido apoyo de otros autores (Fitzgerald, 2020). En segundo lugar, se evalúa el sentido de la propia identidad, explorando en profundidad si la identidad es normal y está consolidada y con un funcionamiento flexible y adaptativo o por el contrario, se da una identidad difusa con falta de integración del self y de los otros significativos, lo que también ha recibido amplio apoyo de diversos autores (Schlüter-Müller, 2017) y constituye la base de modelos psicoterapéuticos especializados y centrados en resolver la patología de la identidad y en mejorar el funcionamiento personal, como es la Terapia Focalizada en la Transferencia (Yeomans y cols., 2015; Clarkin y cols., 2018b, 2021; Kernberg, 2016a, 2021) o el Tratamiento Integrativo de los Trastornos de la Personalidad (Jovanovic y Svrakic, 2017). Por tanto, la identidad constituye

un dominio psicopatológico central en el diagnóstico de TP y en el diagnóstico de OLP, tanto para Kernberg como para otros autores que han realizado formulaciones más recientes sobre dicho dominio clínico y viene también recogida en el MATP como uno de los subcriterios del Self en el Criterio A (Morey y cols., 2017) (APA, 2013) para evaluar la personalidad patológica.

El segundo dominio, Relaciones de objeto, tiene su base en la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones de objeto y en las teorías del desarrollo del sí mismo o self. Según dichas teorías, el self se desarrolla siempre en el contexto de la relación con otros significativos y las alteraciones sintomáticas que padecen las personas con diagnóstico de TP son un reflejo del grado de integración interna del sí mismo o self, que se expresa en el contexto de una relación con el otro. Los ítems de este segundo dominio evalúan las relaciones interpersonales, la capacidad del sujeto entrevistado para combinar sexo e intimidad y amor en una relación romántica y la implicación interna con los otros (Clarkin y cols., 2016, 2019). La literatura ha dado un amplio apoyo a la necesidad de evaluación de este dominio. Los pacientes con TP tienen dificultades en el funcionamiento en las relaciones interpersonales (Ferrer y cols., 2018; Esguevillas y cols., 2017; Sharp, 2022), las cuales se caracterizan por interacciones negativas más frecuentes y menor integración y apoyo social (Beeney y cols., 2018). Los pacientes con TP también son más dependientes y ven más expuesta su vulnerable y difusa autodefinición en el contexto de una relación interpersonal con otro significativo (Vansteelandt y cols., 2020). Sus relaciones interpersonales incluyen la representación interna desadaptativa de los otros que subyace a la desregulación afectiva y conductual de los pacientes con OLP (Diamond y Hersh, 2020), sin integrar los pensamientos sobre los defectos de sus seres queridos con los pensamientos sobre sus atributos más positivos, con percepciones interpersonales que fluctúan entre los extremos de lo bueno y lo malo (Berenson y cols., 2018). Asimismo, las relaciones románticas son una de las más interesantes áreas del funcionamiento interpersonal en pacientes con TLP. Diversos estudios longitudinales muestran que dichas relaciones son inestables, caóticas, menos prolongadas, menos satisfactorias y hostiles y caracterizadas por un apego inseguro (Navarro-Gómez y cols., 2017). El TLP supone una severa disfunción interpersonal, en particular en las relaciones de pareja (Smith y South, 2020) siendo habitual identificar alteraciones en su

capacidad de establecer y mantener relaciones de pareja saludables, las cuales suelen ser establemente problemáticas, con frecuentes malos entendidos, pobre comunicación y mayor alerta ante agresiones verbales y físicas en las relaciones (Kalasova y cols., 2018; Lazarus y cols., 2020) con respuestas emocionales de hostilidad, tristeza, culpa o miedo a percepciones de rechazo de la pareja (Lazarus y cols., 2018). Asimismo, en algunos pacientes con OLP existen fantasías eróticas intensamente relacionadas con sentimientos e impulsos agresivos, en muchos casos debido a frustraciones y/o experiencias sexuales tempranas agresivas con otros significativos (abusos sexuales), bien neutralizando su capacidad de activación y respuesta sexual, bien con un predominio de conductas agresivas ligadas a la sexualidad en el contexto de una relación íntima (Kernberg, 1928), con perpetración de agresiones por parte de la pareja (Smith y cols., 2020). Las dificultades severas para experimentar e integrar ternura y sexo simultáneamente ya fueron teorizadas por Kernberg (1928).

En este sentido, el MATP del Manual DSM-5 (APA, 2013) incluye dos componentes en el diagnóstico de la personalidad patológica: el nivel de funcionamiento de la personalidad del Criterio A (es decir, alteraciones o déficits en el sentido del self y de la relación interpersonal) (Miano y cols., 2020) y el modelo de rasgos desadaptativos de cinco dominios del Criterio B (Widiger y cols., 2018; 2019, 2020). Así pues, combina las clasificaciones dimensionales del funcionamiento del self, el funcionamiento interpersonal y los rasgos, con la clasificación categorial de los TP, incorporando, en parte, el modelo de las relaciones de objeto y proporcionando un trasfondo teórico que mejora la evaluación clínica de la patología de la personalidad y enfatiza la importancia de la evaluación de la gravedad de la falta de percepciones precisas de uno mismo y de los demás (Clarkin y cols., 2018b; 2018c, 2020, 2021). Por tanto, diversos autores respaldan la evaluación de las Relaciones de objeto en el diagnóstico del TP, entendidas estas, en parte, como relaciones interpersonales entre el sí mismo y los demás.

El tercer y el cuarto dominios de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) exploran en profundidad los mecanismos de defensa. El tercer dominio, Defensas primitivas, explora los mecanismos de defensa más primitivos o desadaptativos correspondientes a estructuras de la personalidad con mayor grado de patología y



el cuarto dominio, Defensas avanzadas o de nivel superior, explora los mecanismos de defensa más avanzados o adaptativos correspondientes a las estructuras de la personalidad con menor grado de patología (Clarkin y cols., 2019). Algunos autores consideran que el funcionamiento defensivo está relacionado con diversas variables como la edad, el género y también con los rasgos de la personalidad, sugiriendo una línea ontogenética de desarrollo de estos y estando en la adolescencia relacionados con el uso de mecanismos de defensa específicos que contribuyen al desarrollo de la personalidad (Di Giuseppe y cols., 2019). Otros estudios que han evaluado los mecanismos de defensa y los rasgos de personalidad mostraron que los mecanismos de defensa más adaptativos se asociaron con una personalidad más saludable, mientras que los mecanismos de defensa más rígidos y desadaptativos se asociaron a personalidades más patológicas (Di Giuseppe y cols., 2020; Dammann y cols., 2020). Por ejemplo, un excesivo perfeccionismo y rigidez entendido como una autopresentación y cogniciones perfeccionistas autocríticas (Casale y cols., 2020) podría estar asociado a estrategias de afrontamiento defensivas desadaptativas (Clarkin y cols., 2019; Piercy y cols., 2020). Por tanto, diversos autores han dado apoyo a la evaluación del papel de los mecanismos de defensa en la organización de la personalidad tal y como Kernberg ya teorizó (Kernberg, 1984), apoyando asimismo la evaluación de los mecanismos de defensa en el diagnóstico de los TP.

El quinto dominio, Agresión, explora la agresión severa autodirigida y dirigida a los demás, siendo un dominio clínico ampliamente respaldado por la literatura científica. Los comportamientos agresivos se consideran prevalentes entre los pacientes con diagnóstico de TLP (Chu y cols., 2022), pudiendo presentar estos pacientes comportamientos que sabotean la propia salud y arrebatos agresivos (Mendez-Miller y cols., 2022). Estos comportamientos autoagresivos pueden ir contra sí mismos, como en el caso de los pacientes con TLP, que presentan más autolesiones (Bohus y cols., 2021, Sharp, 2022). En los pacientes con TP en general se acepta que los comportamientos autoagresivos más severos son aquellos relacionados con la ideación suicida o con los intentos de suicidio, aspecto éste en el que estos pacientes presentan mayor riesgo (Boot y cols., 2022). Algunos autores relacionan el aumento de riesgo de intento de suicidio con la afectividad negativa y la agresividad, entre otros aspectos (Soloff y Chiappetta, 2017).

Respecto a la agresividad y la ira, algunos autores las consideran características centrales del TLP, mostrando episodios de ira mayores, más frecuentes y prolongados, e informando de una mayor prevalencia de agresividad reactiva, lo que supone una mayor carga individual y social causada por el TLP (Neukel y cols., 2022). Otros autores sugieren la estrecha relación entre sexualidad y agresión presente en los pacientes con OLP, ya teorizada por Kernberg (1928) y que ha recibido apoyo de otros autores (Navarro-Gómez y cols., 2017; Kasalova y cols., 2018, entre otros). Por tanto, diversos autores subrayan la importancia del estudio de la agresión en el diagnóstico de los TP.

El sexto dominio, Valores morales, explora el sistema interno de valores morales, que como ya se ha comentado en la introducción del presente estudio, para Kernberg es una estructura compleja, cuya patología sería un indicador de la gravedad y el pronóstico de los TP. El sistema de valores morales ha sido objeto de estudio por parte de algunos autores, que obtuvieron evidencia empírica de que el sistema de valores morales representa una de las dimensiones psicopatológicas de la organización de la personalidad (Hörz-Sagstetter y cols., 2021a). Para otros autores, el sistema de valores morales constituye un subsistema o componente de la personalidad que polarizado en extremos no sería adaptativo (Svrakic y cols., 2019). Por tanto, diversos autores apoyan la evaluación del dominio Valores morales en el diagnóstico de TP y en el nivel de severidad de este.

Además del amplio apoyo teórico recibido por los constructos en los que se basan los dominios de la STIPO (Clarkin y cols., 2007), se han realizado diversos estudios evaluando las propiedades psicométricas de la entrevista, cuyos principales resultados se resumen a continuación.

Hörz y cols. (2009), en un estudio que formó parte del proceso de validación de la STIPO, tuvieron como objetivo generar un prototipo de OLP utilizando puntuaciones de dominio de la STIPO, y además comprobaron su uso en explicar la varianza en la patología de la personalidad en una muestra clínica de pacientes con diagnóstico de TP según la SCID-II (First y cols., 1995) (n=60), tanto ambulatoria (hospitalizados en una unidad especializada en TP de un hospital universitario (n=36)) como no ambulatoria privada (n=24), de los cuales 41 fueron mujeres y 19



hombres -la edad media no consta-). Además de la STIPO, se administraron a la muestra los siguientes autoinformes para evaluar aspectos de la patología de la personalidad y de la afectividad que los autores esperaban que se asociaran positivamente (por ejemplo, Escala de trastorno límite de la personalidad del SNAP (Clark y cols., 1993); la escala de afecto negativo del PANAS) o negativamente (por ejemplo, la escala de serenidad del PANAS, Watson y cols., 1988). Se estableció un índice de similitud de OLP, que reflejó la similitud de cada individuo de la muestra clínica ( $n = 60$ ) a este perfil prototípico, que se calculó. A continuación, se evaluó su validez y fiabilidad. Se desarrollaron prototipos de OLP diferenciando entre OLP-sí y OLP-no, por consenso de expertos. La muestra fue calificada según dichos prototipos por dos evaluadores independientes que observaron la misma entrevista, obteniendo coeficientes de correlación intraclase muy altos que variaron de  $r = .92$  a  $r = 1.0$ . Asimismo, se obtuvieron correlaciones moderadas a fuertes con la mayoría de las escalas examinadas de patología de la personalidad y de afecto negativo, así como correlaciones inversas con medidas de afecto positivo con correlaciones fuertes del índice de similitud de OLP (por ejemplo, rango de  $r = 0,35$  a  $r = 0,74$ , que en la Escala de trastorno límite de la personalidad SNAP fueron de  $r = .32$ ,  $p < .05$ ; en PANAS afecto negativo  $r = .61$ ,  $p < .01$ ; en Autolesiones en Escala SNAP  $r = .74$ ,  $p < .01$ ). Se obtuvieron correlaciones inversas entre el índice de similitud OLP y las medidas que se esperó se asociasen negativamente con OLP (rango de  $r = -.32$  a  $r = -.53$ ), por ejemplo, con medidas de afecto positivo como la serenidad PANAS ( $r = -.53$ ,  $p < .01$ ), lo que implicó que los pacientes que presentaron más patología consistente con el prototipo de OLP experimentaron un menor afecto positivo. Los resultados mostraron que el prototipo de OLP es de utilidad en el diagnóstico diferencial de pacientes con TP, es decir, que STIPO, discrimina los pacientes con OLP de aquellos que no la tienen (Hörz y cols. 2009).

Stern y cols. (2010) realizaron un estudio que tuvo como objetivo general evaluar de forma preliminar las propiedades psicométricas iniciales de la STIPO considerando los tres dominios clínicos centrales de la teoría de la personalidad de Kernberg que componen la OLP, que son: Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad (Kernberg, 1984, Kernberg y Caligor, 2005). La muestra ( $n=142$ ; el 62% mujeres y el 38% hombres, con una edad media de 32.52 años ( $DE = 8.74$ )), fue tanto clínica como no clínica. La muestra clínica estuvo formada por  $n=54$  pacientes

ambulatorios y no ambulatorios, con diagnóstico de TP según el Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) (Clark, 1993). El SNAP es un autoinforme que evalúa rasgos de la personalidad y cuyos ítems incluyen el DSM-III-R (APA, 1987) para los TP y rasgos derivados de otros modelos teóricos de personalidad. Los participantes en el estudio fueron reclutados en una unidad especializada en trastornos de la personalidad de un hospital psiquiátrico universitario de Nueva York); la muestra no clínica fue de  $n=88$  estudiantes voluntarios sin diagnóstico de TP en un instituto de formación psicoanalítica afiliado a un hospital de formación en el área metropolitana de Nueva York). Se evaluaron dos tipos de fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad entre evaluadores) y el criterio y las relaciones convergentes entre la STIPO y medidas de rasgos de TP, así como otros constructos estrechamente asociados con la patología de la personalidad y centrales para el Clúster B (APA, 2013) de los TP, como, por ejemplo, afecto negativo y positivo, agresión y ajuste interpersonal. La hipótesis fue que los individuos caracterizados por una Identidad patológica y con un uso extensivo de defensas primitivas (es decir, casos probables de OLP), tendrían niveles más altos de afectos negativos y agresión, altos niveles de angustia interpersonal, y niveles más bajos de afecto positivo. Para ello, en primer lugar, se escribieron los ítems de la STIPO para asegurar su validez de contenido en base al modelo teórico de Kernberg y utilizando expertos de reconocida trayectoria en el ámbito de los TP y la OLP (Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg), el feedback de los pacientes que participaron en el estudio piloto previo, así como de los entrevistadores participantes en el mismo (Stern, Hörz y MacCornack) y de Otto Kernberg, llegando a una versión final de 100 ítems y los 7 dominios clínicos, que fueron: Identidad, Defensas primitivas, Defensas de nivel superior (Afrontamiento adaptativo versus rigidez de carácter), Relaciones de objeto, Agresión y Valores morales. Además de la STIPO, se utilizaron los siguientes instrumentos: el IPO (Clarkin y cols., 1985); el SNAP (Clark, 1993) para evaluar rasgos asociados a los TP; el Buss-Durkee Inventory (Buss y Durkee, 1957) como medida de agresión; y el Inventory of Interpersonal Problems–Personality Disorder Scales (IIP–PD; Pilkonis y cols., 1996) como índice de angustia interpersonal. Los resultados mostraron la adecuada confiabilidad (consistencia interna) de los tres dominios centrales de la STIPO evaluados, con  $\alpha=0.86$  para Identidad,  $\alpha=0.85$  para Defensas primitivas y un  $\alpha=0.69$  para Prueba de realidad, en este caso inferior al 0.7

establecido por Nunnally y Bernstein (1994). Por tanto, se obtuvieron coeficientes relativamente elevados en todos los casos salvo en el dominio Prueba de realidad, aunque los propios autores sugirieron que esto podría deberse a que la escala es breve (Stern y cols., 2010). La fiabilidad entre evaluadores fue adecuada (ICC para cada dominio: Identidad, .96; Defensas Primitivas, .97; y Prueba de Realidad, .72.). La validez de criterio resultó también adecuada (correlaciones entre los tres dominios evaluados en los instrumentos IPO y STIPO: Identidad=.57; Defensas primitivas=.56; Prueba de realidad=.45;  $p<.001$ ). Todas las asociaciones encontradas entre los 3 dominios evaluados de la STIPO y las medidas externas de afecto resultaron significativas ( $p<.05$ ) lo que se confirmó que, a mayores niveles de patología de la personalidad en la STIPO mayores niveles de afecto negativo y menores de afecto positivo (asociación inversa). Mediante análisis de regresión se observó que el dominio Prueba de realidad e Identidad predijeron de forma única la varianza del Clúster A de TP del Manual DSM. Defensas primitivas contribuyó a la explicación de la varianza del Clúster B. No se encontró relación entre Defensas primitivas y los rasgos del Clúster C de TP (Stern y cols., 2010).

Preti (2011) y Preti cols. (2012) estudiaron las propiedades psicométricas de la versión de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) en italiano, asumiendo el modelo teórico de la estructura de 7 factores de la STIPO (Identidad, Relaciones de Objeto, Defensas primitivas, Defensas avanzadas, Agresión, Valores morales y Prueba de realidad). Se evaluó la estructura factorial de la versión en italiano de la STIPO mediante un AFC. Se evaluaron, asimismo, la fiabilidad entre evaluadores, la relación entre las puntuaciones de la STIPO y otras medidas externas de aspectos característicos de la patología límite; y la capacidad de la STIPO para diferenciar personalidad normal y personalidad patológica. La muestra total ( $n=79$ , con una edad media de 38.80 ( $DE =11.72$ ), con un 62.3% de mujeres y un 37.7% de hombres) estuvo formada por dos grupos, uno no clínico ( $n=30$  estudiantes voluntarios sin patología de la personalidad reclutados entre los estudiantes y sus familiares y conocidos de la Universidad de Milán-Bicocca (Italia) (edad media= 40.7 años ( $DE =14.35$ ), con un 76.7% de mujeres y un 23.3% de hombres) y un grupo clínico ambulatorio y no ambulatorio ( $n=49$  pacientes con trastorno de la personalidad; edad media= 36.60 años ( $DE =9.45$ ), con un 53.2% de mujeres y un 46.8% de hombres, en mayor proporción solteros (68.1%), separados o divorciados

(14.9%), con un nivel de estudios de bachillerato o equivalente, el 30.2% estaba en situación de paro). Además de la STIPO, otros instrumentos utilizados en este estudio fueron: la Structured Clinical Interview for Axis II Disorders (SCID II; First y cols., 1997), para el diagnóstico de TP; el Inventory of Personality Organization (IPO, Clarkin y cols., 1995); el Severity Index of Personality Problems (SIPP-118, Verheul y cols., 2008) para evaluar la severidad; el Response Evaluation Measure 71 (REM-71) (Steiner y cols., 2001), que evalúa 21 defensas. Mediante el AFC se testó como modelo base el unidimensional, con todos los índices de ajuste fuera de los valores de aceptación salvo el RMSEA ( $\chi^2$  (4464, n=65)= 4965.391, CFI=.895, TLI=.892, RMSEA=.038). Se testó el modelo teórico en 7 factores propuesto por los autores de la STIPO (Clarkin y cols., 2007; Stern y cols., 2010) que reportó índices de ajuste satisfactorios ( $\chi^2$  (4443, n=65)=4804.102, CFI=.924, TLI=.922, RMSEA=.032). La STIPO mostró una adecuada confiabilidad (consistencia interna) (Identidad  $\alpha$ =.91; Relaciones de objeto  $\alpha$ =.88; Defensas primitivas  $\alpha$ =.83; Defensas avanzadas  $\alpha$ =.86; Agresión  $\alpha$ =.79; Valores Morales  $\alpha$ =.92 y Prueba de realidad  $\alpha$ =.78). La fiabilidad entre observadores también resultó adecuada (los ICC oscilaron entre .85 y .97;  $p$ <.001). Se encontró relación significativa entre las tres dimensiones primarias de la STIPO (Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad), 4 factores del IPO (Inestabilidad de uno mismo y de los demás, Inestabilidad de objetivos, Inestabilidad de conductas y Psicosis) y el factor Defensas inmaduras del REM-71 (con índices de ajuste parcialmente aceptables:  $\chi^2$  (1104, N=79)=1291.711, CFI=.900, TLI=.893, RMSEA=.046;  $p$ <.05). También se encontraron correlaciones significativas entre los dominios principales de la STIPO y los factores y las 16 facetas del SIPP-118 (medida externa de características de la personalidad), encontrando asimismo la contribución única de los tres factores de la STIPO en la predicción de los 5 factores principales y de las 16 facetas de la SIPP-118. Por último, los sujetos del grupo clínico de la muestra obtuvieron puntuaciones medias significativamente más elevadas en la STIPO que los sujetos del grupo control. Además, fueron los factores Identidad y Defensas primitivas los que discriminaron entre pacientes con o sin OLP, no encontrándose diferencias significativas respecto al factor Prueba de realidad (Preti, 2011; Preti cols., 2012).

Döering y cols. (2010), en un ensayo clínico aleatorizado realizado con una muestra clínica ambulatoria ( $n=104$  mujeres) con diagnóstico de TLP según el Manual DSM, estos autores compararon la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFP) con un tratamiento comunitario durante un año. Se usó la STIPO (Clarkin y cols., 2007) como medida de cambio post tratamiento. Los resultados mostraron que la TFP fue más eficaz que el tratamiento por psicoterapeutas comunitarios en la reducción de síntomas límite, en la mejora del funcionamiento psicosocial y la organización de la personalidad. La STIPO (Clarkin y cols., 2007) fue eficaz en la obtención de medidas de cambio post tratamiento en el funcionamiento personal (Döering y cols., 2010).

Hörz y cols., (2012) utilizaron la STIPO (Clarkin y cols., 2007) como una herramienta para evaluar niveles progresivos de patología de la personalidad y como medida de cambio post tratamiento en la organización de la personalidad, en un estudio realizado con una muestra clínica ( $n=104$  pacientes diagnosticados de TLP tras un año de tratamiento con TFP comparados con una muestra de pacientes ambulatorios que recibían tratamiento comunitario). Se empleó la STIPO (Clarkin y cols., 2007) y sus puntuaciones se compararon con las de la SCID-I (First y cols., 1995) y la SCID-II (First y cols., 1997), así como con indicadores de la gravedad clínica del trastorno (intentos de suicidio, conductas autolesivas y utilización de servicios sanitarios). El grupo de pacientes con uno o más TP comórbidos según criterios del Manual DSM, mostró más patología en los dominios de la STIPO y el nivel general de organización de la personalidad que el grupo de pacientes con el único diagnóstico de TLP (por ejemplo, Identidad:  $M = 3,88$  frente a  $M = 3,59$ ,  $t = -2,13$ ,  $p < 0,04$ ). Los resultados fueron similares para el resto de los indicadores de gravedad clínica evaluados. Los pacientes con TP más severos obtuvieron mayores puntuaciones en los dominios de la STIPO y mayor nivel de severidad en su organización de la personalidad y funcionamiento personal. En relación con los resultados del uso de la STIPO como medida de cambio post tratamiento, se encontró que STIPO es útil como medida de cambio, tanto para los pacientes en TFP (pre:  $M = 5,00$ ,  $DE = 0,56$ ; post:  $M = 4,46$ ,  $DE = 0,67$ ;  $d = 1,0$ ,  $p < 0,001$ ) como para los pacientes del grupo de psicoterapeutas comunitarios (pre:  $M = 4,77$ ,  $DE = 0,58$ ; post:  $M = 4,62$ ,  $DE = 0,53$ ;  $d = 0,3$ ,  $p = 0,004$ ), con una superioridad



significativa para el grupo TFP (  $F = 12,136$ ;  $DF = 1, 101$ ;  $p = 0,001$ ) (Hörz y cols., 2012).

Döering y cols. (2013) realizaron un estudio con una muestra clínica de pacientes ambulatorios y no ambulatorios ( $n=125$ , con una edad media de 40.95 años ( $DE = 14.61$ ), el 69.7% mujeres y el 30.3% hombres; con estudios de formación profesional/bachillerato 52.5% y universitarios 27%; en paro 24.6%; casados o conviviendo con la pareja 49.2%; con diagnóstico de TP según el Manual DSM, en Münster (Alemania). En él se adaptó la STIPO al alemán. Se administraron los siguientes instrumentos: la SCID-I (First y cols., 1995) para evaluar síntomas de otros trastornos; la SCID-II (First y cols., 1997) para evaluar TP; el Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) (Von der Tann y OPD Task Force, 2008) para evaluar diagnóstico de trastornos psiquiátricos; el Borderline Personality Inventory (BPI) (Leichsenring, 1999) para evaluar la organización de la personalidad; el Stress-Process Questionnaire (SPQ) (Janke y Erdman, 1997) para evaluar el afrontamiento del estrés; el State-Trait-Anger-Expression-Inventory (STAXI) (Spielberger, 1999) para evaluar la agresión (estado-rasgo); la Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein y Putnam, 1986); el Coping with Conflict Questionnaire (Hentschel y cols., 1998) desarrollado en base al Defense Mechanisms Inventory (DMI) (Gleser e Ihilevich, 1969), que evalúa los estilos de defensa y afrontamiento mediante diez breves narraciones de situaciones sociales conflictivas; el Frankfurt Self-Concept Scales (Deusinger, 1986) para evaluar las actitudes, cogniciones, emociones y comportamientos hacia sí mismo; el Experiences in close relationships (ECR) (Neumann y cols., 2007) que evalúa el apego en las relaciones íntimas; y el Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV) (Schotte y cols., 1998) para el diagnóstico categorial y dimensional de los TP del Manual DSM. Los resultados mostraron una adecuada fiabilidad entre evaluadores (ICC entre .89 y 1.0 para las 7 dimensiones y global .96); una adecuada consistencia interna de la STIPO (Identidad  $\alpha=0.93$ , Relaciones objetales  $\alpha=0.88$ , Defensas primitivas  $\alpha=0.88$ ; Defensas avanzadas (afrontamiento y rigidez)  $\alpha=0.80$ , Agresión  $\alpha=0.83$ , Valores morales  $\alpha=0.84$ , Prueba de realidad  $\alpha=0.69$ ). El  $\alpha$  de Cronbach para la puntuación total calculada a partir de los 100 ítems de la STIPO fue  $\alpha=0.97$ ) y se obtuvo una inter-correlación significativa de las 7 dimensiones (entre .48 y .79). En relación con las correlaciones de la STIPO en

alemán y los otros instrumentos utilizados en el estudio, todas las correlaciones fueron significativas (entre .19 y .60). En general, las correlaciones fueron más altas entre las escalas de la STIPO y las escalas del BPI, así como la escala ADP-IV de TP antisocial. Curiosamente, la dimensión Valores morales de la STIPO mostró las correlaciones más bajas con todas las demás escalas del cuestionario, excepto con la escala TP antisocial del ADP-IV. Las dimensiones de la STIPO obtuvieron elevadas correlaciones entre sí (entre .48 y .79). Los resultados indicaron también que la STIPO en su versión en alemán pudo distinguir bien entre pacientes con y sin TP y entre los distintos grados de gravedad existentes entre los pacientes con TP, es decir, el grado de deterioro del funcionamiento personal, de acuerdo con el Criterio A del MATP del DSM-5 (Döering y cols., 2013).

Esguevillas (2017) y Esguevillas y cols. (2017), realizaron dos estudios cuyos objetivos principales fueron, de un lado, evaluar las posibilidades de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) como instrumento de evaluación psicopatológica y pronóstica de los pacientes con TLP, y de otro lado, evaluar la relación existente entre la categoría nosológica del eje II del Manual DSM y el concepto psicodinámico de organización de la personalidad establecida en función de la estructuración de la identidad, los mecanismos de defensa predominantes y la prueba de realidad. La muestra fue clínica ambulatoria (n=43; edad media 31.74 (DE =9.2), el 81.4% mujeres y el 39% hombres, reclutada de entre los pacientes derivados a una unidad especializada de tratamiento en Madrid (España), con criterios diagnósticos de TLP de acuerdo con el Manual DSM. Se administró a la muestra la STIPO (Clarkin y cols., 2007) y otros instrumentos de evaluación (la SCID-II (First y cols., 1997), la DIB-R (Zanarini y cols., 1987), la Escala de Impresión Clínica Global para TLP (ICG-TLP) (Guy, 1976) como medida de severidad y el Global Assessment of Functioning (GAF- score) (APA, 1994) como medida de funcionamiento global). La STIPO obtuvo relación significativa con: los TP del Clúster B (en especial del trastorno antisocial de la personalidad); con la ICG-TLP y con el GAF. El dominio Identidad – subdominio Sentido del self- resultó el único predictor significativo de funcionalidad (Esguevillas 2017; Esguevillas y cols., 2017).

Ferrer y cols. (2018) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar la relación entre las dimensiones de la organización de la personalidad (OP) de la STIPO

(Clarkin y cols., 2007) y los 3 componentes clínicos de TLP que se derivan de los criterios diagnósticos de TLP del MATP del DSM-5 Sección 2 (disregulación afectiva, disregulación conductual y alteración en las relaciones o hipersensitividad interpersonal) (APA, 2013). La hipótesis principal fue que los pacientes con TLP más grave presentarían una Organización de la personalidad (OP) / funcionamiento personal (FP) más grave, y que se producirían relaciones específicas entre los componentes clínicos del TLP y las dimensiones de personalidad de STIPO. Se administraron la STIPO (Clarkin y cols., 2007) y las entrevistas clínicas semiestructuradas para el DSM-IV, la SCID-I (First y cols., 1995) y la SCID-II (First y cols, 1997) a una muestra clínica (n=206, con una edad media de 28.57 años (DE =9.03 años), 88.8% mujeres) de pacientes alemanes y austríacos con diagnóstico de TLP. Los resultados mostraron que las puntuaciones más altas en las escalas de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) se asociaron con un mayor número de criterios DSM de TLP, lo que podría indicar que tanto la STIPO como la SCID-II podrían ser 2 medidas diferentes y relacionadas que evalúan la gravedad de los pacientes con TLP y la gravedad de la OP como indicador del deterioro en el FP. La SCID-II representa dominios de gravedad asociados a los síntomas y comportamientos agudos de los pacientes con TLP, mientras que el STIPO podría estar cubriendo la gravedad en el ámbito de los déficits en las relaciones interpersonales y, en menor medida, la disregulación afectiva. Estos resultados pusieron de relieve la importancia del FP en la conceptualización de la gravedad en el diagnóstico del TLP, ya que se considera un componente básico del MATP del DSM-5 (APA, 2013). Se observaron, asimismo, relaciones específicas entre las dimensiones de la STIPO y los 3 componentes clínicos del TLP. Las dimensiones de la STIPO se asociaron particularmente con los componentes de alteración de la relación y disregulación afectiva. La correlación entre las dimensiones de la STIPO y la disregulación conductual fue débil. Con respecto a los trastornos comórbidos, las puntuaciones más altas en las dimensiones de la STIPO correlacionaron positivamente con una elevada comorbilidad. De nuevo, se observó una peor OP en los pacientes con TLP con alta comorbilidad, un indicador de la gravedad clínica. Además, se observaron correlaciones interesantes entre escalas individuales de la STIPO y Clústeres de TP: uso de Defensas primitivas y Prueba de realidad con el Clúster A; Valores morales con el Clúster B; e Identidad y Defensas de nivel avanzado con el Clúster C. El componente de alteración de las relaciones, que



incluye los criterios DSM de ideación paranoide relacionada con el estrés, sensación crónica de vacío, alteración de la identidad y relaciones inestables, se predijo mediante las dimensiones STIPO Identidad y Prueba de realidad. Además, el componente de desregulación afectiva, que incluye los criterios DSM de esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, ira inapropiada e inestabilidad afectiva, se asoció con las dimensiones STIPO Defensas primitivas y Agresión. Por último, el componente de desregulación conductual, que incluye los criterios DSM de conducta suicida recurrente e impulsividad en al menos 2 áreas, se asoció positivamente con Agresión y negativamente con Defensas de nivel avanzado (afrentamiento versus rigidez). Los autores concluyeron que los resultados de este estudio ponen de manifiesto la complementariedad de 2 modelos diagnósticos diferentes en una muestra de pacientes con TLP. También concluyeron que puesto que el funcionamiento relacional subyace al concepto de FP del MATP del DSM-5, la STIPO es un instrumento válido y fiable para la evaluación del FP (Ferrer y cols., 2018).

Por último, la STIPO (Clarkin y cols., 2007) dispone también de una Guía de Evaluación de la Personalidad dirigida al clínico (Hörz-Sagstetter y cols., 2018a).

En relación con la estructura interna latente de la entrevista STIPO (Clarkin y cols., 2007), los estudios antecedentes confirmaron una estructura interna del instrumento consistente en 7 factores, los 3 considerados centrales en el diagnóstico de OLP (Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad) y los 4 factores restantes (Relaciones de Objeto, Defensas avanzadas, Agresión y Valores morales) (Stern y cols., 2010; Preti y cols., 2011, 2012; Döering y cols., 2013), con índices de ajuste dentro de los límites de aceptación (Preti, 2011; Preti y cols., 2012).

Los estudios mostraron también evidencia de unas adecuadas consistencia interna y fiabilidad test - retest, tanto de los 3 dominios principales de la STIPO evaluados (Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad) (Stern y cols., 2010; Preti y cols., 2011, 2012; Döering y cols., 2013) como de los otros 4 dominios clínicos (Relaciones de Objeto, Defensas avanzadas, Agresión y Valores morales) (Preti y cols., 2011, 2012; Döering y cols., 2013). En el caso del dominio Prueba de realidad

se obtuvo una consistencia interna inmediatamente inferior a la establecida por Nunnally y Bernstein (1994).

Respecto a la evidencia de validez de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) basada en las relaciones con otras variables, en síntesis, los estudios realizados han mostrado evidencia, asimismo, de las asociaciones convergentes de la STIPO con otros instrumentos de medida psicopatológicos, como el IPO (Stern y cols., 2010; Preti y cols., 2011, 2012) y otros instrumentos de medida de TP, como la SCID-II (First y cols., 1997). Algunos autores encontraron que el dominio Defensas primitivas de la STIPO presentó mayor asociación con los rasgos del Clúster B de TP del Manual DSM. No se encontró asociación significativa entre Defensas primitivas y los rasgos del Clúster C de TP. El dominio Prueba de realidad se asoció en mayor medida con elevados rasgos de TP de los clústeres A y C (Stern y cols., 2010). Otros autores, sin embargo, identificaron otras asociaciones también de interés entre los dominios de la STIPO y Clústeres de TP según el Manual DSM: uso de Defensas primitivas y Prueba de realidad con el Clúster A; Valores morales con el Clúster B; e Identidad y Defensas de nivel avanzado con el Clúster C (Ferrer y cols., 2018). Los estudios realizados han aportado también evidencia de relaciones significativas entre STIPO (Clarkin y cols., 2007) y otras medidas de la patología borderline, tales como organización de la personalidad, afrontamiento del estrés, agresión estado-rasgo, experiencias disociativas, estilos defensivos (Preti, 2011; Preti cols., 2012; Döering y cols., 2013), apego en las relaciones íntimas y medidas del diagnóstico categorial y dimensional de los TP según el Manual DSM (Döering y cols., 2013). Más concretamente las asociaciones de la STIPO fueron más significativas con medidas de organización de la personalidad (Döering y cols., 2013), así como otros constructos estrechamente asociados con la patología de la personalidad y centrales para el Clúster B (APA, 2013) de los TP, por ejemplo, afecto negativo y positivo, agresión y ajuste interpersonal (Stern y cols., 2010), con los TP del Clúster B (en especial del TP antisocial) según el Manual DSM (Esguevillas, 2017, y Esguevillas cols., 2017) y con otras medidas del TP antisocial (Döering y cols., 2013). Asimismo, la STIPO ha mostrado potencia en la evaluación de niveles progresivos de patología de la personalidad, encontrándose que a más diagnósticos comórbidos de TP según la SCID-II y más indicadores de severidad como son variables relacionadas con el uso de servicios de urgencias, o tentativas

autolíticas, se dieron puntuaciones en STIPO más elevadas que indicaron mayor severidad (Hörz y cols., 2012; Ferrer y cols., 2018). Se ha obtenido evidencia también de la asociación significativa de la STIPO con instrumentos de evaluación de la severidad como la ICG-TLP y del deterioro del funcionamiento personal como el GAF (Esguevillas, 2017 y Esguevillas cols., 2017). En relación con los dominios clínicos de la STIPO, algunos autores han obtenido que el dominio Identidad – subdominio sentido del self- resultó el único predictor significativo de funcionalidad (Esguevillas, 2017).

Asimismo, los estudios han mostrado evidencia de que la STIPO (Clarkin y cols., 2007) diferencia adecuadamente personalidad normal de personalidad patológica (evidencia de validez de criterio) (Horz y cols., 2009; Preti, 2011; Preti cols., 2012; Döering y cols., 2013), mostrando algunos estudios que fueron los factores Identidad y Defensas Primitivas los que discriminaron pacientes con y sin OLP, sin diferencias significativas respecto al factor Prueba de realidad (Preti, 2011; Preti cols., 2012).

Por último, se ha obtenido evidencia de que la STIPO (Clarkin y cols., 2007) es un instrumento útil para evaluar cambios en la estructura de la personalidad (Döering y cols., 2010; Hörz y cols., 2012; Döering y cols., 2013) y en el funcionamiento personal (Esguevillas y cols, 2017; Ferrer y cols., 2018).

Entre las ventajas clínicas de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) está que el instrumento proporciona un perfil del funcionamiento de los pacientes, que va desde áreas de funcionamiento personal adecuadas a inadecuadas (Clarkin y cols., 2018<sub>a</sub>). Este enfoque de la evaluación de la personalidad es consistente con el modelo de Kernberg basado, en parte, en la teoría de las relaciones de objeto y también con la dirección que está tomando el DSM-5 (APA, 2013) con el enfoque de la Sección 3 para la evaluación dimensional y el diagnóstico de la patología de la personalidad. De hecho, la STIPO es una herramienta confiable para obtener información del paciente que se puede utilizar para calificar el nivel de funcionamiento de la personalidad en el DSM-5, Sección 3 (Preti y cols., 2018).

En tanto que basada en un modelo psicoanalítico, podría pensarse que su uso es limitado y que la STIPO es de difícil aplicación sin haber realizado formación psicoanalítica previa en el modelo. Sin embargo, los resultados de un estudio realizado por Preti y cols. (2018) indicarían que ese presupuesto podría deberse más a un prejuicio que a una realidad. En el estudio realizado con una muestra de 73 estudiantes de psicología pregrado sin experiencia clínica, se pidió a los estudiantes que evaluaran el funcionamiento personal de diez pacientes utilizando el Level of Personality Functioning Scale (LPFS) (Bender y cols., 2018) mientras visionaban entrevistas STIPO. Las medidas obtenidas mediante el LPFS correlacionaron de forma significativa con las medidas del mismo instrumento realizadas por clínicos expertos. Además, las medidas obtenidas por los estudiantes se asociaron significativamente a las realizadas por los clínicos mediante la STIPO (Clarkin y cols., 2007), mostrando cómo evaluadores sin experiencia ni entrenamiento en la STIPO pueden evaluar la personalidad patológica de forma fiable mediante el LPFS basándose en material clínico obtenido mediante la STIPO (Preti y cols., 2018).

Concluyendo, los estudios realizados con la STIPO (Clarkin y cols., 2007) han proporcionado resultados interesantes en cuanto a su potencia en el ámbito del diagnóstico de la OLP, así como respecto a su capacidad para medir cambios en el funcionamiento personal.

En el artículo de validación de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) al alemán ya se señaló la necesidad de revisar y obtener evidencia de validez de la STIPO en una versión más corta que facilite su aplicabilidad en el ámbito clínico (Döering y cols., 2013). Este punto resulta de sumo interés en nuestro contexto, en el cual la atención clínica se realiza fundamentalmente desde la red pública de salud mental. En ella es esencial optimizar tiempo y recursos a la hora de evaluar a los pacientes y de planificar los tratamientos de forma ágil y con rigor.

#### 1.5.4.1.3. La Structured Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders Revised (STIPO-R)

La Structured Interview of Personality Organization Revised (STIPO-R) (Clarkin y cols., 2016) es el instrumento objetivo de este estudio, que se adaptará al castellano y del que se quieren obtener evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna). La STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) es una versión revisada de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) y constituye una versión más breve de la misma, de 55 ítems, realizada pensando en mejorar su tiempo de administración, su uso clínico y para investigación. También se amplía el instrumento incluyendo una escala que evalúa narcisismo (Clarkin y cols., 2016, 2019).

En el manual de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2019, última revisión 2021) los autores explican que, con la experiencia clínica adquirida con la STIPO (Clarkin y cols., 2007), deciden centrar la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en la evaluación de los 5 dominios y 11 subdominios de la STIPO (Clarkin y cols., 2007), (Clarkin y cols., 2019) (Tabla 2), manteniendo todos los dominios anteriores presentes en la STIPO (Clarkin y cols., 2007), con la excepción del dominio Defensas de nivel avanzado (Afrontamiento versus Rigidez de carácter). Sin embargo, nos encontramos con la discrepancia de que la propia entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) contiene los 6 dominios y 11 subdominios que ya contenía la STIPO (Clarkin y cols., 2007), que son: 1) Identidad (que contiene a su vez 3 subdominios: capacidad para involucrarse / invertir; sentido del self y sentido de los demás); 2) Relaciones de Objeto (cuyos subdominios son: relaciones interpersonales; relaciones íntimas y sexualidad, y modelo interno de funcionamiento en las relaciones interpersonales); 3) Defensas Primitivas o de nivel inferior; 4) Defensas de nivel avanzado o de nivel superior (Afrontamiento versus Rigidez de carácter), 5) Agresión (cuyos subdominios son: autoagresión, y agresión dirigida a otros) y 6) Valores Morales (Clarkin y cols., 2016).

El manual consta de preguntas en cada uno de los ítems para realizar al paciente y permitir al entrevistador la exploración en profundidad de cada uno de ellos.

A continuación, se presenta la definición de los dominios de la Personalidad medidos en la STIPO-R (Clarkin y cols., 2019):

1. **Identidad:** constituye una experiencia interna (sentido subjetivo de sí mismo), integrada (yo cohesionado) y estable de uno mismo y de los demás. También se corresponde con la construcción de la identidad en lo referente a la conducta, como es la capacidad de invertir tiempo y esfuerzo en el trabajo de forma estable, así como en las relaciones íntimas. Así, en una identidad consolidada las experiencias de uno mismo y de los demás están bien integradas y tienen profundidad y sutileza, y cualidades positivas y negativas, es decir, tienen las cualidades de objetos internos completos y son relativamente estables a lo largo del tiempo. Una experiencia no integrada e inestable de uno mismo y de los demás (difusión de la identidad), es responsable del sentido subjetivo de no tener un yo cohesionado, con las consiguientes dificultades en la capacidad de definirse claramente a uno mismo y a los demás y para invertir tiempo y esfuerzo en el trabajo y las relaciones. Las experiencias subjetivas del yo y los otros son polarizadas, contradictorias, inestables y superficiales, es decir, tienen la cualidad de objetos internos parciales.

La identidad se evalúa en la STIPO-R mediante el examen de la capacidad del individuo para invertir tiempo y esfuerzo en trabajo o estudios y actividades de tiempo libre, y el grado de integración y estabilidad del sentido del yo, incluyendo la autoestima. También se evalúa el sentido subjetivo de los demás por parte del sujeto evaluado, su grado de integración y estabilidad en la experiencia interna de los otros, junto con la capacidad de percibir a los otros en profundidad, más allá de sus comportamientos, y también de percibir con relativa precisión lo que otros están sintiendo y pensando.

2. **Relaciones de objeto:** se refiere tanto a la calidad de las relaciones interpersonales del sujeto, como a la naturaleza de la experiencia interna del sujeto de sí mismo y de los otros en interacción. La calidad de las relaciones de objeto se describe en términos de la estabilidad, grado de integración y



profundidad de la experiencia interna del sujeto, tanto de sí mismo como de los demás en interacción y también en términos de capacidad de inversión en las relaciones. La calidad de las relaciones objeto se evalúa examinando la naturaleza y la estabilidad de las relaciones interpersonales y de las relaciones íntimas, la capacidad de combinar la ternura con el erotismo, la tendencia a ver las relaciones en términos de satisfacción de la necesidad, la empatía y la capacidad para mantener un compromiso con los demás a lo largo del tiempo.

3. Defensas primitivas o de nivel inferior de organización de la personalidad: los mecanismos de defensa son las reacciones habituales que el sujeto utiliza para tolerar la ansiedad. Las defensas primitivas, como la escisión, la idealización/devaluación, la negación o la identificación proyectiva, son características de individuos con una organización de personalidad límite de nivel inferior (más grave). La STIPO-R evalúa la presencia de defensas primitivas indagando sobre los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales conscientes del sujeto ante situaciones estresantes que conllevan una elevada ansiedad.
4. Defensas avanzadas o de nivel superior de organización de la personalidad (Adaptabilidad versus Rigidez de carácter): las defensas avanzadas se evalúan en un continuum que va de la adaptabilidad a la rigidez de carácter. La adaptabilidad se refiere a la capacidad del individuo para responder de forma flexible y adaptativa a situaciones que son potencialmente estresantes. Una respuesta adaptativa minimiza el malestar psicológico y suele ser adecuada a las circunstancias externas. La rigidez se refiere a la tendencia estable a responder a situaciones potencialmente estresantes, de una manera automática y estereotipada que resultaría desadaptativa. Una respuesta desadaptativa, que refleja la rigidez del carácter, provoca malestar psicológico. Las defensas de nivel avanzado corresponderían a una organización límite de la personalidad menos grave. La STIPO-R evalúa cómo el individuo anticipa y responde a situaciones estresantes, así como el grado en que el individuo es capaz de tolerar estar en situaciones que están fuera de su control.



5. **Agresión:** la STIPO-R evalúa la calidad de la agresión, que se refiere al grado en que la vida interior del sujeto y el comportamiento externo del mismo están dominados por la agresividad. La agresión se evalúa en la STIPO-R examinando el comportamiento autodestructivo y hetero destructivo.
6. **Valores morales:** la evaluación de los valores morales se refiere al grado en que el sujeto ha interiorizado unos valores éticos y una moral estables, que afectan a su experiencia interna y guían su comportamiento. La moral y los valores se evalúan en la STIPO-R examinando el comportamiento del sujeto en relación con la toma de decisiones morales y la capacidad de experimentar sentimientos de culpa.

En la Tabla 2 pueden consultarse los dominios y subdominios de la STIPO-R, así como los ítems de la entrevista que forman parte de estos.

**Tabla 2.**

**Tabla informativa: Dominios y subdominios de la STIPO-R (adaptado de Clarkin y cols., 2016 Entrevista STIPO-R, pág. 2; Manual de la STIPO-R, 2019, pág. 8)**

<b>STIPO – R (55 ítems)</b>	
<b>Dominios (5)</b>	<b>Subdominios (11)</b>
1. Identidad (15 ítems)	1.1. Capacidad para invertir en trabajo, estudios, ocio (Idinv. Ítems 1-4) 1.2. Coherencia y continuidad del self (Idcc. Ítems 5-11) 1.3. Representación de los otros (Idro. Ítems 12-15)
2. Relaciones de objeto (15 ítems)	2.1. Relaciones interpersonales (Obri. Ítems 16-19) 2.2. Relaciones íntimas y sexualidad (Obint. Ítems 20-24) 2.3. Inversión interna de los otros / modelo interno de relaciones (Ointinv. Ítems 25-30)
3. Defensas (10 ítems)	3.1. Defensas primitivas o de bajo nivel de organización de la personalidad (Defp. Ítems 31-36) 3.2. Defensas de alto nivel de organización de la personalidad (Afrontamiento / rigidez) (dnshdl. Ítems 37-40)*
4. Agresión (9 ítems)	4.1. Agresión autoinfligida (Agau. Ítems 41-44) 4.2. Agresión a otros (Ago. Ítems 45-49)
5. Valores morales (6 ítems)	(vm. Ítems 50-55)
* Aparece como subdominio en el Manual, en el que se especifica que la entrevista tiene 5 dominios y 11 subdominios. Sin embargo, en la versión original de la entrevista aparece como un dominio clínico diferenciado, teniendo finalmente la entrevista 6 dominios y 11 subdominios.	
Escala de Narcisismo (11 ítems)	Ítems: 3, 9, 11, 25, 26, 29, 30, 32, 36, 46, 55

El formato de puntuación de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) es similar al del (IPDE), desarrollado por Loranger (1995), el cual fue también consultor en la construcción de la STIPO (Clarkin y cols., 2007). Del mismo modo que el IPDE, el entrevistador puede usar cualquier información adicional externa a la situación de la entrevista (por ejemplo, miembros de la familia, ex terapeutas).

Una vez finalizada la entrevista se obtienen dos puntuaciones (Clarkin y cols., 2019):

- 1) La media aritmética de las calificaciones de tres puntos de los dominios y subdominios antes mencionados. Un método alternativo es sumar las puntuaciones individuales de cada dominio y subdominio obteniendo una puntuación directa total de dominio o dimensión. Esta puntuación permite al clínico concluir si el sujeto evaluado cumple o no criterios de estructura patológica de la personalidad (OLP) (diagnóstico categorial). Para ello el sujeto evaluado ha de obtener una puntuación media en la entrevista STIPO-R  $> 1$  y hasta 2 (primera puntuación). A mayor puntuación media, mayor gravedad de la OLP.
- 2) Y dicha puntuación, se valora de nuevo en una escala de 5 puntos para valorar la gravedad y severidad e impacto de la cualidad evaluada en el funcionamiento personal, basada en el juicio clínico, donde 1 indica buen funcionamiento psicosocial y menor impacto de la patología en el funcionamiento personal y 5 deterioro severo del mismo en los dominios y subdominios valorados por la STIPO-R. Las puntuaciones obtenidas mediante la escala de 5 puntos en cada dominio clínico configuran prototipos de Organización de la Personalidad (OP), que van de personalidad normal a personalidad patológica (OLP), con progresivos niveles de patología de menor a mayor severidad, pudiendo obtener niveles de OLP, como son: OLP Borderline 1 menos grave (rango de las dimensiones 2-3), OLP Borderline 2 gravedad media (rango de las dimensiones 3-5); y OLP Borderline 3 más grave (rango de las dimensiones 4-5). La STIPO-R consta también de una Escala de Narcisismo cuyos ítems no son propios de la escala, sino pertenecientes a los distintos dominios y subdominios de STIPO-R, que son:

3, 9, 11, 25, 26, 29, 30, 32, 36, 46, 55. Se obtienen dos puntuaciones de Narcisismo del mismo modo que las de los dominios de la STIPO-R. El resultado de la Escala de Narcisismo no se utiliza para obtener la puntuación en la entrevista. También se tiene en cuenta si el sujeto puntúa en dicha escala para considerar OLP con estructura Narcisista, que en niveles máximos de puntuación (dimensiones puntuadas con 5) se correspondería con OLP Narcisista muy grave, cercana a la estructura de tipo Antisocial (diagnostico dimensional) (Clarkin y cols., 2019) (Tabla 3).

El manual de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2019) proporciona operacionalizaciones para obtener cada una de las puntuaciones en los 6 niveles anteriores de la personalidad. Los niveles de Personalidad Neurótica 1 y 2 se corresponden con una organización de la personalidad cuya identidad es integrada y que utilizan mecanismos de defensa más maduros. Los niveles Personalidad Límite 1, 2 y 3 (OLP) representan niveles progresivos de mayor difusión de la identidad y mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización-devaluación e identificación proyectiva, entre otros), así como presencia de autoagresión y hetero agresión, rasgos antisociales y un juicio de realidad alterado únicamente en situaciones de estrés.

**Tabla 3.**

**STIPO-R: Puntuaciones dimensionales y niveles de organización de la personalidad (OP)** (adaptado de Clarkin y cols., 2019. Manual de la STIPO-R. pág. 9)

STIPO – R Clasificaciones Dimensionales	OP Normal	OP Neurótica (OPN)		OP Límite (OLP)		
		OPN1	OPN2	OLP1 (nivel alto /menos grave)	OLP2 (nivel medio)	OLP3 (nivel bajo/más grave)
Identidad	1	1	2	3 Rango 2-3	4 Rango 3 – 5	4 o 5 4 o 5
Relaciones de Objeto	1	2 Rango 1 – 2	3 Rango 2 – 3	3 Rango 2 -3	4 Rango 3 – 5	5 4 o 5
Defensas	1	2 Rango 2 – 3	2	3	4 Rango 4 – 5	4 o 5
Agresión	1	2 Rango 1 – 3	2 Rango 1 – 3	3 Rango 2 – 3	4 Rango 3-4	4 o 5
Valores Morales	1	2 Rango 1 – 2	3 Rango 2 – 3	3 Rango 2 – 3	3 Rango 3 – 4	4 o 5 4 o 5

La entrevista requiere un tiempo de administración entre 60 y 90 minutos, el cual estará en función del nivel de severidad y del estado del paciente en el momento de la evaluación.

Actualmente, diversos grupos de investigación están trabajando para la traducción, validación y adaptación de la STIPO- R (Clarkin y cols., 2016) en Polonia, China, Turquía, Hungría, República Checa, Rusia, Argentina y Brasil (Clarkin, y cols., 2019). Sin embargo, hasta la fecha, no existen estudios publicados sobre la adaptación y validación de la versión original en inglés de la STIPO-R, ni tampoco en idioma castellano.

# JUSTIFICACIÓN



## 2. JUSTIFICACIÓN

Tal y como se ha señalado en la introducción de la presente tesis doctoral, en las últimas décadas se han desarrollado diversos instrumentos para el diagnóstico de los TP. Tanto los instrumentos desarrollados desde el modelo diagnóstico categorial como los desarrollados desde el modelo diagnóstico dimensional, han recibido críticas. Dichas críticas han tratado de resolverse desde el Manual DSM-5 (APA, 2013) con la propuesta de un modelo de diagnóstico del TP, híbrido, que integre las perspectivas categorial y dimensional. Sin embargo, hasta la fecha, pocos han sido los instrumentos desarrollados desde este modelo híbrido. La propuesta híbrida del Manual DSM-5 (APA, 2013) para evaluar TP podría sintetizarse en: el uso y mantenimiento de criterios y subtipos de TP de versiones anteriores del Manual en su Sección 2, para el diagnóstico categorial mediante la SCID-II (First y cols., 1997). Para el diagnóstico dimensional, se propone, en la Sección 3, la evaluación del grado de discapacidad en el funcionamiento personal e interpersonal siguiendo el criterio de severidad – Criterio A- (Morey y cols., 2017) y la evaluación de los rasgos de personalidad (Criterio B) (APA, 2013).

Para diagnosticar TP, en el DSM-5 (APA, 2013), se indica que el clínico proceda, en primer lugar, con la evaluación del grado de discapacidad en el funcionamiento personal (funcionamiento del sí mismo o self) e interpersonal (el sí mismo en relación con los demás), siguiendo el criterio de severidad – Criterio A- (Morey y cols., 2017), incluyendo el funcionamiento personal e interpersonal y la patología de la identidad como criterios diagnósticos de la severidad de los TP. Para evaluar el nivel de funcionamiento de la personalidad se sugiere el uso de la Level of Personality Functioning Scale (LPFS) (Morey y cols., 2017) (APA, 2013), que, según algunos autores, requiere del uso de otros instrumentos complementarios para evaluar severidad, como la ICG-TLP (Torres-Soto, 2018).

En segundo lugar, se indica proceder con la evaluación de los rasgos de personalidad (Criterio B) mediante el PID-5 (Krueger y cols., 2012) (APA, 2013).



Respecto al PID-5 (Krueger y cols., 2012), este instrumento está siendo utilizado para evaluar TP en la práctica clínica habitual con buenos resultados, es uno de los instrumentos más utilizados en los estudios de adaptación y validación de instrumentos para evaluar TP y su uso constituye una forma de operacionalizar la evaluación diagnóstica del modelo dimensional del Manual DSM-5 (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022). Los resultados de los estudios de adaptación y validación del instrumento a diversos idiomas, entre otros al idioma castellano, han proporcionado evidencia de sus adecuadas propiedades psicométricas (evidencias de validez y fiabilidad) y de su utilidad clínica (Gutiérrez y cols., 2017). Además, en diversos estudios de adaptación y validación del PID-5 realizados con muestras clínicas de pacientes con diagnóstico de TP, este ha mostrado asociaciones con otros instrumentos dimensionales de evaluación del TP como el Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ) (Livesley y Jackson, 2009), entre otros. Por tanto, parece de interés poder realizar otros estudios con el PID-5 y con muestras de TP que amplíen la evidencia en la dirección de apoyar la exploración de la relación del PID-5 con otros instrumentos dimensionales que sean asimismo de utilidad en la práctica clínica y que estén en línea con el MATP del DSM-5 (APA, 2013) (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022).

Considerando las nuevas propuestas mencionadas en el Manual DSM-5 (MATP, APA, 2013), resultaría necesario desarrollar instrumentos de evaluación y diagnóstico de TP adaptados a nuestro entorno, con evidencias de validez y fiabilidad, en línea con el nuevo MATP, que incluyan, como incluye el MATP, la evaluación de la patología del funcionamiento personal e interpersonal, así como de la identidad, y su severidad de forma ágil y que contemplen, asimismo, las perspectivas tanto categorial como dimensional (Di Pierro y cols., 2020). Ello permitiría al clínico una aproximación más rica a la comprensión y al complejo diagnóstico de los TP y la realización de una detallada planificación del tratamiento, teniendo en cuenta la información tanto de aquellas áreas funcionales como disfuncionales detectadas (Clarkin y cols., 2018<sub>a</sub>, Clarkin, 2018<sub>c</sub>).

Algunos de los desarrollos del modelo híbrido, como el modelo estructural de la personalidad de Kernberg, están en línea con el modelo propuesto por el Manual DSM-5 (APA, 2013), ya que integra las perspectivas categorial y dimensional (Hörz-

Sagstetter y cols., 2021b), así como los elementos que, para el Manual, como se ha señalado, son centrales en su caracterización: la patología de la identidad y su impacto en el funcionamiento personal e interpersonal (Kernberg, 2016b, Stern y cols., 2018). Sin embargo, pocos han sido los instrumentos de evaluación desarrollados desde dichas vertientes adaptados a nuestro entorno. Más concretamente, entre las entrevistas disponibles en castellano, no existe hasta la fecha ninguna que permita la evaluación simultánea de la estructura de la personalidad, de forma ágil, con evidencias de validez y fiabilidad, desde el modelo categorial y dimensional y que incorpore, al mismo tiempo, siguiendo el modelo propuesto por el Manual DSM-5 (APA, 2013), la evaluación de la identidad y las relaciones y el impacto de las alteraciones en las mismas en el funcionamiento personal e interpersonal, es decir, la severidad.

Como ya se ha comentado en el punto 1.5.4.1. Instrumentos de evaluación desarrollados desde el modelo de Kernberg, pág. 64 de la presente tesis doctoral, se han desarrollado diversos instrumentos basados en el modelo teórico de la personalidad de Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005), usados en muestras clínicas y no clínicas, con evidencias de validez y fiabilidad (consistencia interna y test-retest) que permiten el diagnóstico del TP desde el modelo de Kernberg (OLP), como son el IPO (Clarkin y cols., 1995) y la STIPO (Clarkin y cols., 2007). La STIPO (Clarkin y cols., 2007) dispone de una versión revisada en inglés, la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), que es más breve y se realizó pensando en mejorar el tiempo de administración en su uso clínico y en investigación (Clarkin y cols., 2016, 2019). El instrumento STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) permite la evaluación ágil y exhaustiva de la estructura de la personalidad en línea con el Manual DSM-5 (APA, 2013), aunque no hay datos publicados hasta la fecha del proceso de validación del instrumento original en inglés.

Por tanto, el objetivo de la presente tesis doctoral es adaptar al idioma castellano y obtener evidencias de validez y fiabilidad de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano (instrumento objetivo de este estudio). En síntesis, se quiere estudiar si la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, es un instrumento que permite el diagnóstico ágil y exhaustivo de la estructura de la personalidad normal y patológica con adecuadas propiedades psicométricas;

que permite, asimismo, evaluar sus alteraciones psicopatológicas y el funcionamiento personal (organización límite de la personalidad), según el modelo de Kernberg, desde una perspectiva categorial y dimensional. Para ello, en el presente estudio se quieren obtener evidencias de validez de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, basadas en: el contenido de la prueba (validez de contenido); en su estructura interna (validez estructural); en su relación con otras variables (validez concurrente) y en la capacidad de la STIPO-R para diferenciar personalidad normal y personalidad patológica (validez de criterio). Además, se evaluará la confiabilidad (consistencia interna) de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano.

En relación con la evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables (validez concurrente), en la presente tesis doctoral esta se estudia mediante la evaluación de la relación del instrumento STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, con otros instrumentos de evaluación de los TP indicados por el Manual DSM-5 en su propuesta de modelo híbrido y que además constituyen una referencia en otros estudios antecedentes de validación de otros instrumentos de evaluación del TP (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig., 2022), como son la SCID-II para el diagnóstico categorial (First y cols., 1997; versión adaptada al castellano por Gómez-Beneyto, 1994) y el PID-5 (Krueger y cols., 2012; versión adaptada al castellano por Gutiérrez y cols., 2017) para el diagnóstico dimensional (Criterio B). Con respecto al PID-5, se explorará por primera vez su relación con la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, con el objetivo de ampliar la evidencia ya aportada por estudios previos de la relación del PID-5 con otros instrumentos de medida de la personalidad dimensionales y de utilidad en la práctica clínica (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022).

A continuación, se formulan los objetivos de la presente tesis doctoral.

# OBJETIVOS



### 3. OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es disponer de un instrumento en castellano que permita diferenciar adecuadamente personalidad normal de personalidad patológica, realizar diagnóstico de la estructura de la personalidad, sus alteraciones psicopatológicas y el funcionamiento personal (organización límite de la personalidad) según el modelo de Kernberg, de forma ágil, con evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna), desde una perspectiva categorial y dimensional, aumentando y mejorando la información obtenida por el clínico en su práctica clínica en el proceso diagnóstico de los TP.

Por tanto, en la presente tesis doctoral se adaptará al castellano la versión original en inglés de la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) y se estudiarán sus propiedades psicométricas, en una muestra formada por un grupo clínico de pacientes con diagnóstico de TP y por un grupo control de sujetos sin diagnóstico de TP en los últimos diez años.

Para conseguir este objetivo principal se han establecido los siguientes objetivos secundarios:

1. Evaluar la evidencia de validez de la entrevista STIPO-R en su versión en castellano, basada en el contenido de la prueba (validez de contenido).
2. Evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la entrevista STIPO-R basada en su estructura interna (validez estructural), estudiando la estructura interna propuesta por los autores de la versión original en inglés, de 6 dominios psicopatológicos y 55 ítems: 1) Identidad (ítems 1 a 15); 2) Relaciones de Objeto (ítems 16 a 30); 3) Defensas primitivas o de nivel inferior (ítems 31 a 36); 4) Defensas avanzadas o de nivel superior (ítems 37 a 40); 5) Agresión (ítems 41 a 49) y 6) Valores Morales (ítems 50 a 55) (Clarkin y cols., 2016, 2019).

3. Evaluar la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la entrevista STIPO-R.
4. Evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la entrevista STIPO-R basada en las relaciones con otras variables (validez concurrente), más concretamente con:
  - 4.1. La Structured Clinical Interview for DSM – IV Axis II Personality Disorders (SCID – II) (First y cols., 1997; adaptación española por Gómez-Beneyto, 1994) para los sujetos pertenecientes al Clúster B según la SCID-II, en un grupo de pacientes psiquiátricos (grupo clínico) con diagnóstico de TP (perspectiva categorial).
  - 4.2. El Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) (Krueger y cols., 2012; adaptación española Gutiérrez y cols., 2017) con la STIPO-R en un grupo de pacientes psiquiátricos (grupo clínico) con presencia de diagnóstico de TP y en un grupo de sujetos voluntarios sin diagnóstico de TP en los últimos diez años (grupo control) (perspectiva dimensional).
5. Evaluar si la versión en castellano de la entrevista STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica (validez de criterio).

Seguidamente, se formulan las hipótesis del presente estudio de acuerdo con los objetivos de este.



# HIPÓTESIS



## 4. HIPÓTESIS

Como ya se ha comentado en la introducción del presente estudio, la versión original en inglés del instrumento STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), que es una versión más breve de la STIPO (Clarkin y cols., 2007), no dispone, hasta la fecha, de datos publicados sobre su adaptación y validación. De modo que, tanto la hipótesis principal del presente estudio como las secundarias (que se relacionan a continuación), se apoyan en estudios previos realizados con los instrumentos antecedentes de la STIPO-R, es decir, el IPO (Clarkin y cols., 1995, adaptación en castellano, Cosentino y cols., 2017) y la STIPO (Clarkin y cols., 2007).

La hipótesis principal de la presente tesis doctoral es que la entrevista semiestructurada STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, permitirá diferenciar adecuadamente personalidad normal de personalidad patológica, diagnosticar la estructura de la personalidad, sus alteraciones psicopatológicas y el funcionamiento personal (organización límite de la personalidad) según el modelo de Kernberg, de forma ágil, con evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna), desde una perspectiva categorial y dimensional, aumentando y mejorando la información obtenida por el clínico en su práctica clínica en el proceso diagnóstico de los TP.

Para probar esta hipótesis principal se han establecido las siguientes hipótesis secundarias:

1. La versión en castellano de la entrevista STIPO-R obtendrá una adecuada evidencia de validez basada en el contenido de la prueba, dándose concordancia de asignación (medida mediante el índice de kappa (Cohen, 1960)), y con un nivel de acuerdo mínimo fuerte, es decir, entre 0.80-0.90 (McHugh, 2012), tanto de todos sus dominios psicopatológicos, como también de sus subdominios, así como de la Escala de Narcisismo del instrumento, entre todos los jueces en conjunto (índice Kappa overall -Cohen, 1960-) respecto a la asignación teórica predefinida en la propia entrevista STIPO-R. La concordancia se dará

también entre cada uno de los distintos jueces expertos (Zapata-Ospina y García-Valencia, 2020) respecto a la asignación teórica predefinida en la propia entrevista STIPO-R.

2. La versión en castellano de la entrevista STIPO-R obtendrá una adecuada evidencia de validez basada en la estructura interna de la prueba, evaluada mediante un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y medirá los 6 dominios psicopatológicos con sus 55 ítems propuestos por los autores de la versión original en inglés (Clarkin y cols., 2016, 2019), los cuales se corresponderán con 6 de los dominios psicopatológicos identificados en la validación de los instrumentos antecedentes que son: el Inventario de Organización de la Personalidad (IPO), Clarkin y cols. (1995), utilizado en los estudios de Cosentino (2017) (adaptación y validación en castellano); Hörz-Sagstetter y cols. (2021<sub>a</sub>) y Unoka y cols. (2022). Y la Structured Interview of Personality Organization (STIPO) (Clarkin y cols., 2007); utilizada en los estudios de Preti (2011) y Preti cols. (2012) (adaptación y validación al italiano). Los 6 dominios psicopatológicos mencionados son: 1) Identidad (ítems 1 a 15); 2) Relaciones de Objeto (ítems 16 a 30); 3) Defensas Primitivas o de nivel inferior (ítems 31 a 36); 4) Defensas avanzadas o de nivel superior (ítems 37 a 40); 5) Agresión (ítems 41 a 49) y 6) Valores Morales (ítems 50 a 55) (Clarkin y cols., 2016, 2019). Se obtendrán índices de ajuste del modelo dentro de los límites de aceptación: la razón de verosimilitud ( $\chi^2$  no significativa;  $p < .05$ ) (Buse, 1982; Deeks, 2004); el Comparative Fit Index (CFI > 0.90) (Bentler, 1990); el Tucker-Lewis Index (TLI > 0.90) (Tucker-Lewis, 1973); el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA < 0.08) (Steiger y Lind, 1980) y el Standardized root mean square residual (SRMR < 0.08) (Bentler, 1995; Hu y Bentler, 1999).
3. La versión en castellano de la entrevista STIPO-R y sus 6 dominios psicopatológicos obtendrán una adecuada confiabilidad (consistencia interna) medida a través del coeficiente Omega de McDonald ( $\omega$  total; McDonald, 1999; Werts y cols., 1974) con resultados entre 0.7 y 1 (George y Mallery, 2003, Hair y cols., 2010), en línea con los estudios antecedentes

realizados con el IPO (Lenzenweger y cols., 2001; Preti y cols., 2015; Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021; Unoka y cols., 2022) y la STIPO (Stern y cols., 2010; Preti y cols., 2011, 2012; Döering y cols., 2013).

4. La versión en castellano de la entrevista STIPO-R obtendrá una adecuada evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables, más concretamente con:
  - 4.1. La Structured Clinical Interview for DSM – IV Axis II Personality Disorders (SCID – II) (First y cols., 1997; versión en castellano, Gómez-Beneyto, 1994) que es el instrumento que se indica en el DSM-5 en su Sección 2 (APA, 2013) para la perspectiva categorial en la evaluación de los TP y que se utiliza como gold standard en el presente estudio para los sujetos pertenecientes al Clúster B según la SCID-II, en un grupo de pacientes psiquiátricos (grupo clínico) con diagnóstico de TP.
    - 4.1.1. Se espera que la puntuación media global STIPO-R sea significativamente mayor en aquellos sujetos del grupo clínico clasificados por la SCID-II como pertenecientes al Clúster B (Stern y cols., 2010; Döering y cols., 2013; Esguevillas, 2017 y Esguevillas cols., 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub>) y en menor medida a los Clústeres A (Stern y cols., 2010); y C (Stern y cols., 2010; Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub>).
    - 4.1.2. Se espera, asimismo, que las puntuaciones medias de la STIPO-R sean significativamente mayores para el Clúster B en los dominios de la STIPO-R Identidad, Defensas primitivas (Lenzenweger y cols., 2001; Cosentino y cols., 2017), Defensas de nivel avanzado (Stern y cols., 2010), Agresión (Stern y cols., 2010; Esguevillas, 2017; Esguevillas cols., 2017) y Valores Morales (Döering y cols., 2013). Y también para la Escala de Narcisismo (Kernberg, 2010; Sedikides, 2021). No se obtendrá asociación entre el dominio Relaciones de objeto de la STIPO-R en su versión en castellano y la SCID-II (Clarkin y cols., 2018<sub>a</sub>; Preti y cols., 2018).

4.2. El Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) (Krueger y cols., 2012; adaptación española Gutiérrez y cols., 2017) del que se explorará por primera vez su relación con la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano. El PID-5 es el instrumento que se indica en el Modelo Alternativo de los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 para la perspectiva dimensional en su Sección 3 (Criterio B) en la evaluación de los TP (APA, 2013), siendo uno de los instrumentos de referencia más utilizados en estudios de validación de instrumentos de evaluación de los TP (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022) y que ha mostrado asociaciones con los criterios diagnósticos de los TP y los problemas interpersonales (Al-Dajani y cols., 2016). Por ello, el PID-5 (Krueger y cols., 2012) en su versión adaptada al castellano (Gutiérrez y cols., 2017) se utiliza como instrumento de referencia en el presente estudio para la adaptación y validación de la versión en castellano de la STIPO-R desde la perspectiva dimensional, en un grupo de pacientes psiquiátricos con presencia de diagnóstico de TP (grupo clínico) y en un grupo de sujetos voluntarios sin diagnóstico de TP en los últimos diez años (grupo control).

4.2.1. Se espera que se dé una asociación lineal positiva (medida mediante el coeficiente de correlación de Pearson) entre los dominios de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y el PID-5 (Krueger y cols., 2012; versión en castellano, Gutiérrez y cols., 2017).

4.2.2. Se espera, asimismo, que el promedio de la puntuación total de la versión en castellano del PID-5 (Gutiérrez y cols., 2017) según el nivel de organización de la personalidad de la STIPO-R, incremente significativamente (medido a través del test Shapiro-Wilk) para los niveles de organización de la personalidad con más patología establecidos por la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano. Se espera que este resultado esté en línea con los criterios de interpretación de la puntuación del PID-5 (puntuaciones promedio superiores a cero indican disfunción en la faceta o dominio

evaluado -Torres-Soto y cols., 2019-); y con el modelo teórico de organización de la personalidad de Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005) en el que se basa la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016). Es decir, que, según dicho modelo, a mayor disfunción evaluada mediante la entrevista STIPO-R en todos los dominios de la organización de la personalidad, mayor grado de patología en esta (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005). Y según el manual de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2019), a mayor grado de patología de la organización de la personalidad evaluada mediante la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), mayor puntuación media de la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2019).

5. La entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano diferenciará adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica, con adecuadas propiedades de sensibilidad y especificidad, con resultados del análisis Receiver Operating Characteristic (ROC) significativos ( $p < .01$ ), establecimiento de puntos de corte (cutoff) adecuados mediante los criterios Area Under the Curve, AUC: distancia al punto (0.1) mínima, equivalentemente, mayor área debajo la curva (Newman y cols., 2009; DeLong y cols., 1988); Accuracy Ratio: punto de corte donde se tiene mayor proporción de Verdaderos Positivos (VP) y Verdaderos Negativos (VN) (Hosmer y Lemeshow, 2013) y Youden Index: punto de corte donde es mayor la distancia desde la diagonal hasta la curva (Youden, 1950). Y los resultados del presente estudio estarán en línea con los resultados de estudios antecedentes realizados con la STIPO (Clarkin y cols., 2007) (Hörz y cols., 2009; Preti, 2011; Preti cols., 2012; Döering y cols., 2013).

En el apartado que sigue a continuación se describe el método del presente estudio.





# MÉTODOS



## 5. MÉTODO

El diseño del presente estudio es naturalístico, basado en el contexto natural clínico, descriptivo, analítico y transversal (Andrade, 2021), en una muestra de sujetos distribuidos en un grupo clínico de pacientes psiquiátricos con diagnóstico de TP a los cuales se les administraron las entrevistas SCID-II (First y cols., 1997) en su versión en castellano (Gómez-Beneyto, 1994), la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y el autoinforme PID-5 (Krueger y cols., 2012) en su versión en castellano (Gutiérrez y cols., 2017). Y un grupo control de sujetos sin diagnóstico de TP en los últimos diez años a los que se les administraron la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y el autoinforme PID-5 (Krueger y cols., 2012) en su versión en castellano (Gutiérrez y cols., 2017). Como resultado se obtuvieron un total de 206 respuestas. La administración de todas las pruebas fue realizada por la autora de la presente tesis doctoral, que cuenta con diecinueve años de experiencia en evaluación diagnóstica de TP y en el tratamiento de pacientes con TP.

### 5.1. PARTICIPANTES

El tamaño de la muestra se ha determinado en función de los objetivos de la presente tesis doctoral, estimando un tamaño muestral que permitiese realizar los análisis de datos requeridos según dichos objetivos. En concreto, para el AFC realizado para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en su estructura interna (Objetivo 2) se calculó su potencia teniendo en cuenta, asimismo, las recomendaciones de Cohen (1992) y de Ferrando y cols., (2022) respecto al tamaño muestral (ver apartado 5.3.4. Análisis de datos para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en la estructura interna de la prueba, pág. 139).

Para la realización de este estudio, entre julio de 2018 y febrero de 2022, se reclutaron un total de 206 participantes mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (Andrade, 2021), en la ciudad de Barcelona (España), que se distribuyeron en un grupo clínico (n=134) y un grupo control (n=72).

Todos los participantes eran mayores de 18 años y no recibieron compensación alguna por participar en el estudio. Asimismo, todos los participantes fueron informados del estudio y dieron su consentimiento por escrito previamente a participar en el mismo (ver Anexo 1, Consentimientos, Documentos 1, 2 y 3; pág. 301). El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitari Vall d'Hebron (ver Anexo 2, pág. 305).

A continuación, se presentan los criterios de inclusión de la muestra, el número de sujetos y sus edades, para ambos grupos de esta. En primer lugar, para el grupo clínico, y a continuación para el grupo control.

### **5.1.1. Grupo clínico**

Los criterios de inclusión en el estudio para el grupo clínico fueron: cumplir criterios diagnósticos de TP según el Manual DSM; tener un coeficiente intelectual dentro de la normalidad; ausencia de diagnóstico actual de esquizofrenia; ausencia de trastorno bipolar tipo I, ausencia de trastorno por dependencia de sustancias activo y no sufrir ninguna condición orgánica que pudiese explicar mejor los síntomas.

El grupo clínico estuvo formado por un total de 134 pacientes psiquiátricos ambulatorios con criterios diagnósticos de TP, entre los 18 y los 65 años ( $M = 35.34$ ,  $DE=10.74$ ), el 91% mujeres, atendidos de forma consecutiva en los dispositivos ambulatorios del Grup TLP Barcelona, donde acudieron a solicitar diagnóstico y tratamiento.

### **5.1.2. Grupo control**

Los criterios de inclusión en el grupo control fueron los mismos que en el grupo clínico, a excepción de que no debían cumplir criterios diagnósticos de TP en los últimos diez años.

El grupo control estuvo formado por 72 sujetos voluntarios sin diagnóstico de TP en los últimos diez años, de entre 20 y 59 años ( $M = 32.53$ ,  $DE=8.82$ ). El 66.7% de los sujetos de este grupo fueron mujeres y fueron reclutados entre los estudiantes

universitarios de dos universidades distintas de Barcelona y sus familiares y conocidos.

## 5.2. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados para la realización del presente estudio han sido los siguientes:

- Cuestionario inicial de recogida de variables sociodemográficas y clínicas. Se construyó un cuestionario de recogida de variables sociodemográficas y clínicas relevantes para el presente estudio.
- Cuaderno de la entrevista y hoja de puntuaciones de la versión traducida y adaptada al castellano de la Structured Clinical Interview for DSM-IV-R Axis II Disorders, Patient Edition (SCID-II) (First y cols., 1997; adaptación al castellano Gómez-Beneyto 1994). Se trata de una entrevista semiestructurada de 119 ítems que puede usarse para formular diagnósticos de forma categorial (presente o ausente). Los ítems se puntúan en una escala de 0 a 3 en la que una puntuación de 0 indica la ausencia de la característica que está siendo evaluada o bien la falta de impacto de esta en el funcionamiento personal; 1 indica que la cualidad que está siendo evaluada está presente pero su impacto en la funcionalidad del entrevistado es bajo; 3 indica que la cualidad que se está evaluando está presente e indica patología severa y alto impacto en la funcionalidad del entrevistado. El tiempo de administración es de unos 60 - 90 minutos. La SCID-II es el instrumento de referencia para el diagnóstico categorial del Manual DSM-5 (APA, 2013), y ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad (consistencia interna), con un  $\alpha$  de Cronbach entre .71 y .94 para sus escalas (Maffei y cols., 1997). La SCID-II ha mostrado, también, una eficacia diagnóstica global y una sensibilidad aceptables, aunque es poco específica, siendo muy buena para los TP Antisocial, Obsesivo, Histriónico, Paranoide y Evitativo y presentando, asimismo, una baja sensibilidad para los trastornos Límite, Esquizoide, Narcisista y Esquizotípico de la personalidad (Pérez Prieto, 2001).

- Cuadernos de la entrevista STIPO-R en su versión en castellano, con los ítems aleatorizados en ciego para cada uno de los jueces expertos y plantilla para anotar la ordenación de cada ítem en su dominio, en su subdominio y también en la Escala de Narcisismo, según su criterio (pueden consultarse las cuatro aleatorizaciones realizadas en el Anexo 3, pág. 307).
- Cuaderno de la entrevista y cuaderno de puntuaciones de la versión traducida y adaptada al castellano de la Structured Interview of Personality Organization Reviewed (STIPO-R) (Clarkin y cols., 2016) (ver Anexo 4, pág. 309). La STIPO-R es el instrumento objetivo de este estudio, el cual se adaptará en idioma castellano y del que se quieren obtener evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna). No hay datos publicados hasta la fecha sobre la adaptación y validación de la STIPO-R. Los datos publicados hasta la fecha de las propiedades psicométricas de los instrumentos antecedentes de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), que son el Inventory of Personality Organization (IPO) (Clarkin y cols., 1995), y la Structured Interview of Personality Organization (STIPO) (Clarkin y cols., 2007), pueden consultarse en los apartados 1.5.4.1.1., pág 65 y 1.5.4.1.2., pág. 80, respectivamente.

En la presente tesis doctoral, se ha utilizado la versión traducida y adaptada al castellano de la STIPO-R realizada por la autora del presente estudio. El instrumento se ha descrito ya en la Introducción, apartado 1.5.4.1.3., pág. 100 de la presente tesis doctoral.

- Autoinforme y hoja de puntuaciones del Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) (Krueger y cols., 2012; adaptación al castellano Gutiérrez y cols., 2017) (ver Anexo 5, pág. 377).

El instrumento es el propuesto en Manual DSM-5 para evaluar rasgos de la personalidad (modelo dimensional). Mediante 220 ítems, evalúa 25 facetas de rasgos de personalidad y 5 dominios de acuerdo con el DSM-5 (Afecto Negativo, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo). Determinados tripletes de facetas pueden combinarse para valorar los cinco dominios bipolares, variantes



desadaptativas del modelo de personalidad de los Cinco Grandes Factores (McCrae y Costa, 1996). Los cinco Dominios bipolares, agrupan diversas facetas:

- Dominio Afecto Negativo (frente a estabilidad emocional): Labilidad Emocional, Ansiedad, Ansiedad de Separación, Sumisión, Hostilidad, Perseveración y (ausencia de) Afectividad Restringida.
- Dominio Desapego (frente a extraversión): Evitación de la Intimidad, Anhedonia, Depresividad, Afecto restringido y Suspiciousidad.
- Dominio Antagonismo (frente a amabilidad): Manipulación, Deshonestidad, Grandiosidad, Búsqueda de atención e Insensibilidad.
- Dominio Desinhibición (frente a escrupulosidad): Irresponsabilidad, Impulsividad, Distrabilidad, Asunción de Riesgos, Perfeccionismo Rígido (bajo).
- Dominio Psicoticismo (frente a lucidez): Desregulación Cognitiva y Perceptiva, Creencias y experiencias inusuales, Excentricidad.

El PID-5 permite realizar una descripción del perfil de personalidad, tanto de rasgos desadaptativos como adaptativos. La combinación de las puntuaciones obtenidas en las 25 facetas-rasgo nos permitiría, bien obtener un perfil sugestivo de diagnóstico de alguno de los TP de la Sección 3 del Manual DSM, o bien describir los rasgos en los TP Especificados por Rasgos (TP-ER). Se califica en una escala tipo Likert de 4 puntos que va de 0 (muy falso o a menudo falso) a 3 (muy verdadero o a menudo verdadero). Las puntuaciones en el PID-5 se expresan en puntuación promedio para cada dominio y faceta. Puntuaciones promedio mayores indican mayor disfunción en la faceta o dominio evaluado (Torres-Soto y cols., 2019). El instrumento PID-5 es uno de los dos más utilizados en los estudios de validación de otros instrumentos de evaluación de los TP (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022), ha ido mostrando adecuadas propiedades psicométricas en diversos estudios y en diferentes idiomas (Gutiérrez y cols., 2017), incluyendo una estructura replicable. Ha mostrado también convergencia con los instrumentos de evaluación de la

personalidad existentes y asociaciones esperadas con los constructos clínicos que evalúa (Pérez-Leiva y Jiménez-Puig, 2022). Las propiedades psicométricas de la versión en castellano del PID-5 (Gutiérrez y cols., 2017) se han comentado ya en detalle en el apartado 1.5.3. Instrumentos basados en el modelo dimensional, pág. 57, de la presente tesis doctoral.

### **5.3. ANÁLISIS DE DATOS**

En este apartado se describen los análisis de datos realizados en el presente estudio. En primer lugar, los relativos a los análisis descriptivos univariados y bivariados de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. A continuación, los análisis de datos realizados siguiendo los objetivos del presente estudio. Para tomar decisiones respecto a los análisis de dichos datos se han seguido las recomendaciones actuales en el campo de validación de escalas de salud para evaluar cada tipo de validez (Boateng y cols., 2018; Rossiter, 2018; Arias y Sireci, 2021) y se han estudiado las siguientes evidencias de validez de la versión en castellano de la STIPO-R: la basada en el contenido de la prueba, la basada en su estructura interna y la basada en las relaciones con otras variables. Los Objetivos 1, 2 y 4, son los relativos a las evidencias de validez estudiadas. El Objetivo 3 se refiere al estudio de la confiabilidad (consistencia interna) de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano. El Objetivo 5 es el relativo a la evaluación de la evidencia de si la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica.

Tanto la base de datos como los análisis estadísticos se han llevado a cabo con el software Statistical Analysis Software (SAS) v9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA y R versión 4.1.2. Para el objetivo 3 se ha utilizado el paquete estadístico SubscaleExplorer: Psychometric scale explorer and management. R package version 0.1.1. (Angulo-Brunet y Viladrich, 2017).

### 5.3.1. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado según condición de la muestra (grupo clínico - grupo control), de las variables sociodemográficas y clínicas recogidas e incluidas en la base de datos. El análisis descriptivo bivariado ha servido para examinar la relación entre las variables recogidas y condición (grupo clínico - grupo control). Dicho análisis se ha realizado teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Variables categóricas: se han realizado los recuentos y porcentajes de la variable en cada grupo. En los casos en los que se ha considerado necesario, se ha realizado la prueba Chi-Cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) (Anderson, 1984) o el test exacto de Fisher (Fisher, 1922) (según fuese conveniente) para contrastar la independencia entre cada variable y el grupo.
- Variables cuantitativas: se han realizado los recuentos y porcentajes de las variables y se presentan los estadísticos descriptivos básicos -n, media (M) y desviación estándar (DE)- por cada grupo. Se ha realizado el test no-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon (S) (Wilcoxon, 1945) para contrastar las distribuciones de las variables cuantitativas entre grupos.

A continuación, se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado de la SCID-II (First y cols., 1997) para el grupo clínico, realizando un estudio de la distribución de la variable en este, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se han considerado los TP definidos a partir de la entrevista SCID-II (First y cols., 1997).
- Variables categóricas: se presentan los recuentos y porcentajes de las variables.

Seguidamente, se ha realizado un análisis descriptivo de los dominios y de la Escala de Narcisismo de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, así como también de los dominios del PID-5 (Krueger y cols., 2012). Se presentan los estadísticos descriptivos básicos -n, media (M) y desviación estándar (DE), Mínimo-Máximo, Mediana, Q1-Q3- para cada dominio, y también para la Escala de Narcisismo de la STIPO-R, así como para cada dominio del PID-5.

Además, se ha llevado a cabo el cálculo de los valores de los dominios, de los subdominios y de la Escala de Narcisismo de la STIPO-R, como se describe en el apartado siguiente.

Las decisiones estadísticas se han realizado tomando como nivel de significación los valores 0.05 o 0.01 ( $p$  valor < .05;  $p$  valor < .01).

### **5.3.2. Cálculo de los dominios, subdominios y de la Escala de Narcisismo de la STIPO-R**

Este cálculo se ha realizado siguiendo las indicaciones especificadas por los autores en el Manual de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2019). Para cada dominio y subdominio y para la Escala de Narcisismo de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, se ha calculado la media de las valoraciones para los ítems de este dominio, de ese subdominio, o para la Escala de Narcisismo. En los casos en que no hay respuesta para algún ítem, se ha computado aquel dominio, o subdominio, o Escala de Narcisismo como la media de los ítems completos para aquel dominio, o subdominio, o Escala de Narcisismo, como se describe a continuación.

#### **Dominio 1: Identidad**

Se ha computado el dominio Identidad como la media aritmética de los siguientes tres subdominios:

- Capacidad para implicarse/investir: que corresponde a la media de los ítems 1 a 4 de la entrevista.
- Sentido de identidad: que corresponde a la media de los ítems 5 a 11 de la entrevista.
- Representación del otro: que corresponde a la media de los ítems 12 a 15 de la entrevista.

### Dominio 2: Relaciones objetales

Se ha computado el dominio Relaciones objetales como la media aritmética de los siguientes tres subdominios:

- Relaciones interpersonales: que corresponde a la media de los ítems 16 a 19 de la entrevista.
- Relaciones íntimas y sexualidad: que corresponde a la media de los ítems 20 a 24 de la entrevista.
- Implicación / investimento interno con los otros: que corresponde a la media de los ítems 25 a 30 de la entrevista.

### Dominio 3: Defensas primitivas o de nivel Inferior

Se ha computado el dominio Defensas de nivel Inferior como el resultado de la media aritmética del único subdominio:

- Defensas de nivel Inferior: que corresponde a la media de los ítems 31 a 36 de la entrevista.

#### Dominio 4: Defensas avanzadas o de nivel superior

Se ha computado el dominio Defensas de nivel Superior como el resultado de la media aritmética del único subdominio:

- Defensas de nivel Superior: que corresponde a la media de los ítems 37 a 40 de la entrevista.

#### Dominio 5: Agresión

Se ha computado el dominio Agresión como la media aritmética de los siguientes dos subdominios:

- Agresión auto infligida: que corresponde a la media de los ítems 41 a 44 de la entrevista.
- Agresión dirigida a otros: que corresponde a la media de los ítems 45 a 49 de la entrevista.

#### Dominio 6: Valores morales

Se ha asignado el dominio Valores morales como el resultado de la media aritmética del único subdominio:

- Valores morales: que corresponde a la media de los ítems 50 a 55 de la entrevista.

Además, también se ha calculado la puntuación de la Escala de Narcisismo como la media aritmética de los ítems 3, 9, 11, 25, 26, 29, 30, 32, 36, 46 y 55.

A continuación, se describen los análisis de datos realizados de acuerdo con los objetivos del presente estudio.

### **5.3.3. Análisis de datos para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba (Objetivo 1)**

A continuación, se describen los análisis de datos llevados a cabo para este Objetivo 1.

#### 5.3.3.1. Concordancia jueces por separado – entrevista STIPO-R

Para establecer la concordancia de cada uno de los jueces por separado con la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, se ha calculado el índice de kappa (Cohen, 1960) de concordancia entre las asignaciones de los ítems de cada juez individualmente y la asignación de los ítems predefinida por la entrevista STIPO-R, tanto en los dominios, como en los subdominios y también en la Escala de Narcisismo. El índice Kappa (Cohen, 1960) tiene en cuenta las concordancias producto del azar y es el estadístico más utilizado para estos casos (Sánchez-Sánchez y cols., 2016). El coeficiente Kappa de Cohen (Cohen, 1960) siempre varía entre 0 y 1 y los criterios de interpretación de los valores Kappa son los siguientes: 0-0.20 corresponde a ningún nivel de acuerdo (0-4% de los datos concuerdan); 0.21-0.39 corresponde a un mínimo nivel de acuerdo (4-15% de los datos concuerdan); 0.40-0.59 corresponde a un nivel de acuerdo débil (15-35% de los datos concuerdan); 0.60-0.79 corresponde a un nivel de acuerdo moderado (35-63% de los datos concuerdan); 0.80-0.90 corresponde a un nivel de acuerdo fuerte (64-81% de los datos concuerdan) y por encima de 0.90 corresponde a un nivel de acuerdo prácticamente perfecto (82-100% de los datos concuerdan) (McHugh, 2012).

Se presenta, para cada uno de los jueces por separado, la tabla de contingencia de la asignación del juez en contraste con la asignación de ítems preestablecida en la entrevista STIPO-R de cada dominio y también de cada subdominio, así como de la Escala de Narcisismo (ver Anexo 6, pág. 389). En cada tabla, aparece la proporción de los ítems en los que hay concordancia entre las valoraciones individuales de cada juez y la asignación de ítems preestablecida por la STIPO-R.



Este resultado se complementa con el coeficiente Kappa (Cohen, 1960) de concordancia entre la consideración predefinida en la entrevista STIPO-R tanto del dominio, como del subdominio y también de la Escala de Narcisismo y las asignaciones del juez, con su correspondiente intervalo de confianza con la definición de asintótica de la variancia.

#### 5.3.3.2. Concordancia global jueces – entrevista STIPO-R

Para obtener la concordancia entre todos los jueces (global) y la entrevista STIPO-R, se ha realizado la estimación del cálculo global del coeficiente de Kappa para todos los jueces en conjunto, o Kappa overall (Fleiss y cols., 2003).

Esta concordancia se ha medido a tres niveles:

- Dominio STIPO-R vs Dominio global jueces.
- Escala de Narcisismo STIPO-R vs Escala de Narcisismo global jueces.
- Subdominio STIPO-R vs Subdominio global jueces.

A continuación, se ha utilizado el test Chicuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson (Anderson, 1984) para evaluar la concordancia de las distintas Kappas para cada nivel considerado, es decir, de los dominios, de los subdominios y también de la Escala de Narcisismo preestablecidos por la entrevista STIPO-R. Dicho test se utiliza para determinar la existencia o no de independencia entre dos variables nominales o cualitativas. En cuanto a los criterios de interpretación del estadístico  $\chi^2$ , éste tendrá un valor de cero si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas de las variables estudiadas, y su valor será superior si no hay igualdad (Anderson, 1984).

#### **5.3.4. Análisis de datos para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en su estructura interna (Objetivo 2)**

Seguidamente, se describen los análisis de datos realizados para evaluar la evidencia de validez de la de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, basada en su estructura interna.

Se ha llevado a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) (Brown, 2015), que permite evaluar los modelos que plantean que un conjunto de variables no observadas (latentes) predicen la variabilidad de un conjunto de variables observadas para contrastar la hipótesis planteada, con la relación entre los ítems (las variables observables y medibles) y las dimensiones latentes (variables no observables) (Rojas-Torres, 2020), como es el caso en el presente estudio. Para ello, se ha tenido en cuenta el tamaño de la muestra mínimo necesario para poder realizar dicho análisis siguiendo las recomendaciones de autores como Cohen (1992) y Ferrando y cols. (2022). En el presente estudio, con 6 factores y un tamaño muestral de 100 o más participantes ya se puede detectar un efecto de la medida medio – alto (Cohen, 1992). También se ha tenido en cuenta que, si se quiere realizar un análisis de validación mediante correlaciones policóricas, para conseguir estimaciones estables, algunos autores recomiendan una muestra mínima de 200 participantes (Ferrando y cols., 2022). Por tanto, teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores, finalmente el AFC se ha realizado con el total de las respuestas de la muestra (n=206) mediante el ajuste de un modelo de ecuaciones estructurales (Kline, 2015). Para ello, se han seguido las fases para el desarrollo de un modelo de ecuaciones estructurales, así como las recomendaciones de los estándares acerca del reporte de investigación cuantitativa en psicología respecto a los resultados de los análisis realizados mediante modelos de ecuaciones estructurales (Appelbaum y cols., 2018). Esta fases son las siguientes (Hooper, 2008; Kline, 2015): a) la especificación del modelo (establecimiento de las relaciones hipotéticas entre las variables latentes y las observadas, es decir, las mismas relaciones que con el análisis se obtendrán y se consideran las relaciones correctas); b) la estimación de parámetros del modelo (determinación de los valores de los parámetros desconocidos así como su respectivo error de medición); c) la evaluación del ajuste del modelo (exactitud en los datos del modelo para

determinar si es correcto y sirve para los propósitos del investigador mediante indicadores para evaluar el ajuste del modelo, como por ejemplo, RMSEA -Steiger y Lind, 1980- o error cuadrático medio de aproximación), d) la reespecificación del modelo (en caso de que el ajuste obtenido inicialmente no sea óptimo, es necesario buscar métodos para mejorar el ajuste del mismo añadiendo o eliminando los parámetros estimados del modelo original, con sus justificaciones correspondientes; y e) la interpretación de resultados (aceptación o rechazo de la hipótesis planteada) (Hooper, 2008; Kline, 2015; Escobedo y cols., 2016, Kyriazos, 2018).

En la presente tesis doctoral y de acuerdo con el Objetivo 2 de esta, se han llevado a cabo las siguientes fases del desarrollo de un modelo de ecuaciones estructurales siguiendo a Hooper (2008), a Kline (2015), a Escobedo y cols., (2016) y a Kyriazos (2018): la especificación del modelo, la estimación de parámetros del modelo, la evaluación del ajuste del modelo y la interpretación de los resultados respecto a la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada. No fue necesario llevar a cabo la fase de reespecificación del modelo, ya que este ajustó desde el principio.

Asimismo, se ha evaluado la potencia estadística del presente estudio en relación con el tamaño de muestra y el modelo evaluado, como se describe a continuación.

#### 5.3.4.1. Estimación de la potencia del AFC

Para estimar la potencia (o el poder) del AFC se ha tomado como referencia el enfoque descrito por MacCallum y cols. (1996). Estos autores indican que los AFC requieren una comparación de modelos que se puede llevar a cabo a partir del índice RMSEA (se consideran adecuados los valores inferiores a 0.08 -Steiger y Lind, 1980-). La potencia para el contraste de una hipótesis nula basada en el estadístico RMSEA depende del nivel de significación escogido, de los grados de libertad del modelo, del tamaño de la muestra disponible y del tamaño del efecto a detectar (MacCallum y cols., 1996). Por tanto, estos autores proponen determinar la potencia de un estudio en base al contraste de la hipótesis nula:

$H_0$ : RMSEA =  $r_0$

Bajo  $H_1$ : RMSEA =  $r_1$

Cuando  $r_1 < r_0$ , este enfoque permite calcular la potencia del estudio para declarar que el valor de RMSEA  $r_1$  es efectivamente inferior a cierto valor de referencia  $r_0$  confirmando un buen ajuste, mejor que  $r_0$ . Complementariamente, tomando  $r_1 > r_0$ , este enfoque permite calcular la potencia del estudio para declarar que el valor de RMSEA  $r_1$  es superior a cierto valor de referencia  $r_0$  confirmando un mal ajuste, peor que  $r_0$ . Este enfoque también permite determinar el tamaño de muestra necesario para obtener una determinada potencia de que el estudio detectará dichas diferencias. Finalmente, también es posible determinar las diferencias detectables con cierta potencia por un estudio con un tamaño de muestra determinado (MacCallum y cols., 1996).

Por tanto, siguiendo las recomendaciones anteriores, se ha realizado el cálculo para determinar el tamaño del efecto detectable por el presente estudio considerando como referencia el valor de RMSEA (Steiger y Lind, 1980) observado, teniendo en cuenta que este considera 55 variables (ítems de la entrevista STIPO-R en su versión en castellano), 171 parámetros, 1.424 grados de libertad, y fijando en 0.05 el nivel de significación.

#### 5.3.4.2. Especificación del modelo

La hipótesis por contrastar es que la versión en castellano de la STIPO-R, de 55 ítems, es una entrevista con 6 factores latentes que se corresponden con los 6 dominios psicopatológicos de la versión original en inglés de la entrevista, que son: 1) Identidad (ítems 1 a 15); 2) Relaciones de Objeto (ítems 16 a 30); 3) Defensas Primitivas o de nivel inferior (ítems 31 a 36); 4) Defensas de nivel avanzado o de nivel superior (Afrontamiento versus Rigidez de carácter) (ítems 37 a 40); 5) Agresión (ítems 41 a 49) y 6) Valores Morales (ítems 50 a 55) (Clarkin y cols., 2016). De modo que se especificó un modelo teniendo en cuenta dicha estructura teórica, elaborando un gráfico de la especificación del modelo teórico (Figura 4).

#### 5.3.4.3. Estimación de los parámetros del modelo

Se han estimado los parámetros del modelo mediante un modelo de ecuaciones estructurales, llevando a cabo la determinación de los valores de sus parámetros, así como su respectivo error de medición (Gráfico 1 y Tablas 13 y 14), mediante el programa Lavaan de R versión 6.1 (Rosseel, 2012). El método de estimación utilizado ha sido el DWLS (Diagonally Weighted Least Squares, por sus siglas en inglés). Se estimaron libremente las cargas factoriales correspondientes a cada factor teórico y se fijaron como cero el resto. Los errores son independientes.

#### 5.3.4.4. Evaluación del ajuste del modelo

Algunos de los elementos que permiten evaluar si el modelo de AFC propuesto se ajusta a los datos, son los índices de ajuste. La evaluación de la bondad del ajuste se refiere a la evaluación de la exactitud en los datos del modelo para determinar si es correcto y sirve para los propósitos del investigador. Las medidas de calidad del ajuste pueden ser de tres tipos: (1) medidas absolutas del ajuste que evalúan el ajuste global del modelo, (2) medidas del ajuste incremental que comparan el modelo propuesto con otros modelos especificados por el investigador (Hair y cols., 1999; Rojas-Torres, 2020), o (3) medidas del ajuste de parsimonia, que ajustan las medidas de ajuste para ofrecer una comparación entre modelos con diferentes números de coeficientes estimados, siendo su propósito determinar la cantidad del ajuste conseguido por cada coeficiente estimado (Hair y cols., 1999). Entre los índices de ajuste absoluto están la raíz cuadrada de la media de residuos cuadrados (Standardized root mean square residual; SRMR) (Bentler, 1995; Hu y Bentler, 1999), la razón de verosimilitud ( $c^2$ ) (Buse, 1982; Deeks, 2004) y la raíz del cuadrado medio del error de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA) (Steiger y Lind, 1980). Entre los índices de ajuste incremental están el de Tucker Lewis Index (TLI) Tucker-Lewis, 1973) y el de ajuste comparativo (Comparative Fit Index; CFI) (Bentler, 1990), (Rojas-Torres, 2020).

En el presente estudio, como medida de la calidad o bondad del ajuste del modelo, se han tomado como referencia los índices de ajuste siguientes: la razón de

verosimilitud ( $\chi^2$ ) (Buse, 1982; Deeks, 2004), el Comparative Fit Index (CFI) (Bentler, 1990), el Tucker-Lewis Index (TLI) (Tucker-Lewis, 1973), el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) (Steiger y Lind, 1980) y el Standardized root mean square residual (SRMR) (Bentler, 1995; Hu y Bentler, 1999). A continuación, se describen los criterios de interpretación de los índices utilizados:

- $\chi^2$  (Buse, 1982; Deeks, 2004): este índice permite evaluar si el modelo planteado se ajusta a la distribución teorizada. Un valor  $\chi^2$  significativo ( $p < .05$ ) implica el rechazo de la hipótesis nula, es decir, que el modelo teórico propuesto es inadecuado, por lo que es necesario especificarlo de nuevo (Severini, 2000; Cea, 2004).
- CFI (Bentler, 1990): este índice evalúa la mejora del modelo propuesto en relación con un modelo base. Se consideran adecuados valores a partir de 0.90.
- TLI (Tucker-Lewis, 1973): este índice también evalúa la mejora del modelo propuesto en relación con un modelo base, y se consideran adecuados valores a partir de 0.90.
- RMSEA (Steiger y Lind, 1980): este índice indica en qué grado el modelo observado en la matriz de covarianza iguala a la matriz de covarianza del modelo implícito. Se consideran adecuados los valores inferiores a 0.08.
- SRMR (Bentler, 1995; Hu y Bentler, 1999): este índice se interpreta como la covarianza residual estandarizada de la muestra, y se consideran adecuados los valores inferiores a 0.08.

De confirmarse la hipótesis planteada en relación con la existencia de una estructura interna de la STIPO-R formada por 6 dominios psicopatológicos con sus 55 ítems, lo esperable sería que los mencionados índices estuviesen dentro de los límites de aceptación del modelo, confirmando que el modelo teórico propuesto en la entrevista STIPO-R, de 55 ítems y de 6 dominios psicopatológicos se ajusta a 6 variables latentes (dominios o dimensiones) identificadas por el modelo.

Debido a la falta de normalidad de los ítems, se han considerado los datos como ordinales a partir de la matriz de correlaciones policórica.

El modelo obtenido se ha representado gráficamente (Figura 4).

### **5.3.5. Análisis de datos para evaluar la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la STIPO-R (Objetivo 3)**

En la presente tesis doctoral, para evaluar la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la STIPO-R y dado que las variables estudiadas no siguen una distribución normal, se ha utilizado el coeficiente Omega ( $\omega$ ) (McDonald, 1999; Werts y cols., 1974; Frías-Navarro, 2022).

### **5.3.6. Análisis de datos para evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en las relaciones con otras variables (Objetivo 4)**

En relación con la evidencia de validez de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, basada en las relaciones con otras variables, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo bivariado entre los dominios de la STIPO-R, la entrevista SCID-II y el autoinforme PID-5. Se ha estudiado la distribución de las puntuaciones de la STIPO-R, así como el grado de relación de sus dominios entre sí mediante el Coeficiente de correlación de Spearman (Yadolah, 2008). Se ha utilizado este coeficiente porque no se cumple el supuesto de normalidad de los dominios de STIPO-R (Lizama y Boccardo, 2014). También se ha estudiado la distribución de las puntuaciones de la SCID-II (gold estándar utilizado únicamente con el grupo clínico) y del PID-5 (para toda la muestra). Asimismo, se han estudiado las relaciones de las puntuaciones de STIPO-R, tanto con la SCID-II (grupo clínico) como con el PID-5 (grupos clínico y control), con el fin de evaluar si existe una correlación entre ambos instrumentos.



Para evaluar el grado de asociación entre las puntuaciones de la entrevista STIPO-R con las puntuaciones de la SCID-II y con las del PID-5, en primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo univariado de las variables categóricas y cuantitativas según condición (clínico para la SCID-II; y clínico – control para la STIPO-R y para el PID-5). A continuación, se ha realizado un análisis bivariado de las puntuaciones de la STIPO-R y la entrevista SCID-II, y de la entrevista STIPO-R y el autoinforme PID-5, para examinar la relación entre las variables recogidas y grupo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- En relación con la SCID-II se han considerado los TP definidos a partir de la entrevista SCID-II (First y cols., 1997).
- Variables categóricas: se presentan los recuentos y porcentajes de la variable en cada grupo.
- Variables cuantitativas para condición clínico - control: se presentan los estadísticos descriptivos básicos -n, media (M), desviación estándar (DE), Mínimo, Máximo, Q1, Q3 - para cada grupo. En los casos en los que se ha considerado necesario, se ha realizado el test no-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon (S) (Wilcoxon, 1945) para contrastar las distribuciones de la variable cuantitativa entre grupos. En los casos de distribución normal de la variable en cada grupo se presentan los resultados del *t*-test (Kalpić y cols., 2011) para comparar medias de grupos independientes.
- Para la relación entre las puntuaciones de STIPO-R y PID-5 se presentan:
  - Los estadísticos descriptivos básicos: n, media (M), desviación estándar (DE), Mínimo, Máximo, Q1, Q3 para cada dominio.
  - Las correlaciones de Pearson (Anderson, 1984) entre las puntuaciones medias de los dominios de la STIPO-R y su media global y las puntuaciones medias de los dominios del PID-5 y su media global. Los criterios de interpretación del coeficiente de correlación de Pearson son los siguientes: entre 0 y 0.10, correlación nula; entre 0.10 y 0.30,

correlación débil; entre 0.30 y 0.50, correlación moderada; y entre 0.50 y 1.00, correlación fuerte (Cohen, 1988).

- Para la relación entre la puntuación del PID-5 y los niveles de organización de la personalidad de la STIPO-R se presentan estadísticos descriptivos básicos (n, media (M), desviación estándar (DE), Mínimo, Q1, Q3, Máximo) por cada grupo. Se realizaron pruebas de normalidad con el test Shapiro-Wilk (W) (Shapiro y Wilk, 1965). En los casos en los que se ha considerado necesario, se ha realizado el test no-paramétrico de Kruskal-Wallis (Kruskal y Wallis, 1952) para contrastar las distribuciones de la variable cuantitativa entre grupos. En los casos de distribución normal de la variable en cada grupo se presentan los resultados de la ANOVA (Heiberger y Neuwirth, 2009), para comparar medias de grupos independientes.

A la hora de estudiar la asociación de la STIPO-R y de la SCID-II para el grupo clínico, se ha realizado el test no-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon (S) (Wilcoxon, 1945). Se espera que los resultados obtenidos con la entrevista STIPO-R se asocien a constructos semejantes de la SCID-II, como podría ser que un sujeto del grupo clínico que puntúe patología según la STIPO-R, la puntúe también en la SCID-II en los TP del Clúster B. Por otra parte, lo esperable también sería que no se asocie, o lo haga en menor medida, a constructos distintos desde el punto de vista categorial como son los Clústeres A y C.

Respecto a la asociación de la STIPO-R con el PID-5 para toda la muestra, se presentan los coeficientes de correlación de Pearson (Anderson, 1984) entre la puntuación media global del autoinforme PID-5 en los cinco dominios de rasgos (Afecto negativo, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo) y la puntuación media global de la entrevista STIPO-R. Asimismo, se han comparado las puntuaciones medias de la variable PID-5 total y los diferentes niveles de organización de la personalidad de la STIPO-R.

En cuanto a la relación del instrumento STIPO-R con el PID-5, comparando si las puntuaciones medias obtenidas en el PID-5 son similares en los diferentes niveles de organización de la personalidad de la STIPO-R, una alta correlación entre ambos

instrumentos indicaría evidencia de que la STIPO-R y el PID-5 miden constructos similares.

Asimismo, estudiando si la tendencia al aumento o disminución de puntuaciones obtenidas por toda la muestra, en los instrumentos STIPO-R y PID-5, es proporcional, lo esperable sería que, si ambos instrumentos miden un mismo constructo mediante sus dimensiones, en las puntuaciones de ambos instrumentos se diese una tendencia al aumento o disminución de estas que fuese proporcional.

Las decisiones estadísticas se han llevado a cabo tomando como nivel de significación los valores 0.01 o 0.05 ( $p$  valor  $< .01$ ;  $p$  valor  $< .05$ ).

### **5.3.7. Análisis de datos para evaluar si la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica (Objetivo 5)**

Para evaluar si la puntuación obtenida por los sujetos de la muestra permite clasificar correctamente a los sujetos en su grupo de pertenencia (esto es grupo clínico o grupo control) se ha llevado a cabo los siguientes análisis.

En primer lugar, se ha realizado un análisis de las respuestas a la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano para toda la muestra, comparando las respuestas de los grupos clínico y control y estudiando la relación entre las puntuaciones obtenidas en la STIPO-R entre ambos grupos mediante el test no-paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon (S) (Wilcoxon, 1945). En los casos de distribución normal de la variable en cada grupo, también se presentan los resultados del  $t$ -test (Kalpić y cols., 2011) para comparar medias de grupos independientes. Que las puntuaciones medias obtenidas por ambos grupos sean significativamente distintas, siendo las puntuaciones medias del grupo clínico significativamente superiores a las del grupo control, indicaría evidencia de que la STIPO-R es un instrumento que permite diferenciar adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica.

En segundo lugar, se ha realizado un análisis ROC (Receiver Operating Characteristic, por sus siglas en inglés), que es un medio útil para estudiar la precisión de una prueba diagnóstica (Bewick, 2004) evaluando su correcta capacidad discriminativa y valorando las propiedades que la indican, como son tanto la sensibilidad como la especificidad de la misma (DeLong y cols., 1988; Habibzadeh y cols., 2016). En el presente estudio se evaluó la capacidad discriminativa de la versión en castellano de la entrevista STIPO-R mediante la evaluación de sus propiedades de sensibilidad y especificidad, esto es, su capacidad para clasificar correctamente sujetos pertenecientes al grupo clínico (con patología de la personalidad) y al grupo control (sin patología de la personalidad). La sensibilidad de una prueba diagnóstica se define como la probabilidad de obtener un resultado positivo en la misma (Bewick, 2004; Habibzadeh, 2016) o la capacidad de una prueba para identificar correctamente a todas las personas que padecen una enfermedad o verdaderos positivos en la prueba (Trevethan, 2017). En la presente tesis doctoral se refiere al porcentaje de sujetos del grupo clínico que han sido predichos como grupo clínico correctamente por la versión en castellano de la STIPO-R. Asimismo, la especificidad de una prueba diagnóstica se define como la probabilidad de una prueba negativa en una persona sin enfermedad (Bewick, 2004; Habibzadeh, 2016) o la capacidad de una prueba para identificar correctamente a todas las personas que, efectivamente, no padecen una enfermedad o verdaderos negativos en la prueba (Trevethan, 2017). En el presente estudio corresponde al porcentaje de casos del grupo control que han sido predichos correctamente como grupo control por la versión en castellano de la STIPO-R. Las representaciones gráficas de la sensibilidad y especificidad para un sistema clasificador binario, según se va variando el punto de corte de discriminación, constituyen las curvas ROC (Habibzadeh, 2016) y nos proporcionan un buen indicador de la precisión de la clasificación entre los estados alternativos de salud que evalúa la prueba diagnóstica (Armesto, 2011).

Para evaluar la capacidad discriminativa de la versión en castellano de la entrevista STIPO-R se han realizado 8 regresiones logísticas de la condición de sujeto (clínico - control) según la media aritmética calculada de la versión en castellano de la STIPO-R en global (STIPO-R Media) y, además, para cada uno de los 6 dominios clínicos de la STIPO-R, así como también para la Escala de Narcisismo. Se ha

realizado, asimismo, la representación gráfica de las curvas ROC para cada uno de los 8 modelos considerados, con la finalidad de obtener un punto de corte para el diagnóstico de patología de la personalidad en la muestra estudiada, así como para evaluar la sensibilidad y la especificidad de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano.

En el apartado 6.2.5.3. Análisis ROC (pág. 193) del presente estudio, se presentan las curvas ROC asociadas al modelo de regresión Logística (Hosmer y Lemeshow, 2013) según cada uno de los dominios clínicos, así como de la Escala de Narcisismo de la versión en castellano de la STIPO-R, tomando como variable respuesta el grupo (clínico vs. control). Con las curvas ROC se puede ver la evolución de la clasificación de predicciones según los diferentes valores de la variable explicativa (STIPO-R Media, o por dominio, o para la Escala de Narcisismo).

La regresión Logística es un modelo de regresión donde la variable respuesta es binaria o dicotómica (es decir, tiene dos categorías) y su objetivo es estimar la probabilidad de ocurrencia de la variable respuesta ( $p$ ) (Hosmer y Lemeshow, 2013), esto es, ser grupo clínico.

Para hacerlo, se utiliza un Modelo Lineal donde lo que se modeliza es una transformación de esta probabilidad, usando la función de enlace logit:  $\log(\text{odds})$ .

$$Y = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 * X$$

Donde se determinan cada parámetro  $\beta$ .

En este punto, se debe introducir el término odds, que es  $p/(1-p)$ , es decir, corresponde a la división entre la probabilidad de ocurrencia y la probabilidad de no ocurrencia (Hosmer y Lemeshow, 2013).

Para cada caso, se ha calculado la predicción de ser grupo clínico o grupo control según el nivel de la STIPO-R Media (o por cada Dominio, o para la Escala de

Narcisismo). Valores superiores a un determinado nivel de STIPO-R Media serán considerados como clínicos e inferiores como controles.

A partir del valor predicho y el valor real, se ha calculado para cada nivel de STIPO-R Media (o por dominio, o para la Escala de Narcisismo):

- VP = Verdaderos Positivos = sujetos del grupo clínico que han sido predichos como grupo clínico.
- VN = Verdaderos Negativos = sujetos del grupo control que han sido predichos como grupo control.
- FP = Falsos Positivos = sujetos del grupo control que han sido predichos como grupo clínico.
- FN = Falsos Negativos = sujetos del grupo clínico que han sido predichos como grupo control.

Con estos recuentos se ha calculado:

$$\text{Sensibilidad} = \text{VP} / (\text{VP} + \text{FN})$$

$$\text{Especificidad} = \text{VN} / (\text{VN} + \text{FP})$$

Se representan los valores de Sensibilidad y Especificidad para cada punto de corte (nivel de STIPO-R Media o por dominio, o para la Escala de Narcisismo).

Además, en el caso de la variable STIPO-R Media global, se presentan los diferentes puntos de corte o de discriminación óptimos (cutoff) obtenidos (ver apartado 6.2.5.4. Punto de corte óptimo, pág. 206), a partir de los cuales se podrán dicotomizar los resultados de la prueba diagnóstica para poder establecer dicho valor como marcador discriminatorio de los estados alternativos de salud que estamos estudiando (Bewick, 2004). Este cálculo se ha realizado a partir de la regresión Logística Condición = STIPO-R Media (Hosmer y Lemeshow, 2013). Los

diferentes puntos de corte o de discriminación óptimos (cutoff) utilizados han sido los siguientes:

- AUC: punto de corte por el cual se obtiene la máxima sensibilidad y especificidad de la prueba. Distancia al punto (0.1) mínima, equivalentemente, mayor área debajo la curva (Newman y cols., 2009; DeLong y cols., 1988).
- Accuracy Ratio: punto de corte donde se tiene mayor proporción de VP i VN (Hosmer y Lemeshow, 2013).
- Youden Index: punto de corte donde es mayor la distancia desde la diagonal hasta la curva, cuyo valor puede ir de -1 a 1, y tiene un valor de cero cuando una prueba de diagnóstico da la misma proporción de resultados positivos para grupos con y sin la enfermedad (la prueba es inútil). Un valor de 1 indica que no hay falsos positivos o falsos negativos (la prueba es perfecta) (Youden, 1950).

Las decisiones estadísticas se han llevado a cabo tomando como nivel de significación el valor 0.01 (p valor < .01).

#### **5.4. PROCEDIMIENTOS**

Para la adaptación y validación al castellano de la STIPO-R, en primer lugar, se obtuvieron los permisos del Personality Disorders Institute de la Facultad de Medicina Weill Medical College, Cornell University de Nueva York (ver Anexo 7, pág. 397).

A continuación, se llevaron a cabo la traducción y la retro traducción de la STIPO-R, de su versión original en inglés al castellano, para asegurar de forma rigurosa la equivalencia de la versión original en inglés con la versión adaptada en castellano. La STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) se tradujo al idioma castellano por dos hablantes nativas de castellano independientes (SM y MB) que estaban



familiarizadas con los constructos medidos y con la población objetivo. Las traductoras llegaron a un acuerdo sobre una versión común, que luego fue traducida a ciegas por una hablante nativa de inglés, la cual a continuación, fue comparada con la versión original. Las discrepancias fueron consensuadas y resueltas a través de reuniones entre las traductoras y dos expertos externos, así como revisadas por los autores del instrumento, John Clarkin y Barry Stern. Antes de la aprobación final, se realizó un estudio piloto de la entrevista en 20 sujetos de la población objetivo para garantizar la comprensibilidad y viabilidad, así como su equivalencia semántica y conceptual, y se les dio prioridad a lo largo del proceso de adaptación del instrumento al idioma castellano, hasta llegar a su versión definitiva. Los procedimientos anteriores siguieron de forma rigurosa las recomendaciones estándar para la adaptación de los cuestionarios (Epstein y cols., 2015).

Asimismo, se diseñó el protocolo de evaluación que incluyó el diseño del Cuaderno de recogida de datos relevantes para el presente estudio (variables sociodemográficas y clínicas) y los instrumentos a utilizar. La finalidad de recoger dichas variables en todos los participantes del estudio ha sido poder comparar los dos grupos de la muestra (clínico y control), para evaluar si existen diferencias significativas entre ambos grupos en las variables estudiadas.

Las variables sociodemográficas estudiadas para todos los participantes del presente estudio fueron: edad, género, estado civil, nivel de estudios y situación laboral.

Las variables clínicas estudiadas para el grupo clínico fueron: diagnóstico de TP mediante entrevista diagnóstica de cribaje según criterios diagnósticos del Manual DSM, tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico previo a la realización del estudio, tratamiento actual y tipo de tratamiento, centro de tratamiento actual, conducta suicida e ingresos psiquiátricos.

Las variables clínicas estudiadas para el grupo control fueron las mismas que para el grupo clínico, a excepción de que los participantes del grupo control no cumplieron criterios diagnósticos de TP en los últimos diez años.

Posteriormente, se obtuvo el permiso para la realización del estudio por parte del Comité de Ética del Hospital Universitari de Vall d'Hebron y se creó la base de datos.

A continuación, se estimó el tamaño muestral.

Seguidamente, se realizó el reclutamiento de los sujetos del grupo clínico de entre los pacientes atendidos de forma consecutiva en los dispositivos ambulatorios de Grup TLP Barcelona, donde acudieron para consultar sobre su diagnóstico y a solicitar tratamiento. Dichos dispositivos están gestionados por Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental (CPB-SSM) y Hospital Universitari Vall d'Hebron, forman parte de la red pública de Salud Mental y están ubicados en la ciudad de Barcelona (Cataluña). Dicho reclutamiento se hizo en tres visitas sucesivas realizadas por la autora de la presente tesis doctoral.

En la primera visita, se realizó de forma individual una entrevista clínica de cribaje para valorar la presencia clínica de criterios de TP según el Manual DSM, así como la ausencia de diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar tipo I, trastorno por uso de sustancias activo y condición orgánica que pudiese explicar mejor los síntomas. Una vez realizada dicha entrevista de cribaje se informó del presente estudio a los pacientes con criterios de inclusión en el mismo y se solicitó su participación voluntaria, obteniendo de los que aceptaron participar, la firma de su consentimiento informado por escrito.

En la segunda visita se administró la SCID-II de forma individual por parte de la autora del presente estudio, confirmando el diagnóstico de TP. A continuación, se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas relevantes para el presente estudio.

En la tercera visita se administró al grupo clínico la STIPO-R de forma individual por parte de la autora de la presente tesis doctoral y, a continuación, los sujetos de dicho grupo cumplieron el autoinforme PID-5 también de forma individual.

Un total de 134 sujetos cumplimentaron completamente el protocolo de evaluación y 10 sujetos no lo cumplimentaron completamente y se excluyeron del estudio.

Paralelamente, se reclutó un grupo de 72 sujetos voluntarios (grupo control) sin diagnóstico de TP en los últimos diez años, de entre los estudiantes de dos universidades distintas de la ciudad de Barcelona (Cataluña) y de entre sus parientes y conocidos. El reclutamiento del grupo control se realizó en dos visitas sucesivas realizadas por la autora de la presente tesis doctoral. En la primera visita se realizó una entrevista clínica de cribaje para descartar la presencia de criterios de TP en los últimos diez años, así como la ausencia de diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar tipo I y trastorno por uso de sustancias activo. A continuación, se informó del estudio a los sujetos con criterios de inclusión en el presente estudio y se solicitó su participación voluntaria en el mismo, obteniendo de los que aceptaron participar la firma de su consentimiento informado por escrito. Seguidamente, se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas. En la segunda visita, se administró la STIPO-R y a continuación, los sujetos cumplimentaron el autoinforme PID-5, en ambos casos de forma individual. La SCID-II no se administró a los sujetos del grupo control ya que dicha entrevista está diseñada para evaluar personalidad patológica en población clínica, y no personalidad normal (First y cols., 1997).

Además de la recogida de los datos dirigidos a la descripción de la muestra, se han llevado a cabo los procedimientos de acuerdo con los objetivos propuestos en la presente tesis doctoral, que se relacionan a continuación.

Respecto a la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba (Objetivo 1), esta se define como la evidencia del grado en que dicho contenido representa el constructo que se quiere medir y es el paso inicial para evaluar las otras fuentes de validez (Zapata-Ospina y García-Valencia, 2020). El marco conceptual de la validez basada en el contenido tiene cuatro componentes (Sireci, 1998), que son: la definición del dominio (indica cómo se da la definición operacional del constructo a medir); la representatividad del dominio (es el grado en que los ítems del instrumento representan los dominios del constructo y los abarcan en su totalidad); la relevancia del contenido (constituye el

grado en que cada ítem es importante para cada dominio) y la calidad de la construcción del instrumento (se refiere a los procesos que se llevan a cabo para construir el instrumento de acuerdo con el constructo) (Sireci, 1998).

Como ya se ha comentado en la introducción del presente estudio, la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) es una versión breve de la STIPO (Clarkin y cols., 2007). Los datos publicados hasta la fecha respecto a la validez de contenido de la STIPO (Clarkin y cols., 2007), instrumento antecedente de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), son los siguientes: los dominios y subdominios de la STIPO, así como sus ítems fueron redactados, definidos, considerados como representativos y de contenido relevante por John Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern y Otto Kernberg, del Personality Disorders Institute de Nueva York, todos ellos expertos de reconocida trayectoria en el ámbito de los TP y de la OLP. Respecto a los ítems, para decidir su ubicación en cada uno de los dominios y subdominios de la STIPO, fueron también revisados por Otto Kernberg (Clarkin y cols., 2007). Como se ha comentado también en la introducción del presente estudio, la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) tiene la misma estructura que la STIPO (Clarkin y cols., 2007) en cuanto a dominios y subdominios se refiere, aunque con menor número de ítems (ver apartado 1.5.4.1.3., pág. 100), y tiene también una escala adicional que no aparece en la STIPO (Clarkin y cols., 2007), y sí en la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), que es la Escala de Narcisismo. En la determinación de los ítems que se mantuvieron en cada dominio y subdominio y su grado de importancia, y también en cuáles formaron parte de la Escala de Narcisismo, participaron los mismos autores antes mencionados. En este sentido, la presente tesis doctoral, respecto a la validez de contenido de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), quiere estudiar si un nuevo grupo de expertos evalúan los ítems de la versión en castellano de la STIPO-R de la misma manera que los autores de la versión original en inglés (Clarkin y cols., 2016) en relación con su contenido.

En el presente estudio, para evaluar la evidencia de validez basada en el contenido de la prueba (Objetivo 1), se ha utilizado el método de evaluación por parte de un grupo de jueces expertos. Para ello, se ha llevado a cabo el siguiente procedimiento con el objetivo de evaluar la concordancia de definición tanto de los dominios, como también de los subdominios, así como de la Escala de Narcisismo de la versión en

castellano de la entrevista STIPO-R entre los distintos jueces entre sí y también, entre todos los jueces en conjunto respecto a la asignación teórica predefinida en la propia entrevista STIPO-R.

En primer lugar, para calcular la concordancia entre los distintos jueces entre sí y la concordancia global entre los jueces y la entrevista STIPO-R, se renumeraron los ítems de la STIPO-R de 55 a 58 (el primer ítem de la entrevista original tiene 3 sub-ítems (ver Anexo 4, pág. 309). A continuación, se confeccionó una base de datos con las asignaciones de cada ítem al dominio y al subdominio realizadas por cada juez individualmente y la asignación de ítems predeterminada en la entrevista STIPO-R. Asimismo, se confeccionó otra base de datos con la información de la selección de los ítems correspondientes a la Escala de Narcisismo, la definida por cada juez individualmente y la asignación de ítems predefinida en la entrevista STIPO-R. Seguidamente, se realizaron cuatro aleatorizaciones independientes de los ítems de la versión en castellano de la STIPO-R (ver Anexo 3, pág. 307) y se reordenaron los ítems de la entrevista mediante estas cuatro aleatorizaciones, obteniendo para cada juez, una entrevista estructurada de distinta forma. Además, se elaboró un listado aparte, con los nombres de los dominios y subdominios de la STIPO-R y con el nombre de la Escala de Narcisismo.

A continuación, se establecieron los criterios para seleccionar la muestra de jueces expertos. Revisando la literatura, nos encontramos con que la selección del número de expertos depende de aspectos tales como la facilidad para acceder a ellos o la posibilidad de conocer expertos suficientes sobre la temática objeto de la investigación (Cabero y Llorente, 2013). El número de expertos que deben participar es controvertido. Algunos autores recomiendan de dos a diez expertos (Yusoff, 2019), aunque no hay un acuerdo unánime para su determinación, sugiriéndose que el número de expertos a considerar en un juicio depende del nivel de experiencia y del nivel de conocimiento de los mismos respecto al tema a evaluar (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008). Por consiguiente, en el presente estudio, para determinar el número de jueces expertos participantes se han seguido las recomendaciones de Yusoff (2019) y Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), seleccionando aquellos con trayectoria en el tema, que son reconocidos por otros

como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).

Finalmente, la muestra estuvo formada por cuatro jueces expertos (100% mujeres) (VL, IDA, ES y JS), independientes y seleccionadas por conveniencia, cuya media de edad fue de 47.2 años. Todas ellas son psicólogas especialistas en psicología clínica, con grado de MSc, con experiencia clínica de entre ocho y diecisiete años en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con TP en la red pública de Salud Mental en España y están familiarizadas con el modelo teórico en el que se basa la entrevista STIPO-R, pero no con la entrevista. A continuación, se entregó a cada jueza por separado la entrevista estructurada de distinta forma con los ítems aleatorizados y el listado con los nombres de los dominios y de los subdominios de la STIPO-R y con el nombre de la Escala de Narcisismo, informando de que esta escala no tiene ítems propios, sino que está formada por ítems que forman parte de los distintos dominios y subdominios de la STIPO-R. Seguidamente, todos los ítems fueron evaluados por el nuevo grupo de expertas temáticas, que de forma independiente, valoraron y asignaron cada uno de los ítems de la versión en castellano de la STIPO-R, tanto a las dimensiones como a las subdimensiones y también a la Escala de Narcisismo de la STIPO-R que ellas consideraron (Zapata-Ospina y Garcia-Valencia, 2022).

Seguidamente, se llevaron a cabo los análisis de datos descritos en el apartado 5.3. (pág.132) de la presente tesis doctoral de acuerdo con los objetivos del presente estudio.

Toda la información clínica y psicométrica obtenida tanto del grupo clínico como del grupo control, se ha recogido dentro del protocolo habitual de evaluación de los servicios de dos de las instituciones que forman el Grup TLP Barcelona: Centre Psicoteràpia Barcelona- Serveis Salut Mental (CPB-SSM) y el Hospital Universitari Vall d'Hebron. Dichas instituciones y sus servicios forman parte de la Red Pública de Salud Mental en Cataluña (España).





# RESULTADOS



## 6. RESULTADOS

En este apartado, en primer lugar, se presentan los resultados relativos a los análisis descriptivos univariados y bivariados realizados de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos básicos de la SCID-II (First y cols., 1997; adaptación al castellano Gómez-Beneyto, 1994); de los dominios y de la escala de Narcicismo de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y de los dominios del PID-5 (Krueger y cols., 2012; adaptación al castellano Gutiérrez y cols., 2017). En segundo lugar, se presentan los resultados obtenidos en función de los objetivos del presente estudio.

### 6.1. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

Se obtuvo información previa respecto a las características sociodemográficas y clínicas de toda la muestra (n=206). Se pudo recoger información completa de 134 sujetos del grupo clínico. No se pudo recoger información completa de 10 sujetos. Respecto al grupo control, se pudo recoger información completa de 72 sujetos.

#### 6.1.1. Características sociodemográficas

A continuación, se describen los resultados correspondientes a las características sociodemográficas estudiadas (Tablas 4 y 5).

##### 6.1.1.1. Grupo clínico

El grupo clínico estuvo formado principalmente por mujeres (91.1%; n=122) y en menor medida por hombres (9%; n=12), cuya media de edad fue de 35.34 años ( $DE=10.74$ ). En cuanto al estado civil, la mayor proporción de las pacientes de este grupo eran solteras (60.4%; n=81); su nivel de estudios era en su mayoría de FP o

bachillerato (49.2%; n=66) y universitarios (29.9%; n=40) y estaban en paro (25.4%; n=34).

#### 6.1.1.2. Grupo control

El grupo control estuvo formado en su mayor parte por mujeres (66.7%; n=48), con una media de edad de 32.53 años ( $DE = 8.82$ ). Respecto al estado civil, la mayor parte eran solteras (52.8%; n=38); su nivel de estudios era en mayor proporción de estudios universitarios (63.9%; n=46) y trabajaban con contrato indefinido (61.1%; n=44).

#### 6.1.1.3. Comparación características sociodemográficas

No hubo diferencias significativas según edad, como muestra el resultado de la prueba de contraste Mann Whitney Wilcoxon ( $S=6635.0$ ;  $DF=1$ ;  $p=.05$ ) en la Tabla 4.

En la Tabla 5 pueden consultarse los resultados relativos a las características sociodemográficas del total de la muestra (grupo clínico y grupo control). Para el género se obtuvo un  $\chi^2(1, N=206)=19.30$ ;  $p<.01$ , detectándose diferencias significativas respecto al mayor predominio de mujeres en el grupo clínico. Respecto al estado civil, en el grupo clínico hubo una menor proporción de personas casadas o que vivían en pareja, siendo estas diferencias significativas ( $\chi^2(3, N=200)=9.10$ ;  $p<.05$ ). En cuanto al nivel de estudios, los sujetos del grupo clínico tenían un nivel de estudios más bajo, siendo estas diferencias también significativas ( $\chi^2(3, N=199)=31.05$ ;  $p<.01$ ). Ocurrió lo mismo con relación a la situación socio laboral, obteniéndose un  $\chi^2(5, N=192)=57.37$ ;  $p<.01$ , lo que indica que las diferencias en la situación socio laboral entre ambos grupos de la muestra fueron significativas, siendo ésta en los sujetos del grupo clínico de mayor precariedad, presentando mayores tasas de paro, mayor proporción de personas con pensiones o ayudas económicas por incapacidad, más contratos temporales y trabajos sin contrato laboral.

**Tabla 4.**  
**Edad del total de la muestra (grupo clínico y grupo control)**

Variable	n=206	Recuento (%)		Contraste
		Clínico	Control	
Edad		35.34 (DE =10.74)	32.53 (DE =8.82)	<b>S=6635.0; DF=1; p=.05</b>

Contraste Mann-Whitney-Wilcoxon (S)

En negrita el contraste significativo

**Tabla 5.**  
**Características sociodemográficas del total de la muestra (grupo clínico y grupo control)**

Variable	Categorías	Recuento (%)		Contraste
		Clínico	Control	
Género	Hombre	12 (9.0%)	24 (33.3%)	<b><math>C^2</math> (1, n=206)=19.30; p&lt;.01</b>
	Mujer	122 (91.0%)	48 (66.7%)	
Estado civil	.	6 (4.5%)		<b><math>C^2</math> (3, n=200)=9.10; p&lt;.05</b>
	Casado/a Vive en pareja	16 (11.9%)	19 (26.4%)	
	Separado/a o divorcia	19 (14.2%)	13 (18.1%)	
	Soltero/a	81 (60.4%)	38 (52.8%)	
	Viudo/a	12 (9.5%)	2 (2.7%)	
Nivel Estudios	.	7 (5.2%)		<b><math>C^2</math> (3, n=199)=31.05; p &lt; .01</b>
	Universitarios	40 (29.9%)	46 (63.9%)	
	Primarios	21 (15.7%)	1 (1.4%)	
	Secundarios	18 (13.4%)	1 (1.4%)	
	FP-Ciclos Formativos	48 (35.8%)	25 (34.7%)	
Situación Laboral	.	13 (9.7%)	1 (1.4%)	<b><math>C^2</math> (5, n=192)=57.37; p &lt; .01</b>
	Contrato indefinido	20 (14.9%)	44 (61.1%)	
	Contrato temporal	16 (11.9%)	7 (9.7%)	
	En el paro	34 (25.4%)	5 (6.9%)	
	Estudiante	13 (9.7%)	13 (18.1%)	
	Incapacidad/ Pensionista	23 (17.2%)	1 (1.4%)	
	Otros	15 (11.2%)	1 (1.4%)	

.Valores perdidos. No se han utilizado en el contraste

Contraste Chicuadrado ( $C^2$ )

En negrita los contrastes significativos

### 6.1.2. Características clínicas

A continuación, se describen los resultados correspondientes a las características clínicas de la muestra estudiadas (Tabla 6).

#### 6.1.2.1. Grupo clínico

En relación con haber realizado tratamiento previo a la realización del estudio, la mayor parte de los sujetos del grupo clínico sí lo había realizado (89.6%; n=120); siendo éste en su mayor proporción de tipo combinado (67.9%; n=91), es decir, psicoterapia y tratamiento farmacológico. Seguía en tratamiento en el momento de la realización del presente estudio más del 80% (86.6%; n=116), siendo este tratamiento ambulatorio (100%; n=135); en la red pública de salud mental (70.1%; n=94). La mayor parte de los sujetos de este grupo tenían antecedentes de conducta suicida (59.7%; n=80); algo más del 50% habían estado hospitalizados en alguna ocasión (53.7%; n=72); y algo más del 46% (46.3%; n=62) habían requerido entre 1 y 3 o más ingresos por causas psiquiátricas.

#### 6.1.2.2. Grupo control

Más del 80% de los sujetos del grupo control no habían realizado tratamiento psiquiátrico o psicológico previo (81.9%; n=59) en el momento de la realización del presente estudio. El 12.5% (n=9) de los sujetos de este grupo sí habían realizado psicoterapia ambulatoria privada por trastornos afectivos y de ansiedad (100%). Continúan actualmente realizando psicoterapia ambulatoria privada 4 sujetos (5.6%). Ningún sujeto del grupo control tenía antecedentes de conducta suicida ni había estado hospitalizado por causas psiquiátricas.

#### 6.1.2.3. Comparación características clínicas

Los resultados mostraron que la proporción de sujetos del grupo clínico que había realizado tratamiento previo a la realización del presente estudio, fue muy superior a la del grupo control y que dichas diferencias fueron significativas (se obtuvo un  $\chi^2(1, n=206)= 104.64; p<.01$ ). Asimismo, se detectaron diferencias significativas en el resto de las variables clínicas estudiadas, como muestran los contrastes realizados (Tabla 6). Respecto al tratamiento actual, la mayor parte de los sujetos del grupo clínico seguían en tratamiento en el momento de la realización del estudio ( $\chi^2(1, n=206)= 118.70; p <.01$ ), siendo este ambulatorio en la red pública de salud

mental (Fisher (1, n=111) =35.07, p<.01)), de tipo combinado ( $C^2$  (2, n=121)=19.07; p<.01)), con antecedentes de conducta suicida ( $C^2$ (1, n=206)=70.28; p<.01)) e ingresos psiquiátricos previos.

**Tabla 6.**  
**Características clínicas del total de la muestra (grupo clínico y grupo control)**

Variable	Recuento (%)		Contraste	
	Valor	Clínico	Control	
Tratamiento previo	No	14 (10.4%)	59 (81.9%)	$C^2$ (1, n=206)= 104.64; p < .01
	Si	120 (89.6%)	13 (18.1%)	
Tipo de tratamiento previo	.	20 (14.9%)	59 (81.9%)	$C^2$ (2, n=127)=22.73; p < .01
	Combinado	91 (67.9%)	3 (4.2%)	
	Psicoterapia	11 (8.2%)	9 (12.5%)	
	Tratamiento farmacológico	12 (9.0%)	1 (1.4%)	
Tratamiento actual	No	18 (13.4%)	66 (91.7%)	$C^2$ (1, n=206)= 118.70; p < .01
	Si	116 (86.6%)	6 (8.3%)	
Tipo de tratamiento actual	.	18 (13.4%)	66 (91.7%)	$C^2$ (2, n=121)=19.07; p < .01
	Combinado	89 (65.9%)	4 (5.6%)	
	Psicoterapia	8 (6.0%)	2 (2.7%)	
	Tratamiento farmacológico	20 (14.7%)		
Centro tratamiento actual	.	29 (21.6%),	66 (91.7%)	<b>F (1, n=111) =35.07, p &lt; .01</b>
	CSMA	94 (70.1%)		
	Centro ambulatorio privado	11 (8.3%)	6 (8.3%)	
Conducta suicida	No	54 (40.3%)	72 (100.0%)	$C^2$ (1, n=206)=70.28; p < .01
	Si	80 (59.7%)		
Ingresado psiquiatría	No	62 (46.3%)	72 (100.0%)	$C^2$ (1, n=206)=59.47; p < .01
	Si	72 (53.7%)		
Número de ingresos psiquiátricos	0	62 (46.3%)	72 (100.0%)	
	1	24 (17.9%)		
	2	19 (14.2%)		
	>=3	29 (21.6%)		
	.			

. Sin tratamiento. No se han utilizado en el contraste

Contraste Chicuadrado ( $C^2$ )

Contraste Fisher (F)

En negrita los contrastes significativos



#### 6.1.2.4. SCID-II

Se administró únicamente al grupo clínico de la muestra. Se pudo recoger información completa de 124 sujetos del grupo clínico. No se pudo recoger información completa de 10 sujetos.

Los resultados indicaron que el total (100%) de sujetos integrantes del grupo clínico (n=124) cumplieron criterios diagnósticos de TP.

A continuación, se presentan los resultados en la Tabla 7.

**Tabla 7.**  
**Distribución por trastornos de la personalidad del grupo clínico según la SCID-II**

Grupo clínico	SI		NO	
	n	%	n	%
TP Paranoide	33	27.05	89	72.95
TP Esquizotípico	3	2.46	119	97.54
TP Esquizoide	9	7.44	112	92.56
TP Histriónico	10	8.13	113	91.87
TP Narcisista	16	13.11	106	86.89
TP Límite	104	81.89	23	18.11
TP Antisocial	25	20.66	96	79.34
TP Evitativo	46	37.10	78	62.90
TP Dependencia	28	22.76	95	77.24
TP Obsesivo Compulsivo	41	33.88	80	66.12

Respecto a la distribución del grupo clínico por grupos de TP (Clústeres) (Tabla 8), los sujetos de este grupo se distribuyeron como sigue: el 33.6% (n=40) de los sujetos del grupo clínico cumplieron criterios diagnósticos pertenecientes a los trastornos de personalidad del Clúster A (trastorno paranoide de la personalidad,

trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno esquizoide de la personalidad). El 86.51% (n=109) de los sujetos del grupo clínico cumplieron criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad pertenecientes al Clúster B (trastorno histriónico de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad). Por último, el 63.71% (n=79) de los sujetos de del grupo clínico cumplieron criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad pertenecientes al Clúster C (trastorno evitativo de la personalidad, trastorno de la personalidad por dependencia y trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad).

Por tanto, la mayor parte de los sujetos del grupo clínico se ubicaron principalmente en los TP de los Clústeres B (86.51%, n=109) y C (63.71%, n=79), y en menor proporción en el Clúster A (33.06%, n=40). En cuanto a prevalencia, esta fue mayor para el trastorno límite de la personalidad, seguido por el trastorno evitativo de la personalidad, el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno de la personalidad por dependencia, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad.

**Tabla 8.**  
**Distribución del grupo clínico por Clústeres según la SCID-II**

n=124	No		Sí	
	n	%	n	%
Clúster A	81	66.94	40	33.06
Clúster B	17	13.49	109	86.51
Clúster C	45	36.29	79	63.71

#### 6.1.2.5. STIPO-R y PID-5

En la Tabla 9 pueden consultarse los estadísticos descriptivos básicos de los valores de los dominios del autoinforme PID-5, así como de los dominios y de la Escala de Narcisismo de la entrevista STIPO-R para toda la muestra (grupo clínico y grupo control).

**Tabla 9.**  
**Estadísticos descriptivos dominios STIPO-R y dominios PID-5**

<b>Dominios</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Q1</b>	<b>Mediana</b>	<b>Q3</b>	<b>Máximo</b>
PID-5 Afecto negativo	198	1.39	.59	.00	1.00	1.43	1.78	2.86
PID-5 Desapego	198	1.21	.69	.00	.57	1.29	1.70	2.79
PID-5 Antagonismo	198	.72	.54	.00	.29	.67	1.13	2.70
PID-5 Desinhibición	198	1.34	.61	.00	1.00	1.43	1.71	2.93
PID-5 Psicoticismo	198	.72	.58	.00	.23	.67	1.08	2.50
Media Global PID-5	198	1.10	0.49	.00	0.74	1.15	1.45	2.22
STIPO-R Identidad	206	.88	.58	.00	.30	.93	1.32	1.95
STIPO-R Relaciones objetales	206	.66	.53	.00	.17	.56	1.07	2.00
STIPO-R Defensas de nivel Inferior	206	.80	.62	.00	.17	.83	1.33	2.00
STIPO-R Defensas de nivel Superior	206	1.03	.65	.00	.50	1.00	1.50	2.00
STIPO-R Agresión	205	.61	.49	.00	.13	.58	.98	2.00
STIPO-R Valores morales	205	.37	.41	.00	.00	.17	.50	1.60
STIPO-R Escala de Narcisismo	206	.67	.47	.00	.27	.64	1.00	1.90
Media Global STIPO-R	206	.72	.47	.00	.25	.83	1.11	1.74

Como puede observarse en la Tabla 9, en relación con el PID-5, las puntuaciones medias de sus dominios oscilan entre 0.72 para los dominios Antagonismo y Psicoticismo y 1.39 para el dominio Afecto negativo. Respecto a la STIPO-R, las puntuaciones medias de sus dominios oscilan entre 0.37 para el dominio Valores morales y 1.03 para el dominio Defensas de nivel superior. La media global del PID-5 es de 1.10 y la de la STIPO-R de 0.72.

## 6.2. RESULTADOS POR OBJETIVOS

Para evaluar los objetivos 4 (Evaluar la evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables) y 5 (Evaluar de la evidencia de validez de si la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal de personalidad patológica), previamente a la realización de los análisis de datos en los que se requirió la comparación de grupos, se trató de calcular la invariancia de la medida a través de los grupos (Putnick y Bornstein, 2016). Dicho cálculo no pudo realizarse dada la falta de variabilidad del grupo control en el dominio clínico Agresión (todos los sujetos del grupo control puntuaron cero en todos los ítems de dicho dominio).

A continuación, se presenta un resumen de los resultados obtenidos en función de los objetivos del presente estudio.

### 6.2.1. Evaluación de la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba (Objetivo 1)

Seguidamente, se presenta la estimación del cálculo del coeficiente de Kappa para todos los jueces en global (Kappa overall) y la concordancia sobre: Dominio STIPO-R vs. Dominio jueces, Subdominio STIPO-R vs. Subdominio jueces y Escala de Narcisismo STIPO-R vs. Escala de Narcisismo jueces. También se presentan los resultados del cálculo del estadístico  $\chi^2$  para evaluar la concordancia de las distintas Kappas calculadas para cada nivel considerado (dominios, subdominios y Escala de Narcisismo) con respecto a los preestablecidos por la entrevista STIPO-R.

En el Anexo 6 (pág. 389) pueden consultarse las tablas de contingencia de la asignación de ítems de la versión en castellano de la STIPO-R de cada uno de los jueces por separado, en contraste con la asignación de ítems preestablecidos en la entrevista STIPO-R, y los coeficientes Kappa correspondientes tanto de cada dominio, como de cada subdominio y también de la Escala de Narcisismo.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos (Tabla 10).

**Tabla 10.**  
**Índices de kappa de dominios, subdominios y Escala de Narcisismo de la STIPO-R**

n=4		
Dominios	Índices Kappa	IC <sub>95%</sub>
STIPO-R vs Dominio jueces	Kappa=.85	[.74; .95]
STIPO-R vs Subdominio jueces	Kappa=.94	[.89; .98]
Narcisismo STIPO-R vs Narcisismo jueces	Kappa=.86	[.77; .94]

Para la primera comparación de Dominio preestablecido por la STIPO-R vs. Dominio de todos los jueces en conjunto (Kappa overall), se obtuvo un índice Kappa que indica un acuerdo elevado (Kappa=.85). En este caso, no se pudo contrastar la igualdad entre Kappas debido a que tan sólo hubo un juez con variabilidad (con algún ítem clasificado en diferente dominio) (ver Anexo 6, pág. 389).

Para la segunda comparación de Subdominio preestablecido por la STIPO-R vs. Subdominio de todos los jueces en conjunto (Kappa overall), se obtuvo un índice Kappa (Kappa=.94) que indica un acuerdo muy elevado - prácticamente perfecto (McHugh, 2012) con la asignación de ítems predefinida por la STIPO-R. Esta información se complementó con el test de igualdad de Kappas ( $\chi^2(1)=3.10$ ;  $p=.07$ ) para determinar si existe igualdad entre Subdominio global de jueces (Kappa overall) y Subdominio preestablecido por la STIPO-R, obteniendo que no se pudo rechazar la hipótesis nula de igualdad de Kappas.

Para la tercera comparación, Escala de Narcisismo STIPO-R vs. Escala de Narcisismo de todos los Jueces en conjunto (Kappa overall), se obtuvo un índice Kappa que indica un acuerdo elevado (Kappa=.86) y para evaluar si existen diferencias entre Escala de Narcisismo STIPO-R vs. Escala de Narcisismo global jueces, se obtuvo  $\chi^2(3, n=4)=99$ ;  $p=.80$ , es decir, igualdad. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes Kappa procedentes del estudio de concordancia entre las asignaciones de ítems de la Escala de Narcisismo de todos los jueces globalmente y los ítems de la Escala de Narcisismo predefinidos por la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano.

### **6.2.2. Evaluación de la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en su estructura interna (Objetivo 2)**

En este apartado, en primer lugar, se presentan (Tabla 11) las correlaciones de Spearman de todas las dimensiones de la STIPO-R, de la Escala de Narcisismo y la valoración global STIPO-R. A continuación, se presentan los cálculos de la estimación de la potencia del AFC y seguidamente, se presentan los resultados del AFC realizado. Las correlaciones policóricas entre los ítems de cada dominio de la STIPO-R pueden consultarse en el Anexo 8 (pág. 399), y como puede observarse, fueron positivas y con valores muy altos en su totalidad (Cohen, 1988).

### 6.2.2.1. Correlaciones ( $\rho$ de Spearman) de todas las dimensiones de la STIPO-R, de la Escala de Narcisismo y la valoración global

Seguidamente, se presentan (Tabla 11) las correlaciones de Spearman de todas las dimensiones de la STIPO-R, de la Escala de Narcisismo y la valoración media STIPO-R global.

**Tabla 11.**  
**Correlaciones ( $\rho$  de Spearman) de todas las dimensiones de la STIPO-R, de la Escala de Narcisismo y la valoración global**

<b>Dominio STIPO-R</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>1.Identidad</b>	<b>2.Relaciones objetales</b>	<b>3.Defensas de nivel inferior</b>	<b>4.Defensas de nivel superior</b>	<b>5.Agresión</b>	<b>6.Valores morales</b>	<b>Escala de Narcisismo</b>	<b>Media STIPO-R</b>
1.Identidad	206	.88	.58	----							
2.Relaciones objetales	206	.66	.53	.86	----						
3.Defensas de nivel inferior	206	.80	.62	.80	.77	----					
4.Defensas de nivel superior	206	1.03	.65	.69	.67	.74	----				
5.Agresión	205	.61	.49	.79	.69	.78	.70	----			
6.Valores morales	205	.37	.41	.58	.55	.60	.42	.60	----		
Escala de Narcisismo	206	.67	.47	.83	.82	.89	.70	.78	.65	----	
Media STIPO-R	206	.72	.47	.91	.88	.91	.82	.86	.70	.90	----

En la Tabla 11 se puede observar como la mayor parte de las dimensiones de la STIPO-R, así como la Escala de Narcisismo obtuvieron coeficientes de asociación entre 0.6 - 0.8. La dimensión 6, Valores morales, obtuvo unos coeficientes de correlación de Spearman que variaron desde 0.42 con la dimensión 4, Defensas de nivel superior (relación monótona positiva débil), hasta 0.7 con el total de la entrevista (relación monótona positiva fuerte).

A continuación, se presentan los resultados de la estimación de la potencia del AFC realizado.

#### 6.2.2.2. Estimación de la potencia del AFC

Como puede observarse en la Tabla 12, los resultados muestran que el presente estudio proporcionó un 82% de potencia (poder) para detectar un tamaño del efecto en términos de variación de RMSEA (Steiger y Lind, 1980) de +/-0,006. Por tanto, con el tamaño muestral de la muestra estudiada y los datos obtenidos de esta en el presente estudio, puede detectarse una medida del efecto muy precisa.

**Tabla 12. Estimación de la potencia del AFC**

RMSEA <sub>0</sub>	RMSEA <sub>1</sub>	Alpha	DF	n	Poder del AFC
.06	.066	.05	1424	206	.82

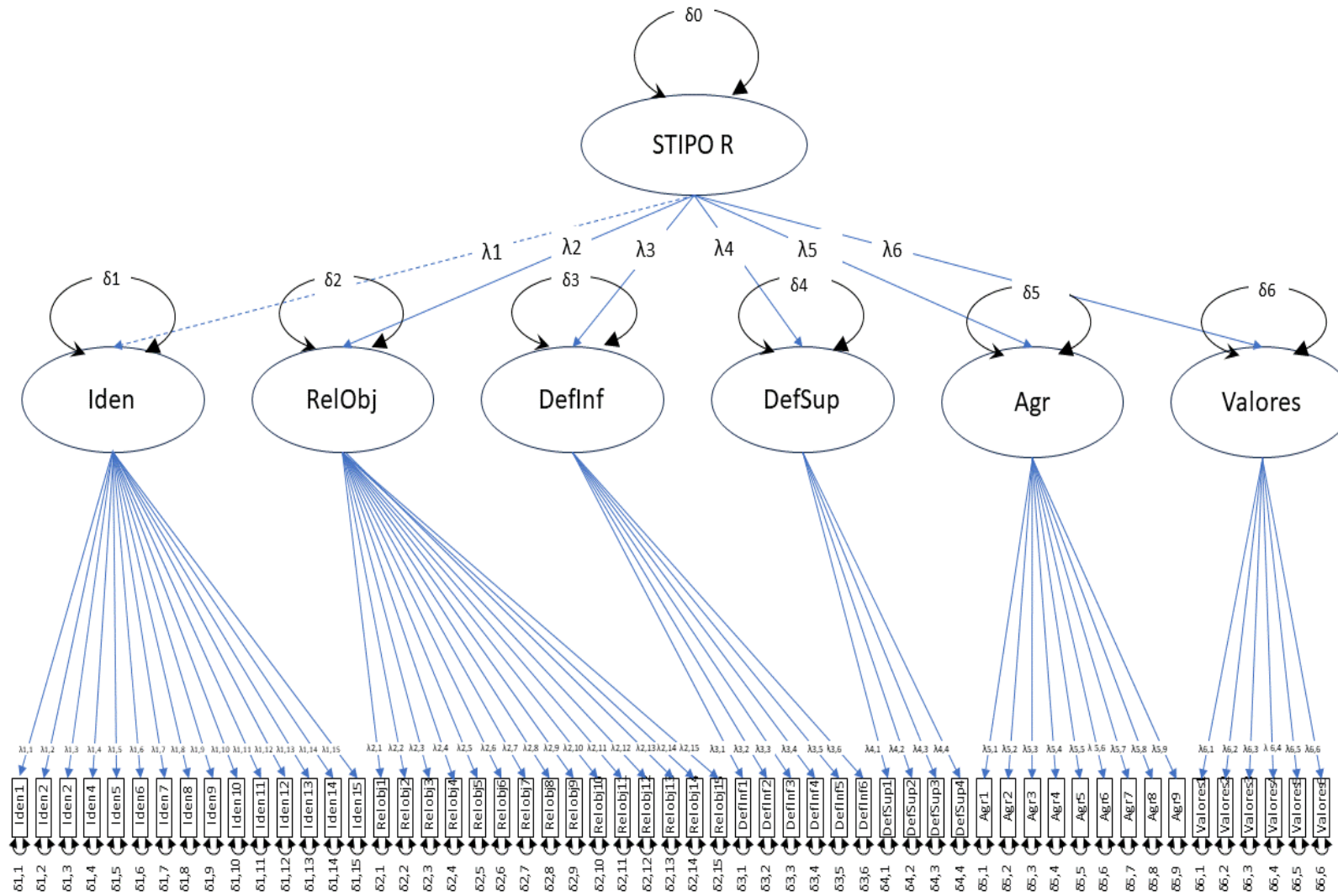
Seguidamente, se presentan los resultados correspondientes al AFC realizado, siguiendo sus diferentes fases: la especificación del modelo, la estimación de parámetros del modelo, la evaluación del ajuste del modelo, la representación gráfica del modelo y la interpretación de los resultados respecto a la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada.

#### 6.2.2.3. Especificación del modelo

Se especificó un modelo teniendo en cuenta la estructura teórica de la entrevista STIPO-R con 6 factores o variables latentes (dominios) y 55 ítems o variables observadas. Los 6 factores son: Factor 1: Identidad (Iden); Factor 2 Relaciones de Objeto (RelObj); Factor 3 Defensas primitivas (DefInf); Factor 4 Defensas de nivel superior (DefSup); Factor 5 Agresión (Agr); Factor 6 Valores morales (Valores), en los cuales cargan de 4 a 15 ítems, y un factor general en el que cargan los seis dominios (Figura 4).



Figura 4.  
Especificación del modelo



La especificación del modelo estimado fue la siguiente:

$$\text{Iden} \sim \lambda_{1,1} * \text{Iden1} + \lambda_{1,2} * \text{Iden2} + \dots + \lambda_{1,15} * \text{Iden15} + \delta_1$$

$$\text{Re1Obj} \sim \lambda_{2,1} * \text{Re1Obj1} + \lambda_{2,2} * \text{Re1Obj2} + \dots + \lambda_{2,15} * \text{Re1Obj15} + \delta_2$$

$$\text{DefInf} \sim \lambda_{3,1} * \text{DefInf1} + \lambda_{3,2} * \text{DefInf2} + \dots + \lambda_{3,6} * \text{DefInf6} + \delta_3$$

$$\text{DefSup} \sim \lambda_{4,1} * \text{DefSup1} + \lambda_{4,1} * 2\text{DefSup2} + \lambda_{4,1} * 3\text{DefSup3} + \lambda_{4,1} * 4\text{DefSup4} + \delta_4$$

$$\text{Agr} \sim \lambda_{5,1} * \text{Agr1} + \lambda_{5,2} * \text{Agr2} + \dots + \lambda_{5,9} * \text{Agr9} + \delta_5$$

$$\text{valores} \sim \lambda_{6,1} * \text{valores1} + \lambda_{6,2} * \text{valores2} + \dots + \lambda_{6,6} * \text{valores6} + \delta_6$$

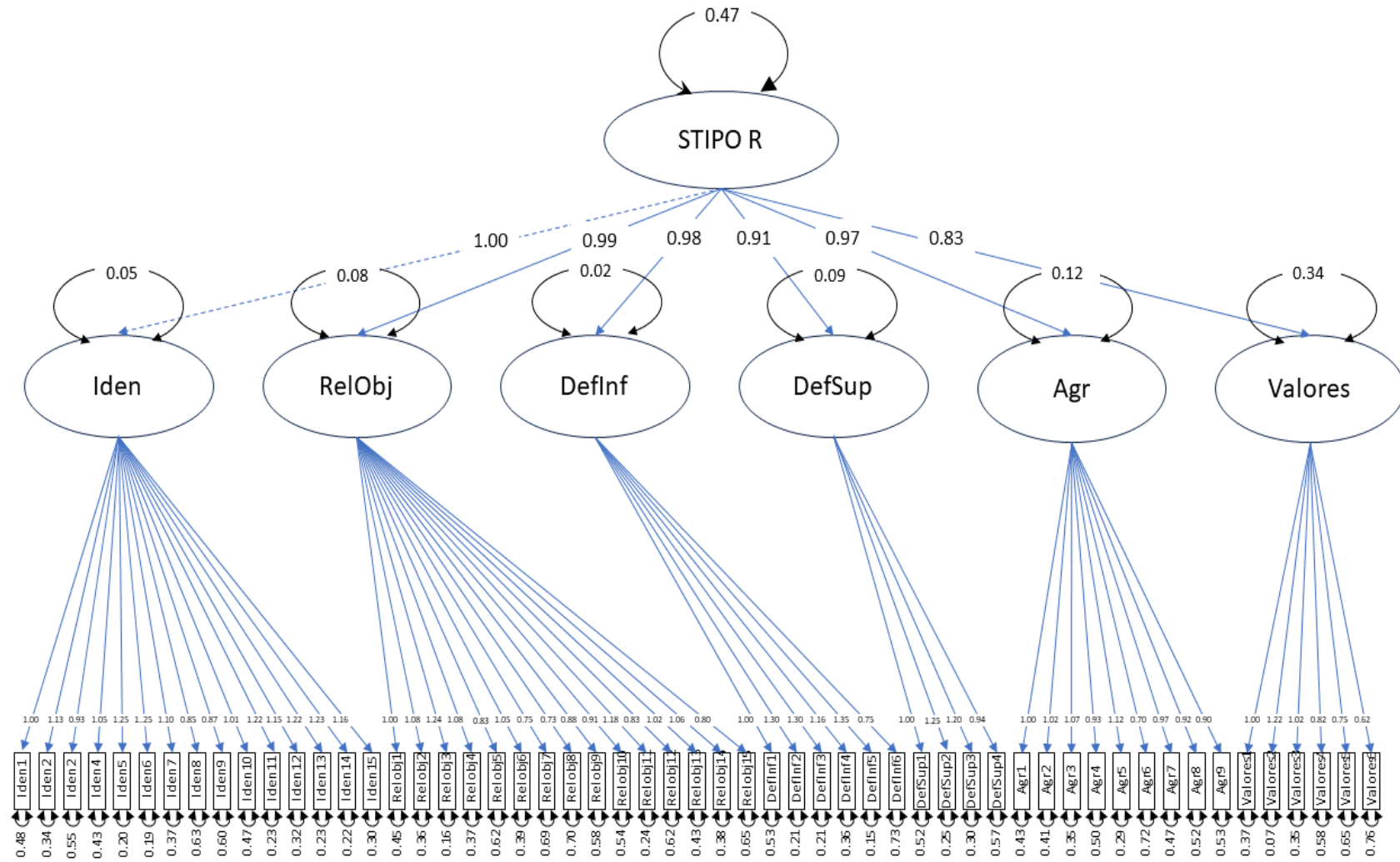
$$\text{STIPO.R} \sim \lambda_1 * \text{Iden} + \lambda_2 * \text{Re1Obj} + \lambda_3 * \text{DefInf} + \lambda_4 * \text{DefSup} + \lambda_5 * \text{Agr} + \lambda_6 * \text{valores} + \delta_0$$

#### 6.2.2.4. Estimación de los parámetros del modelo

A continuación, se presenta la estimación de los parámetros del modelo en el Gráfico 1 y en las Tablas 13 y 14. En el Gráfico 1 se representa el modelo ajustado. Los rectángulos corresponden a las variables observadas (55 ítems) y los círculos a las variables latentes (seis dominios). Las flechas indican las correlaciones de la STIPO-R y los diferentes dominios, y entre los dominios y los ítems (se consideran adecuadas correlaciones a partir de 0.7; Cohen, 1988). Como puede observarse todas las correlaciones estuvieron entre 0.83 para el dominio Valores morales hasta 0.99 para el dominio Relaciones de Objeto.

Gráfico 1.

Estimación de los parámetros del modelo



**Tabla 13.**  
**Estimación de los parámetros del modelo**

<b>STIPO-R</b>			
<b>Dominios e ítems de cada dominio</b>			
<b>Identidad</b>	<b>Saturaciones</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
Iden1	1.00		
Iden2	1.13	.07	$z(1, n=206=16.53, p<.01)$
Iden3	.93	.07	$z(1, n=206=14.05, p<.01)$
Iden4	1.05	.09	$z(1, n=206=11.95, p<.01)$
Iden5	1.25	.09	$z(1, n=206=14.73, p<.01)$
Iden6	1.25	.08	$z(1, n=206=14.84, p<.01)$
Iden7	1.10	.08	$z(1, n=206=13.34, p<.01)$
Iden8	.85	.08	$z(1, n=206=10.23, p<.01)$
Iden9	.87	.06	$z(1, n=206=10.96, p<.01)$
Iden10	1.01	.08	$z(1, n=206=13.08, p<.01)$
Iden11	1.22	.09	$z(1, n=206=14.04, p<.01)$
Iden12	1.15	.08	$z(1, n=206=14.09, p<.01)$
Iden13	1.22	.08	$z(1, n=206=15.26, p<.01)$
Iden14	1.23	.78	$z(1, n=206=15.68, p<.01)$
Iden15	1.16	.08	$z(1, n=206=15.04, p<.01)$
<b>Relaciones de objeto</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
RelObj1	1.00		
RelObj2	1.08	.06	$z(1, n=206=15.84, p<.01)$
RelObj3	1.24	.07	$z(1, n=206=17.27, p<.01)$
RelObj4	1.08	.07	$z(1, n=206=14.44, p<.01)$
RelObj5	.83	.09	$z(1, n=206=9.10, p<.01)$
RelObj6	1.05	.08	$z(1, n=206=12.20, p<.01)$
RelObj7	.75	.08	$z(1, n=206=8.72, p<.01)$
RelObj8	.73	.08	$z(1, n=206=8.55, p<.01)$
RelObj9	.88	.07	$z(1, n=206=11.35, p<.01)$
RelObj10	.91	.08	$z(1, n=206=10.57, p<.01)$
RelObj11	1.18	.07	$z(1, n=206=16.36, p<.01)$
RelObj12	.83	.07	$z(1, n=206=10.94, p<.01)$
RelObj13	1.02	.07	$z(1, n=206=14.16, p<.01)$
RelObj14	1.06	.08	$z(1, n=206=13.35, p<.01)$
RelObj15	.80	.08	$z(1, n=206=9.34, p<.01)$
<b>Defensas de nivel inferior (primitivas)</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
DefInf1	1.00		
DefInf2	1.30	.10	$z(1, n=206=12.74, p<.01)$
DefInf3	1.30	.10	$z(1, n=206=12.85, p<.01)$
DefInf4	1.16	.09	$z(1, n=206=12.35, p<.01)$
DefInf5	1.35	.09	$z(1, n=206=13.58, p<.01)$
DefInf6	.75	.10	$z(1, n=206=7.14, p<.01)$
<b>Defensas de nivel superior</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
DefSup1	1.00		
DefSup2	1.25	.12	$z(1, n=206=10.02, p<.01)$
DefSup3	1.20	.10	$z(1, n=206=11.02, p<.01)$
DefSup4	.94	.10	$z(1, n=206=9.04, p<.01)$

Continua...

...

<b>STIPO-R</b>			
<b>Dominios e ítems de cada dominio</b>			
<b>Identidad</b>			
<b>Agresión</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
Agr1	1.00		
Agr2	1.02	.08	<b>z (1, n=206=12.32, p&lt;.01)</b>
Agr3	1.07	.07	<b>z (1, n=206=13.89, p&lt;.01)</b>
Agr4	.93	.07	<b>z (1, n=206=11.76, p&lt;.01)</b>
Agr5	1.12	.09	<b>z (1, n=206=12.02, p&lt;.01)</b>
Agr6	.70	.09	<b>z (1, n=206=17.43, p&lt;.01)</b>
Agr7	.97	.09	<b>z (1, n=206=9.86, p&lt;.01)</b>
Agr8	.92	.10	<b>z (1, n=206=9.08, p&lt;.01)</b>
Agr9	.90	.08	<b>z (1, n=206=10.39, p&lt;.01)</b>
<b>Valores Morales</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
Valores1	1.00		
Valores2	1.22	.09	<b>z (1, n=206=12.40, p&lt;.01)</b>
Valores3	1.02	.10	<b>z (1, n=206=10.03, p&lt;.01)</b>
Valores4	.82	.10	<b>z (1, n=206=7.50, p&lt;.01)</b>
Valores5	.75	.11	<b>z (1, n=206=6.37, p&lt;.01)</b>
Valores6	.62	.12	<b>z (1, n=206=4.87, p&lt;.01)</b>
<b>STIPO-R (Dominios)</b>			
	<b>Saturaciones</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
Identidad	1.00		
Relaciones de objeto	.99	.07	<b>z (1, n=206=12.60, p&lt;.01)</b>
Defensas primitivas	.98	.08	<b>z (1, n=206=11.26, p&lt;.01)</b>
Defensas de nivel superior	.91	.09	<b>z (1, n=206=9.89, p&lt;.01)</b>
Agresión	.97	.08	<b>z (1, n=206=11.54, p&lt;.01)</b>
Valores Morales	.83	.08	<b>z (1, n=206=9.95, p&lt;.01)</b>

Identidad (Iden); Relaciones de Objeto (RelObj); Defensas primitivas (DefInf); Defensas de nivel superior (DefSup); Agresión (Agr); Valores morales (Valores)

Contraste z- test (z)

Todos los contrastes son p valor<.01

En negrita los contrastes significativos

Los resultados de la Tabla 13 muestran que todos los valores de las saturaciones factoriales fueron elevados y todos los contrastes fueron, asimismo, significativos (Brown, 2015).

A continuación, en la Tabla 14, pueden consultarse las estimaciones de las variancias correspondientes a cada ítem de la STIPO-R, así como de los factores identificados y de la entrevista STIPO-R en global.

**Tabla 14.**  
**Estimación de las variancias de los ítems, de los dominios y de la STIPO-R global**

<b>STIPO-R</b>			
<b>Ítems</b>	<b>Variación estimada</b>	<b>DE</b>	<b>Contraste</b>
Iden1	.48	.	.
Iden2	.34	.	.
Iden3	.55	.	.
Iden4	.43	.	.
Iden5	.20	.	.
Iden6	.19	.	.
Iden7	.37	.	.
Iden8	.63	.	.
Iden9	.60	.	.
Iden10	.47	.	.
Iden11	.23	.	.
Iden12	.32	.	.
Iden13	.23	.	.
Iden14	.22	.	.
Iden15	.30	.	.
RelObj1	.45	.	.
RelObj2	.36	.	.
RelObj3	.16	.	.
RelObj4	.37	.	.
RelObj5	.62	.	.
RelObj6	.39	.	.
RelObj7	.69	.	.
RelObj8	.70	.	.
RelObj9	.58	.	.
RelObj10	.54	.	.
RelObj11	.24	.	.
RelObj12	.62	.	.
RelObj13	.43	.	.
RelObj14	.38	.	.
RelObj15	.65	.	.
DefInf1	.53	.	.
DefInf2	.21	.	.
DefInf3	.21	.	.
DefInf4	.36	.	.
DefInf5	.15	.	.
DefInf6	.73	.	.
DefSup1	.52	.	.
DefSup2	.25	.	.
DefSup3	.30	.	.
DefSup4	.57	.	.
Agr1	.43	.	.
Agr2	.41	.	.
Agr3	.35	.	.
Agr4	.50	.	.
Agr5	.29	.	.
Agr6	.72	.	.
Agr7	.47	.	.
Agr8	.52	.	.
Agr9	.53	.	.
Valores1	.37	.	.
Valores2	.07	.	.
Valores3	.35	.	.
Valores4	.58	.	.
Valores5	.65	.	.
Valores6	.76	.	.
<b>Dominios</b>			
Iden	.05	.01	.
RelObj	.08	.02	<b>z (1, n=206=4.73, p&lt;.01)</b>
DefInf	.02	.01	z (1, n=206=1.45, p=.14)
DefSup	.09	.03	<b>z (1, n=206=3.18, p&lt;.01)</b>
Agr	.12	.03	<b>z (1, n=206=3.70, p&lt;.01)</b>
Valores	.34	.05	<b>z (1, n=206=6.30, p&lt;.01)</b>
<b>STIPO R Global</b>	<b>.47</b>	<b>.06</b>	<b>z (1, n=206=7.63, p&lt;.01)</b>

Identidad (Iden); Relaciones de Objeto (RelObj); Defensas primitivas (DefInf); Defensas de nivel superior (DefSup); Agresión (Agr); Valores morales (Valores)

. sin valor

Contraste z-test (z)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 14, algunos ítems obtuvieron más variabilidad o mayor diversidad de respuestas distintas (por ejemplo, Valores 6, 0.76) y otros ítems obtuvieron menor variabilidad o diversidad de respuestas (por ejemplo, Valores 2, 0.07). La variabilidad máxima posible es de 1 y la mínima de 0 (los valores de las puntuaciones de la STIPO-R van de 0 a 2). Todos los ítems y dominios clínicos obtuvieron significación en cuanto a su variabilidad salvo uno, que no la obtuvo. Este dominio fue Defensas de nivel inferior, cuya variabilidad fue de 0.02 ( $p=.14$ ), es decir, muy baja.

#### 6.2.2.5. Evaluación del ajuste del modelo

En relación con el ajuste del modelo, como se presenta en la Tabla 15, los resultados muestran unos índices de ajuste del modelo TLI (Tucker-Lewis, 1973), CFI (Bentler, 1990), RMSEA (Steiger y Lind, 1980) y SRMR (Bentler, 1995; Hu y Bentler, 1999) dentro de los límites de aceptación (TLI > .90, CFI > .90, RMSEA < .08, SRMR < .08). Así pues, se dio un adecuado ajuste global de este, obteniéndose  $\chi^2(1424, n=206) = 2484.2; p < .05$ . Por tanto, los resultados indicaron que mediante el AFC realizado con los datos obtenidos de la muestra del presente estudio obtenidos mediante la versión en castellano de la STIPO-R, se identificaron 6 variables latentes, que se corresponden con los 6 dominios psicopatológicos y sus 55 ítems propuestos por los autores de la versión original de la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016).

**Tabla 15.**  
**Índices de ajuste del modelo**

$\chi^2$	DF	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
2484.2	1424	.96	.95	.05	.07



### 6.2.3. Evaluación de la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la STIPO-R (Objetivo 3)

En la Tabla 16 puede consultarse el coeficiente  $\omega$  que, a partir de 0.7 se considera indicativo de validación del modelo (George y Mallery, 2003, Hair y cols., 2010). En este caso, el coeficiente  $\omega$  indicó una adecuada consistencia interna en todos los dominios de la STIPO-R, estando éstos entre  $\omega=0.77$  en Defensas de nivel superior y  $\omega=1$  en Identidad.

**Tabla 16.**  
**Consistencia interna de la STIPO-R**

<b>Dominio STIPO-R</b>	<b>Coefficientes <math>\omega</math></b>
1. Identidad	1
2. Relaciones Objetales	.93
3. Defensas de nivel Inferior	.89
4. Defensas de nivel Superior	.77
5. Agresión	.91
6. Valores morales	.79

### 6.2.4. Evaluación de la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en las relaciones con otras variables (Objetivo 4)

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de dicha evaluación.

#### 6.2.4.1. Relación de las puntuaciones de STIPO-R y SCID-II

Respecto a las asociaciones entre la entrevista STIPO-R y la SCID-II, la puntuación media global STIPO-R fue significativamente mayor en aquellos sujetos del grupo clínico clasificados por la SCID-II como pertenecientes al Clúster B ( $p<.01$ ) y en menor medida al Clúster A ( $p<.05$ ) como muestran los correspondientes contrastes realizados, observándose significativos para el Clúster A, Identidad, Defensas primitivas o de nivel inferior, Valores morales y Escala de Narcisismo (Tabla 17).

**Tabla 17.**  
**Relación puntuaciones medias de STIPO-R para Clúster A SCID-II**

Dominios y STIPO-R Media	Clúster A					Contraste	
		n	Media	DE	Q <sub>1</sub>		Q <sub>3</sub>
1. Identidad	No	81	1.17	.37	.88	1.37	<b>S=2865.0; p &lt; .01</b>
	Sí	40	1.32	.37	1.14	1.58	
2. Relaciones objetales	No	81	.89	.46	.52	1.23	S=2669.0; p = .20
	Sí	40	.99	.38	.76	1.22	
3. Defensas primitivas	No	81	1.05	.49	.67	1.33	<b>S=2996.0; p &lt; .05</b>
	Sí	40	1.32	.42	1.17	1.67	
4. Defensas de nivel Superior	No	81	1.34	.50	1.00	1.75	S=2615.5; p = .32
	Sí	40	1.45	.43	1.25	1.75	
5. Agresión	No	81	.83	.34	.63	1.05	S=2775.5; p = .06
	Sí	40	.98	.42	.60	1.23	
6. Valores morales	No	81	.47	.43	.17	.83	<b>S=2814.0; p &lt; .05</b>
	Sí	40	.61	.42	.33	.92	
7. Narcisismo	No	81	.86	.36	.64	1.09	<b>S=2965.5; p &lt; .05</b>
	Sí	40	1.05	.36	.95	1.20	
STIPO-R media	No	81	.96	.28	.79	1.17	<b>S=2974.5; p &lt; .05</b>
	Sí	40	1.11	.25	.98	1.28	

Contraste Mann-Whitney-Wilcoxon (S)  
 En negrita los contrastes significativos

Con respecto al Clúster B, podemos observar los resultados donde se presentan los contrastes del valor de los dominios según Clúster B (Tabla 18), que fueron significativos, como muestran los contrastes Mann-Whitney-Wilcoxon, para Identidad, Defensas primitivas o de nivel inferior, Defensas de nivel superior, Agresión y Escala de Narcisismo.

**Tabla 18.**  
**Relación puntuaciones medias de STIPO-R para Clúster B SCID-II**

Dominios y STIPO-R Media		Clúster B					Contraste
		n	Media	DE	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	
1. Identidad	No	17	.93	.32	.70	1.19	<b>S=586.50; p &lt; .05</b>
	Sí	109	1.28	.36	1.04	1.55	
2. Relaciones objetales	No	17	.77	.48	.36	1.17	S=828.00; p = .07
	Sí	109	.97	.43	.62	1.24	
3. Defensas primitivas	No	17	.61	.46	.17	.83	<b>S=470.00; p &lt; .01</b>
	Sí	109	1.23	.44	1.00	1.50	
4. Defensas de nivel Superior	No	17	.95	.58	.50	1.50	<b>S=641.50; p &lt; .01</b>
	Sí	109	1.44	.44	1.25	1.75	
5. Agresión	No	17	.55	.29	.45	.75	<b>S=527.50; p &lt; .01</b>
	Sí	108	.95	.36	.73	1.18	
6. Valores morales	No	17	.41	.45	.17	.67	S=861.50; p = .12
	Sí	108	.55	.43	.17	.83	
7. Narcisismo	No	17	.54	.25	.36	.64	<b>S=414.50; p &lt; .01</b>
	Sí	109	.99	.35	.73	1.20	
STIPO-R media	No	17	.70	.27	.50	.87	<b>S=471.50; p &lt; .01</b>
	Sí	109	1.07	.26	.86	1.27	

Contraste Mann-Whitney-Wilcoxon (S)  
 En negrita los contrastes significativos

En la Tabla 19, se pueden observar los resultados de los análisis del Clúster C, donde los contrastes del valor fueron significativos para Defensas de nivel superior, Valores morales y Escala de Narcisismo.

**Tabla 19.**  
**Relación puntuaciones medias de STIPO-R para Clúster C SCID-II**

		Clúster C					
Dominios y STIPO-R Media		n	Media	DE	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	Contraste
1. Identidad	No	45	1.14	.37	.89	1.37	S=2462.5; p = .06
	Sí	79	1.28	.37	.95	1.57	
2. Relaciones objetales	No	45	.87	.47	.52	1.23	S=2605.5; p = .28
	Sí	79	.97	.42	.63	1.22	
3. Defensas primitivas	No	45	1.06	.46	.83	1.33	S=2480.5; p = .08
	Sí	79	1.21	.49	.83	1.67	
4. Defensas de nivel Superior	No	45	1.28	.46	1.00	1.67	<b>S=2417.5; p &lt; .05</b>
	Sí	79	1.44	.47	1.25	1.75	
5. Agresión	No	45	.82	.34	.63	1.05	S=2570.5; p = .20
	Sí	79	.92	.39	.60	1.18	
6. Valores morales	No	45	.38	.38	.17	.50	<b>S=2238.5; p &lt; .05</b>
	Sí	79	.61	.44	.33	1.00	
7. Narcisismo	No	45	.76	.29	.56	.91	<b>S=2072.5; p &lt; .01</b>
	Sí	79	1.02	.38	.73	1.27	
STIPO-R media	No	45	.93	.27	.75	1.13	<b>S=2319.0; p &lt; .01</b>
	Sí	79	1.07	.28	.87	1.28	

Contraste Mann-Whitney-Wilcoxon (S)  
En negrita los contrastes significativos

En resumen, los resultados muestran (Tabla 20) que algunos de los dominios de la STIPO-R, como son Identidad, Defensas primitivas, Defensas de nivel superior, Agresión y Escala de Narcisismo, convergieron mejor con los sujetos clasificados como Clúster B según la SCID-II. Es decir, los individuos con trastorno de la personalidad histriónico, trastorno de la personalidad límite, trastorno narcisista de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad (Clúster B) obtuvieron unas puntuaciones en las mencionadas dimensiones de la STIPO-R significativamente mayores que los no clasificados como Clúster B. Asimismo, se obtuvieron asociaciones de menor significación entre las dimensiones de STIPO-R y pertenecer al Clúster A y al Clúster C. Por dominios, se observó una asociación en el Clúster A en los dominios Identidad, Defensas Primitivas, Valores Morales y Escala de Narcisismo. En el Clúster C, en los dominios Defensas de nivel superior, Valores Morales y Escala de Narcisismo.

**Tabla 20.**  
**Resumen relación entre las puntuaciones de STIPO-R y SCID-II**

Dominios STIPO-R M (SD)	SCID II n=134								
	Clúster A			Clúster B			Clúster C		
	SI n=40 (33,1%)	NO n= 81 (66,9%)	p valor	SI n=109 (86,5%)	NO n= 17 (13,5%)	p valor	SI n=79 (63,7%)	NO n= 45 (36,3%)	p valor
1. Identidad	1.32 (.4)	1.17 (.5)	<b>p&lt;.01</b>	1.28 (.4)	.93 (.3)	<b>p&lt;.05</b>	1.28 (.4)	1.14 (.4)	p =.06
2. Relaciones de objeto	.99 (.4)	.89 (.5)	p=.20	.97 (.4)	.77 (.5)	p =.07	.97 (.4)	.87 (.5)	p =.28
3. Defensas primitivas	1.32 (.4)	1.05 (.5)	<b>p&lt;.05</b>	1.23 (.4)	.61 (.5)	<b>p&lt;.01</b>	1.21 (.5)	1.06 (.5)	p =.08
4. Defensas de nivel superior	1.45 (.4)	1.34 (.5)	p=.32	1.44 (.4)	.95 (.6)	<b>p&lt;.01</b>	1.44 (.5)	1.28 (.5)	<b>p &lt;.05</b>
5. Agresión	.98 (.4)	.83 (.3)	p=.06	.95 (.4)	.55 (.3)	<b>p&lt;.01</b>	.92 (.4)	.82 (.3)	p =.20
6. Valores morales	.61 (.4)	.47 (.4)	<b>p&lt;.05</b>	.55 (.4)	.41 (.4)	p=.12	.61 (.4)	.38 (.4)	<b>p &lt;.05</b>
7. Escala de Narcisismo	1.05 (.4)	.86 (.4)	<b>p&lt;.05</b>	.99 (.4)	.54 (.3)	<b>p&lt;.01</b>	1.02 (.4)	.76 (.3)	<b>p &lt;.01</b>
<b>TOTAL STIPO-R</b>	1.11 (.3)	.96 (.3)	<b>p&lt;.05</b>	1.07 (.3)	.70 (.3)	<b>p&lt;.01</b>	1.07 (.3)	.93 (.3)	<b>p &lt;.01</b>

Todos los contrastes son Mann-Whitney-Wilcoxon (S) (ver Tablas 17, 18 y 19)  
 En negrita los contrastes significativos

#### 6.2.4.2. Relación de las puntuaciones de STIPO-R y PID-5

A continuación, se presentan los resultados de la asociación de las puntuaciones entre la STIPO-R y el PID-5 para todos los sujetos de la muestra (grupo clínico y grupo control).

En la Tabla 21, se presentan los coeficientes de correlación dos a dos de Pearson para el total de sujetos de la muestra (grupo clínico y grupo control), entre la media global STIPO-R y la puntuación media global obtenida en el auto informe PID-5. Y entre los dominios de STIPO-R (Identidad, Relaciones de Objeto, Defensas de nivel Inferior, Defensas de nivel superior, Agresión, Valores Morales) y su Escala de Narcisismo y los cinco dominios de rasgos del PID-5 (Afecto negativo, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo).

Tabla 21.

**Correlaciones de Pearson entre los dominios de STIPO-R, los dominios de PID-5 y sus puntuaciones totales**

Dominio STIPO-R	Dominio PID-5					PID-5 Total
	Afecto negativo	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo	
1. Identidad	.64	.68	.38	.58	.55	.68
2. Relaciones objetales	.50	.58	.29	.46	.45	.56
3. Defensas de nivel Inferior	.62	.64	.44	.57	.58	.69
4. Defensas de nivel Superior	.62	.58	.28	.55	.47	.61
5. Agresión	.65	.67	.49	.61	.59	.72
6. Valores morales	.42	.49	.50	.45	.45	.54
Escala de Narcisismo	.63	.65	.46	.57	.55	.68
STIPO-R Total	.68	.71	.46	.63	.60	.74

Correlación de Pearson

Como puede observarse en la Tabla 21, prácticamente todas las correlaciones se situaron entre 0.4 y 0.6, lo que indica una relación lineal positiva entre los dominios de ambos instrumentos entre moderada y fuerte (Cohen, 1988) donde, a mayor valor de cada media de puntuación del dominio de la entrevista STIPO-R, mayor puntuación en el PID-5.

Aunque en todos los casos el coeficiente de correlación de Pearson fue significativamente diferente de 0, cabe destacar que en los dominios de STIPO-R Identidad, Relaciones objetales y Defensas de nivel superior, se obtuvo un coeficiente de correlación con el dominio de PID-5 Antagonismo con valores entre 0.29-0.39 (entre débil y moderada -Cohen, 1988-).

A continuación, se presentan las puntuaciones del PID-5 total en función de los niveles de organización de la personalidad de STIPO-R y resultados de normalidad (Tabla 22).

**Tabla 22.**

**Puntuación del PID-5 y los niveles de organización de la personalidad de STIPO-R y resultados de normalidad**

Nivel STIPO-R	n	PID-5 TOTAL						Contraste
		Media	DE	Mínimo	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	Máximo	
Normal	33	.59	.32	.00	.39	.78	1.32	W = .95; p = .12
Neurótico 1	37	.68	.32	.15	.45	.91	1.41	W = .98; p = .62
Neurótico 2	19	1.21	.29	.69	.93	1.50	1.64	W = .96; p = .45
Borderline 1	61	1.42	.37	.55	1.17	1.65	2.21	W = .99; p = .90
Borderline 2	46	1.33	.38	.50	1.14	1.59	2.22	W = .98; p = .73
Borderline 3	2	1.26	.31	1.04	1.04	1.48	1.48	W = 1.00; p = 1

Contraste Shapiro-Wilk (W)

Todos los contrastes son p valor > .05

Se compararon las puntuaciones medias de la variable PID-5 total y los diferentes niveles de organización de la personalidad de la STIPO-R (agregados en 6 categorías, que fueron: Normal, Neurótico 1, Neurótico 2, Borderline 1, Borderline 2 y Borderline 3) (Tabla 22), realizándose pruebas de normalidad con el Test Shapiro Wilk (Shapiro y Wilk, 1965) y obteniéndose probabilidades mayores que 0.05 ( $p > .05$ ), por lo que se confirmó normalidad.

Tras la comprobación del supuesto de normalidad, se llevó a cabo un ANOVA obteniéndose una  $F_{5, 192} = 30.30$ ;  $p < .01$ , por lo que se detectaron diferencias estadísticamente significativas. Por tanto, los resultados indican que el promedio de la puntuación total del PID-5 según el nivel de organización de la personalidad de la STIPO-R, incrementó significativamente para niveles de organización de la personalidad con más patología. Concretamente, los casos correspondientes a los niveles de STIPO-R Normal y Neurótico 1, obtuvieron unas medias de PID-5 muy inferiores a las medias del resto de categorías de STIPO-R.



### 6.2.5. Evaluación de si la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica (Objetivo 5)

En este apartado se presentan, en primer lugar, los resultados del análisis descriptivo bivariado de la puntuación total del autoinforme PID-5 según condición (grupo clínico – grupo control). A continuación, se presenta la comparación de las puntuaciones del PID-5 por dominios según condición (grupo clínico - grupo control). Seguidamente, se presentan los resultados del análisis de la distribución por niveles de organización de la personalidad según la STIPO-R según condición (grupo clínico - grupo control). A continuación, se presentan los resultados obtenidos mediante el análisis de comparación de las respuestas STIPO – R de los grupos clínico y control. Y por último se presentan los resultados del análisis ROC.

#### 6.2.5.1. PID-5

El PID-5 se administró a toda la muestra (grupo clínico y grupo control). Se pudo recoger información completa de 198 sujetos. No se pudo recoger información completa de 8 sujetos.

En la Tabla 23 se presentan las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra (grupo clínico y grupo control) en el autoinforme PID-5 (puntuación total), obteniendo diferencias significativas entre ambos grupos, clínico y control, como señaló la prueba  $t((196)=13.41; p < .01)$ .

**Tabla 23.**  
**Análisis descriptivo bivariado de la puntuación total del autoinforme PID-5**

	n	PID-5 Total				Contraste
		Media	DE	Mínimo-Máximo	Q1-Q3	
Clínico	128	1.33	.37	.50-2.22	1.12-1.59	<b><math>t(196)=13.41; p &lt; .01</math></b>
Control	70	.60	.33	.00-1.41	.43-.82	

Contraste  $t$ -test ( $t$ )

En negrita contraste significativo

#### 6.2.5.1.1. Grupo clínico

La puntuación media total obtenida por los sujetos del grupo clínico fue superior a 1 ( $M=1.33$ ;  $DE=0.37$ ) (Tabla 23). Respecto a las dimensiones, las puntuaciones obtenidas fueron las siguientes: Afecto negativo ( $M=1.66$ ;  $DE=0.45$ ), Desapego ( $M=1.55$ ;  $DE=0.55$ ), Antagonismo ( $M=0.88$ ;  $DE=0.53$ ), Desinhibición ( $M=1.61$ ;  $DE=0.46$ ) y Psicoticismo ( $M=0.96$ ;  $DE=0.54$ ) (Tabla 24).

#### 6.2.5.1.2. Grupo control

La puntuación media total obtenida en el autoinforme PID-5 por los sujetos del grupo control fue inferior a 1 ( $M=0.60$ ;  $DE=0.33$ ) (Tabla 23). En cuanto a las dimensiones, las puntuaciones obtenidas fueron las siguientes: Afecto negativo ( $M=0.89$ ;  $DE=0.46$ ), Desapego ( $M=0.57$ ;  $DE=0.43$ ), Antagonismo ( $M=0.44$ ;  $DE=0.42$ ), Desinhibición ( $M=0.84$ ;  $DE=0.51$ ) y Psicoticismo ( $M=0.28$ ;  $DE=0.33$ ) (Tabla 24).

#### 6.2.5.1.3. Comparación puntuaciones PID-5 grupo clínico y grupo control

A continuación, se presenta la tabla resumen del análisis descriptivo bivariado y contrastes de las puntuaciones para cada dominio del autoinforme PID-5 según condición (grupo clínico – grupo control). Se detectaron diferencias significativas en cuanto a la distribución del grupo clínico y del grupo control en todos los dominios del PID-5, como muestran los contrastes realizados ( $p<.01$ ) (Tabla 24).

**Tabla 24.**  
**Comparación puntuaciones PID-5 por dominios grupo clínico y grupo control**

	Clínico n=128		Control n=70		Contraste
	Media	DE	Media	DE	
PID-5 Afecto negativo	1.66	.45	.89	.46	<b>t (196)=11.53; p &lt; .01</b>
PID-5 Desapego	1.55	.55	.57	.43	<b>S = 3249.5; p &lt; .01</b>
PID-5 Antagonismo	.88	.53	.44	.42	<b>S = 4805.5; p &lt; .01</b>
PID-5 Desinhibición	1.61	.46	.84	.51	<b>S = 3596.5; p &lt; .01</b>
PID-5 Psicoticismo	.96	.54	.28	.33	<b>S = 3734.0; p &lt; .01</b>

Contraste *t*-test (*t*)

Contraste Mann-Whitney-Wilcoxon (S)

Todos los contrastes son p valor < .01

En negrita los contrastes significativos

Seguidamente, se presentan los resultados del análisis de la distribución por niveles de organización de la personalidad según la STIPO-R según condición (grupo clínico - grupo control).

#### 6.2.5.2. STIPO-R

Se administró a toda la muestra, tanto al grupo clínico como al grupo control. Se pudo recoger información completa de 206 sujetos.

##### 6.2.5.2.1. Grupo clínico

Los sujetos se distribuyeron en los distintos niveles de STIPO-R como sigue (Tabla 25): no hubo ningún sujeto con puntuaciones indicativas de personalidad normal (0%; n=0); un 1.5% (n=2) de los sujetos obtuvieron puntuaciones correspondientes a personalidad Neurótica 1; un 12.7% (n=17) de los sujetos obtuvieron puntuaciones correspondientes a personalidad Neurótica 2; el 46.3% (n=62) de los sujetos obtuvieron puntuaciones que corresponden a personalidad Borderline 1; el 38.1% (n=51) de los sujetos obtuvieron puntuaciones pertenecientes al grupo con personalidad Borderline 2 y el 1.5% (n=2) restante, obtuvieron puntuaciones que corresponden a personalidad Borderline 3.

## 6.2.5.2.2. Grupo control

Los sujetos se distribuyeron en los distintos niveles de STIPO-R como sigue (Tabla 25): el 48.6% (n=35) obtuvo puntuaciones indicativas de personalidad normal. El 48.6% (n=35) obtuvo puntuaciones correspondientes a personalidad Neurótica 1; el 2.8% (n=2) obtuvo puntuaciones que se corresponden con el nivel Neurótico 2 y ningún sujeto obtuvo puntuaciones correspondientes a los niveles Borderline.

**Tabla 25.**  
**Distribución por niveles de organización de la personalidad según la STIPO-R grupos clínico y control**

Nivel STIPO-R	Condición			
	Clínico		Control	
	n	%	n	%
Normal	.	.	35	48.6
Neurótico 1	2	1.5	35	48.6
Neurótico 2	17	12.7	2	2.8
Borderline 1	62	46.3	.	.
Borderline 2	51	38.1	.	.
Borderline 3	2	1.5	.	.
Total	134	100.0	72	100.0

. Sin valores

Seguidamente, se presentan los resultados obtenidos mediante el análisis de comparación de las respuestas de los grupos clínico y control.

## 6.2.5.2.3. Comparación de las puntuaciones STIPO-R de los grupos clínico y control

Se realizó el contraste entre las puntuaciones por niveles de STIPO-R de los grupos clínico y control, obteniéndose,  $\chi^2(5, n=206)=189.81$ ;  $p<.01$ , donde se detectaron diferencias estadísticamente significativas de la distribución del nivel STIPO-R entre condición, siendo significativamente mayor la proporción de Neurótico 1 y Neurótico 2 en el grupo clínico, y estando las categorías Borderline tan sólo presentes en el grupo clínico de la muestra.

En la Tabla 26, se presentan los contrastes entre las puntuaciones medias de cada uno de los dominios y subdominios que conforman la STIPO-R y de la Escala de Narcisismo, así como la puntuación STIPO-R global en los dos grupos de la muestra (clínico y control).

**Tabla 26.**

**Contrastes entre las puntuaciones medias de cada dominio y subdominio de la STIPO-R y de la Escala de Narcisismo entre grupo clínico y grupo control**

STIPO-R		Media (DE)		Contraste entre condición (Clínico / Control)
		Clínico (n=134)	Control (n=72)	
Dominio	Subdominio			
1. Identidad	1. Identidad	1.23 (.37)	.22 (.20)	<b>S=2712.5; p &lt; .01</b>
	Capacidad para implicarse/investir	1.10 (.61)	.21 (.38)	<b>S=3571.5; p &lt; .01</b>
	Sentimiento de coherencia con uno mismo y de continuidad	1.24 (.38)	.25 (.24)	<b>S=2744.5; p &lt; .01</b>
	Sentido de identidad - Coherencia y continuidad de identidad -	1.34 (.50)	.19 (.24)	<b>S=2914.0; p &lt; .01</b>
2. Relaciones Objetales	2. Relaciones objetales	.93 (.44)	.14 (.16)	<b>S=2959.0; p &lt; .01</b>
	Relaciones interpersonales	1.00 (.60)	.07 (.16)	<b>S=3196.5; p &lt; .01</b>
	Relaciones íntimas y sexualidad	.91 (.59)	.22 (.30)	<b>S=3857.0; p &lt; .01</b>
3. Defensas de nivel inferior	Implicación / investimento	.88 (.50)	.14 (.18)	<b>S=3295.5; p &lt; .01</b>
4. Defensas de nivel superior	3. Defensas de nivel Inferior	1.15 (.49)	.16 (.19)	<b>S=3085.5; p &lt; .01</b>
5. Agresión	4. Defensas de nivel Superior	1.38 (.49)	.38 (.30)	<b>S=3205.0; p &lt; .01</b>
	5. Agresión	.89 (.38)	.09 (.11)	<b>S=2776.0; p &lt; .01</b>
	Agresión auto infligida	1.13 (.55)	.08 (.15)	<b>S=2862.0; p &lt; .01</b>
6. Valores morales	Agresión y hostilidad a otros	.64 (.48)	.11 (.16)	<b>S=3935.5; p &lt; .01</b>
	6. Valores morales	.52 (.43)	.11 (.15)	<b>S=4356.5; p &lt; .01</b>
Escala de Narcisismo	Valores morales	.52 (.43)	.11 (.15)	<b>S=4356.5; p &lt; .01</b>
Media global STIPO-R	-----	.92 (.37)	.19 (.20)	<b>S=3013.0; p &lt; .01</b>

Contraste Mann-Whitney-Wilcoxon (S)

Todos los contrastes son p valor < .01

En negrita los contrastes significativos

El grupo clínico mostró unos resultados significativamente mayores ( $p < .01$ ) en todos los dominios, subdominios y en la Escala de Narcisismo y también en la media general de la STIPO-R, en comparación con el grupo control, como mostraron los contrastes realizados.

A continuación, se presenta (Tabla 27) la comparación de las puntuaciones medias del total de la STIPO-R entre los grupos clínico y control.

**Tabla 27.**

**Comparación de la puntuación media total STIPO-R grupo clínico y grupo control**

	STIPO-R Media							Contraste
	n	Media	DE	Mínimo	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	Máximo	
Clínico	134	1.02	.28	.26	.84	1.22	1.74	
Control	72	.18	.13	.00	.07	.26	.58	<b>S=2664.0; p &lt; .01</b>

Contraste Mann-Whitney-Wilcoxon (S)  
En negrita el contraste significativo

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ( $S = 2664$ ;  $p < .01$ ) de la puntuación media total de la STIPO-R entre condición (grupo clínico y grupo control), siendo la puntuación media significativamente mayor en los sujetos del grupo clínico.

A continuación (Tabla 28) se presentan las puntuaciones medias de STIPO-R según el nivel STIPO-R en el total de la muestra (grupos clínico y control) y sus correspondientes contrastes. En primer lugar, se llevó a cabo el test Shapiro-Wilk (Shapiro y Wilk, 1965) mediante el que se rechazó normalidad de los datos en los niveles Normal y Neurótico. A continuación, se realizó una prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (Kruskal y Wallis, 1952) de la puntuación STIPO-R Media según Nivel STIPO-R, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 147.97$ ;  $DF = 5$ ;  $p < .01$ ) de la puntuación de STIPO-R Media entre niveles STIPO-R. Como puede observarse, las medias más elevadas correspondieron a los niveles Borderline 1, 2 y 3.

**Tabla 28.**  
**Puntuaciones medias STIPO-R según el nivel de STIPO-R y contrastes (grupo clínico y grupo control)**

	STIPO-R Media							Contraste
	n	Media	DE	Mínimo	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	Máximo	
Normal	35	.11	.08	.00	.04	.16	.32	<b>W = .94; p &lt; .05</b>
Neurótico 1	37	.28	.20	.01	.19	.33	1.02	<b>W = .83; p &lt; .01</b>
Neurótico 2	19	.74	.29	.22	.53	.88	1.33	W = .97; p = 0.71
Borderline 1	62	.98	.26	.26	.79	1.18	1.63	W = .99; p = 0.83
Borderline 2	51	1.13	.26	.48	.94	1.33	1.74	W = .99; p = 0.89
Borderline 3	2	1.38	.07	1.33	1.33	1.43	1.43	W = 1.00; p = 1

Contraste Shapiro-Wilk (W)

En negrita los contrastes significativos

A continuación, se presentan los resultados del análisis ROC.

#### 6.2.5.3. Análisis ROC

Seguidamente, se presenta la estimación de los parámetros de las 8 regresiones logísticas de la condición de sujeto (grupo clínico - grupo control) según la media aritmética calculada de la versión en castellano de la STIPO-R para cada uno de los 6 dominios clínicos, para la Escala de Narcisismo y también para la STIPO-R en global. También se presenta la representación gráfica de las curvas ROC en base a los modelos obtenidos mediante dichas regresiones logísticas.

#### Dominio Identidad:

Se realizó una regresión logística de condición (grupo clínico - grupo control) según el dominio Identidad. En la Tabla 29 se presentan los parámetros estimados de dicha regresión logística. A partir de este modelo se obtuvo la curva ROC de este dominio (Gráfico 2).



**Tabla 29.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Identidad**

Dominio STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-6.10	1.14	<b>W (1, n=206)=28.52; p&lt;.01</b>
Identidad	Puntuación Media	10.65	1.89	<b>W (1, n=206)=31.84; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

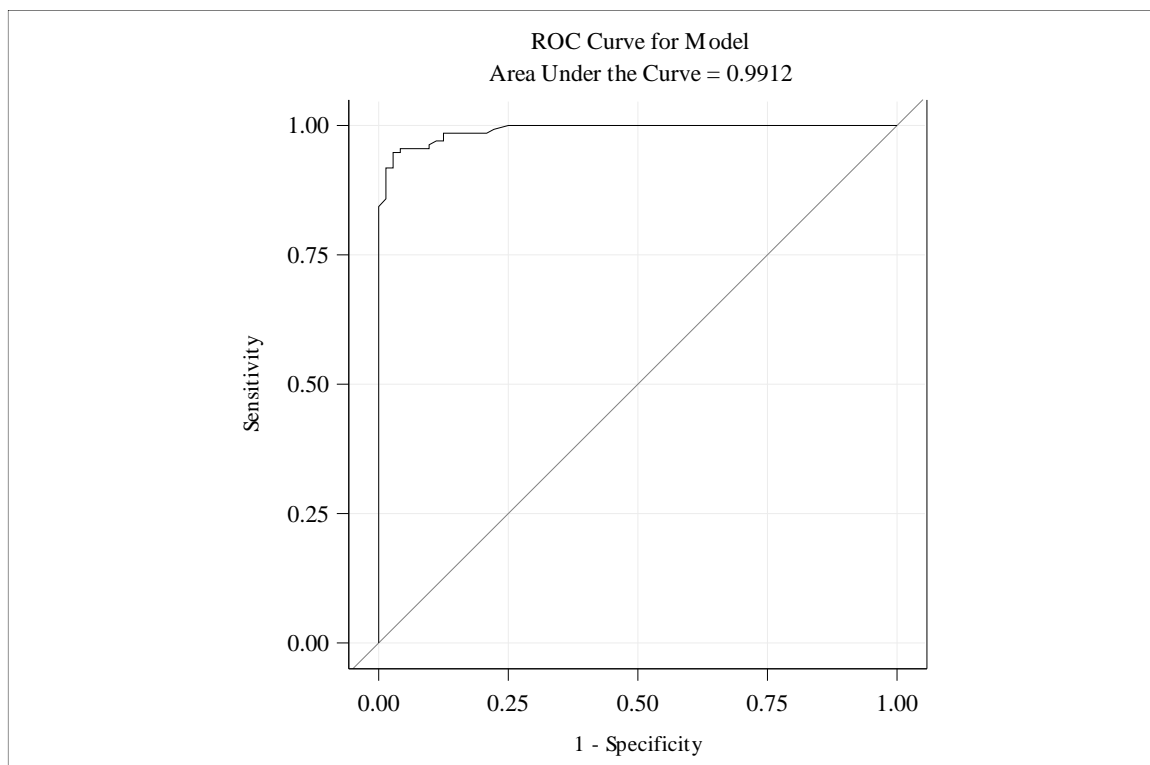
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 29, el parámetro estimado del dominio Identidad fue de 10.65 ( $SE=1.89$ ), detectándose diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 2, se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 2.**  
**Curva ROC del dominio Identidad**



Como puede observarse en el Gráfico 2, el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.99.

#### Dominio Relaciones de Objeto:

Se realizó una regresión logística de condición (grupo clínico - grupo control) según el dominio Relaciones de Objeto. En la Tabla 30 se presentan los parámetros estimados de dicha regresión logística. A partir de este modelo se obtuvo la curva ROC de este dominio (Gráfico 3).

**Tabla 30.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Relaciones de Objeto**

Dominio STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-3.11	.51	<b>W (1, n=206)=37.26; p&lt;.01</b>
Relaciones de Objeto	Puntuación Media	9.17	1.39	<b>W (1, n=206)=43.69; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

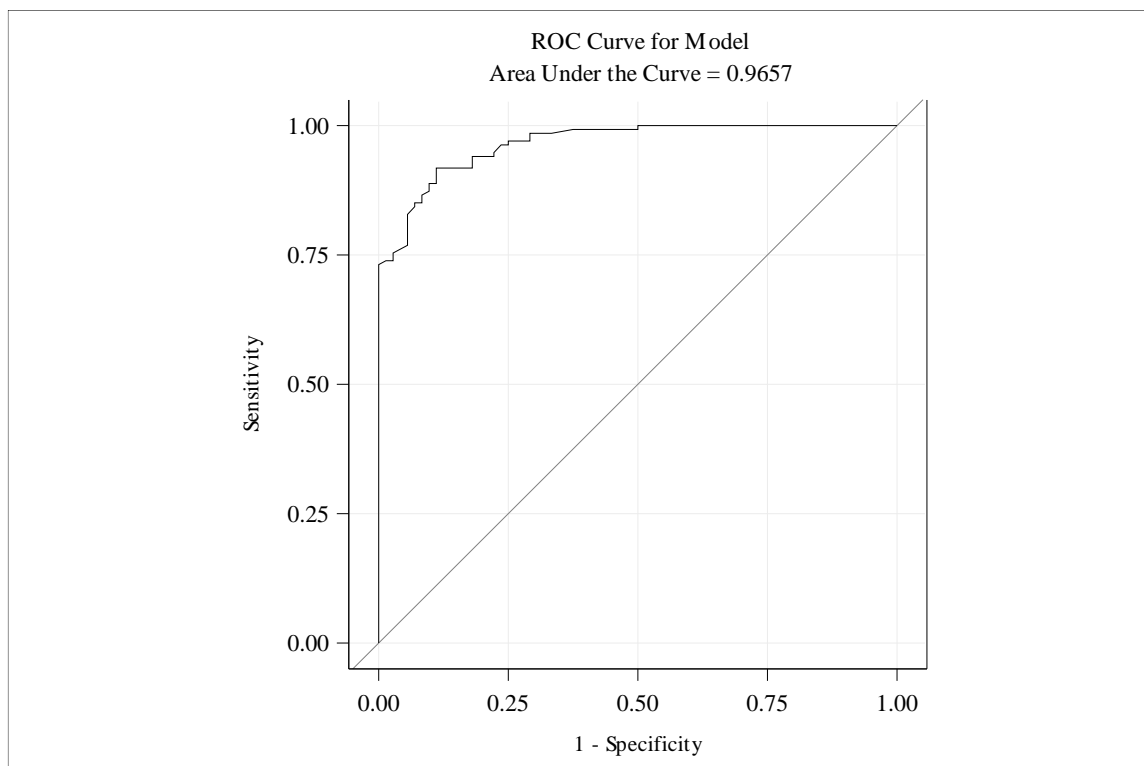
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 30, el parámetro estimado del dominio Relaciones de Objeto fue de 9.17 (SE=1.39). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 3, se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 3.**  
**Curva ROC del dominio Relaciones de Objeto**



Como puede observarse en el Gráfico 3, el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.96.

Dominio Defensas primitivas:

Se realizó una regresión logística de condición (grupo clínico - grupo control) según el dominio Defensas primitivas. En la Tabla 31 se presentan los parámetros estimados de dicha regresión logística. A partir de este modelo se obtuvo la curva ROC de este dominio (Gráfico 4).

**Tabla 31.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Defensas primitivas**

Dominio STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-2.61	.42	<b>W (1, n=206)=38.50; p&lt;.01</b>
Defensas primitivas	Puntuación Media	6.35	.96	<b>W (1, n=206)=43.51; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

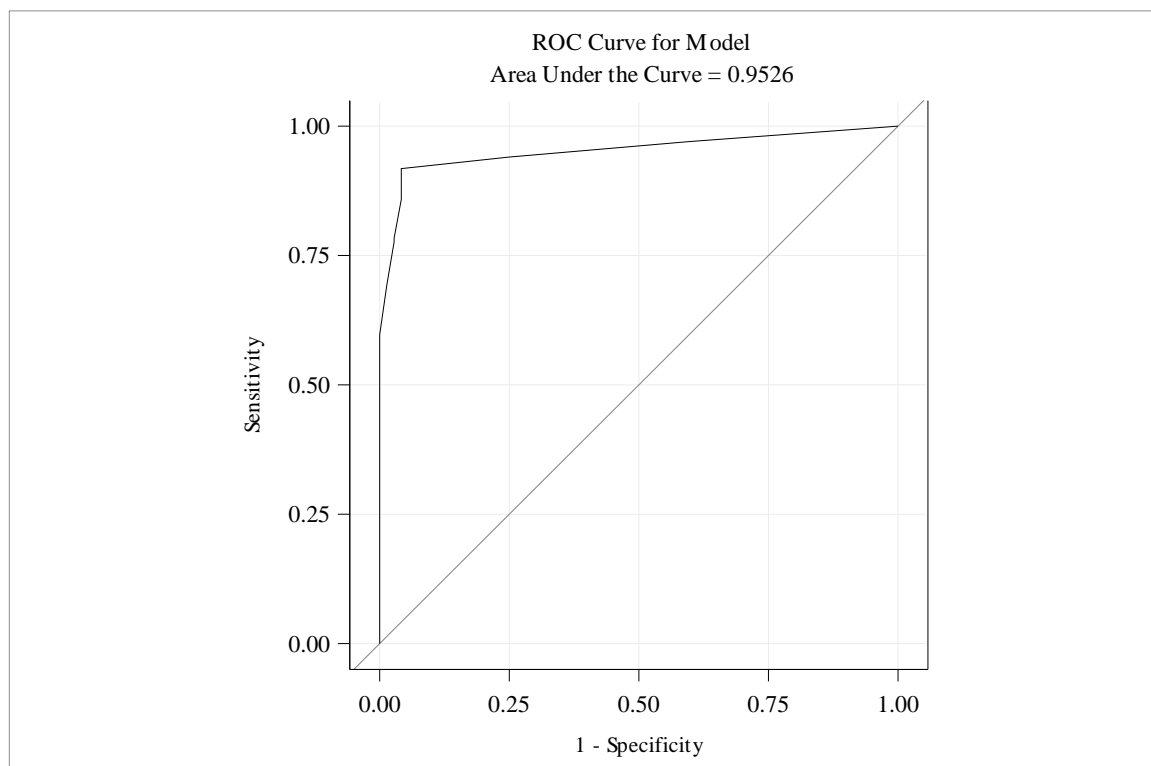
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 31, el parámetro estimado del dominio Defensas primitivas fue de 6.35 ( $SE=0.96$ ). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 4, se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 4.**  
**Curva ROC del dominio Defensas primitivas**



Como puede observarse en el Gráfico 4, el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.95.

Dominio Defensas de nivel superior:

Se realizó una regresión logística de condición (grupo clínico - grupo control) según el dominio Defensas de nivel superior. En la Tabla 32 se presentan los parámetros estimados de dicha regresión logística. A partir de este modelo se obtuvo la curva ROC de este dominio (Gráfico 5).

**Tabla 32.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Defensas de nivel superior**

Dominio STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-3.11	.49	<b>W (1, n=206)=41.27; p&lt;.01</b>
Defensas de nivel superior	Puntuación Media	4.61	.63	<b>W (1, n=206)=53.54; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

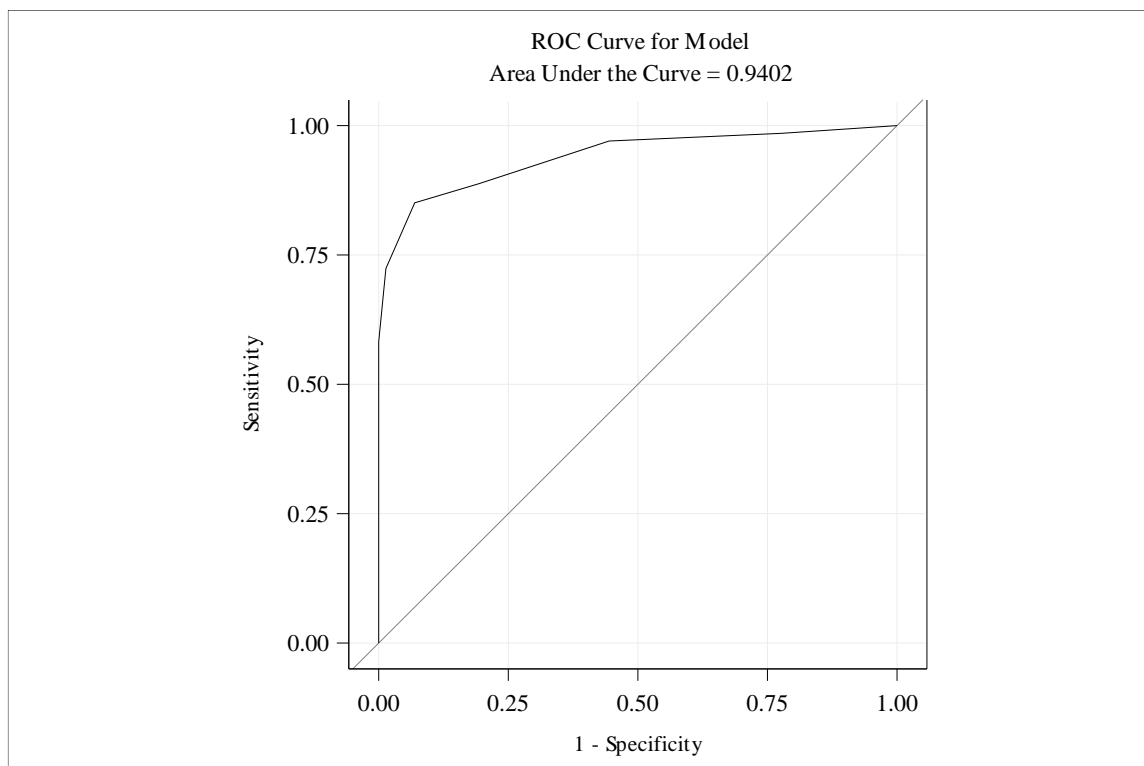
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 32, el parámetro estimado del dominio Defensas de nivel superior fue de 4.61 ( $SE=0.63$ ). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 5, se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 5.**  
**Curva ROC del dominio Defensas de nivel superior**



Como puede observarse en el Gráfico 5, el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.94.

#### Dominio Agresión:

Se realizó una regresión logística de condición (grupo clínico - grupo control) según el dominio Agresión. En la Tabla 33 se presentan los parámetros estimados de dicha regresión logística. A partir de este modelo se obtuvo la curva ROC de este dominio (Gráfico 6).

**Tabla 33.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Agresión**

Dominio STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-4.25	.77	<b>W (1, n=206)=30.41; p&lt;.01</b>
Agresión	Puntuación Media	14.28	2.58	<b>W (1, n=206)=30.67; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

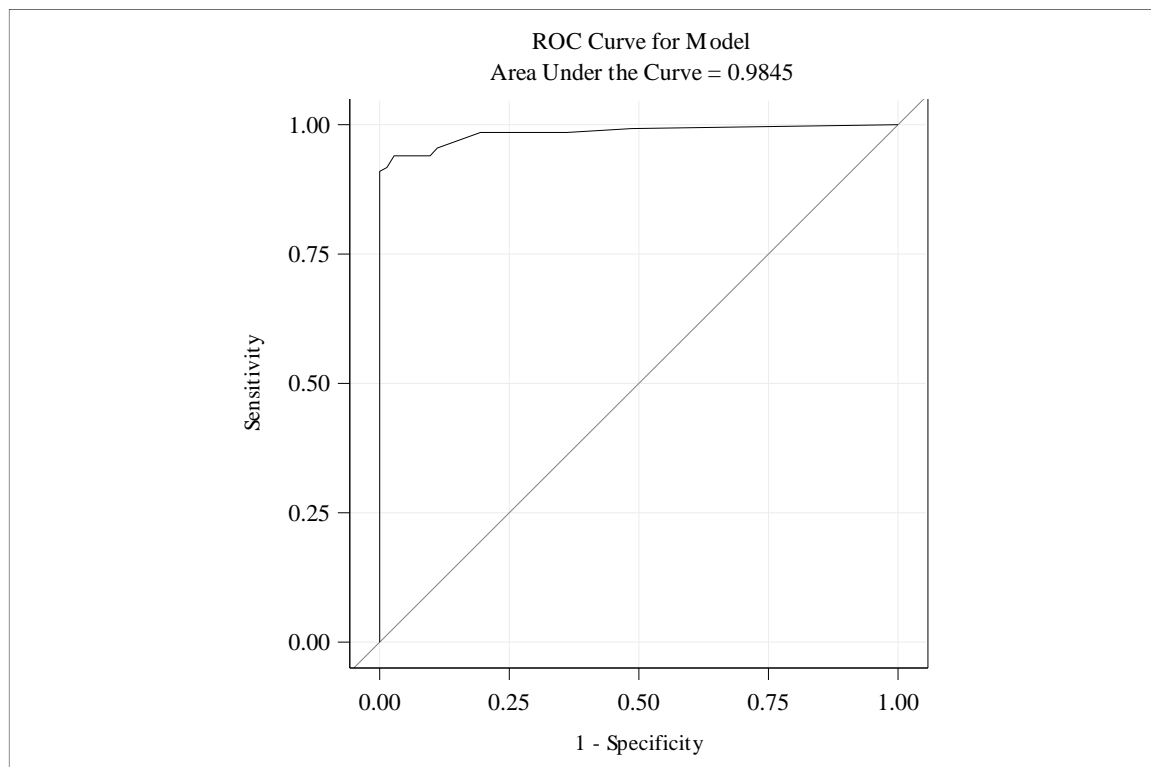
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 33, el parámetro estimado del dominio Agresión fue de 14.28 ( $SE=2.58$ ). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 6, se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 6.**  
**Curva ROC del dominio Agresión**





Como puede observarse en el Gráfico 6, el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.98.

#### Dominio Valores Morales:

Se ha realizado una regresión logística de condición (grupo clínico - grupo control) según el dominio Valores Morales. En la Tabla 34 se presentan los parámetros estimados de dicha regresión logística. A partir de este modelo se obtuvo la curva ROC de este dominio (Gráfico 7).

**Tabla 34.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para el dominio Valores Morales**

Dominio STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-.76	.24	<b>W (1, n=206)=10.26; p&lt;.01</b>
Valores Morales	Puntuación Media	5.61	.97	<b>W (1, n=206)=33.75; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

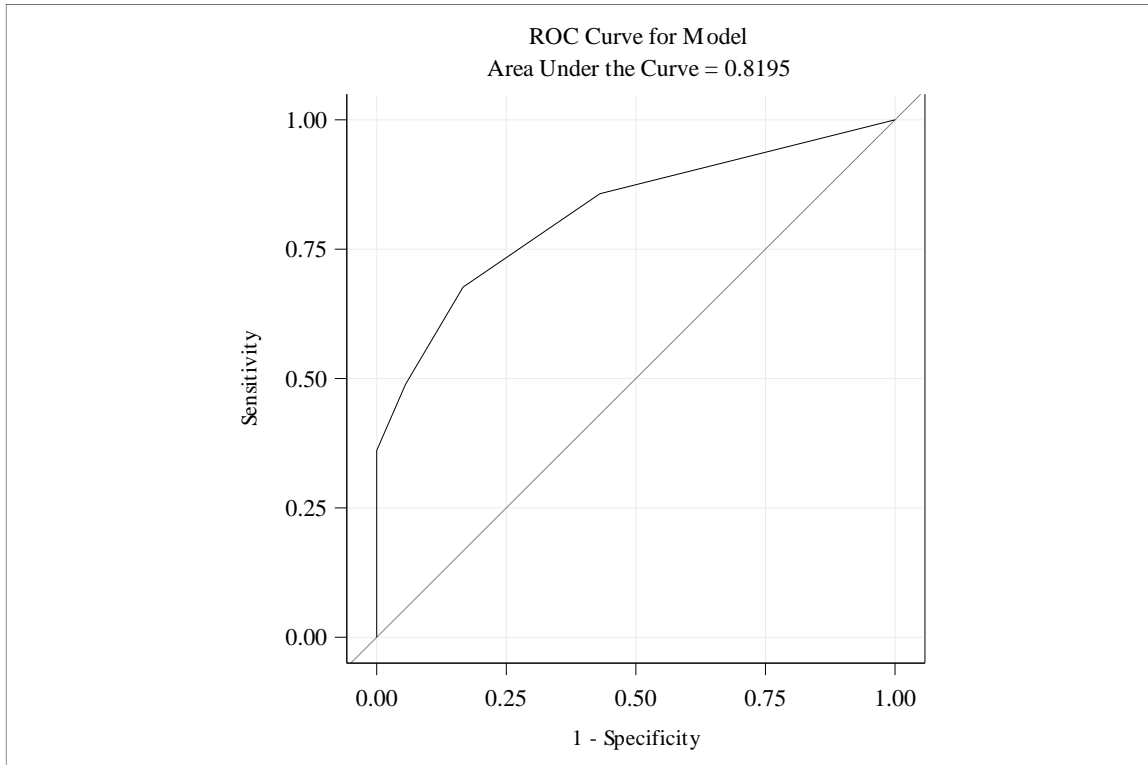
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 34, el parámetro estimado del dominio Valores Morales fue de 5.61 ( $SE=0.97$ ). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 7, se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 7.**  
**Curva ROC del dominio Valores Morales**



Como puede observarse en el Gráfico 7, el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.81.

#### Escala de Narcisismo:

Se realizó una regresión logística de condición (grupo clínico - grupo control) según la Escala de Narcisismo. En la Tabla 35 se presentan los parámetros estimados de dicha regresión logística. A partir de este modelo se obtuvo la curva ROC de esta Escala (Gráfico 8).

**Tabla 35.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para la Escala de Narcisismo**

Dominio STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-.76	.24	<b>W (1, n=206)=10.26; p&lt;.01</b>
Narcisismo	Puntuación Media	5.61	.97	<b>W (1, n=206)=33.75; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

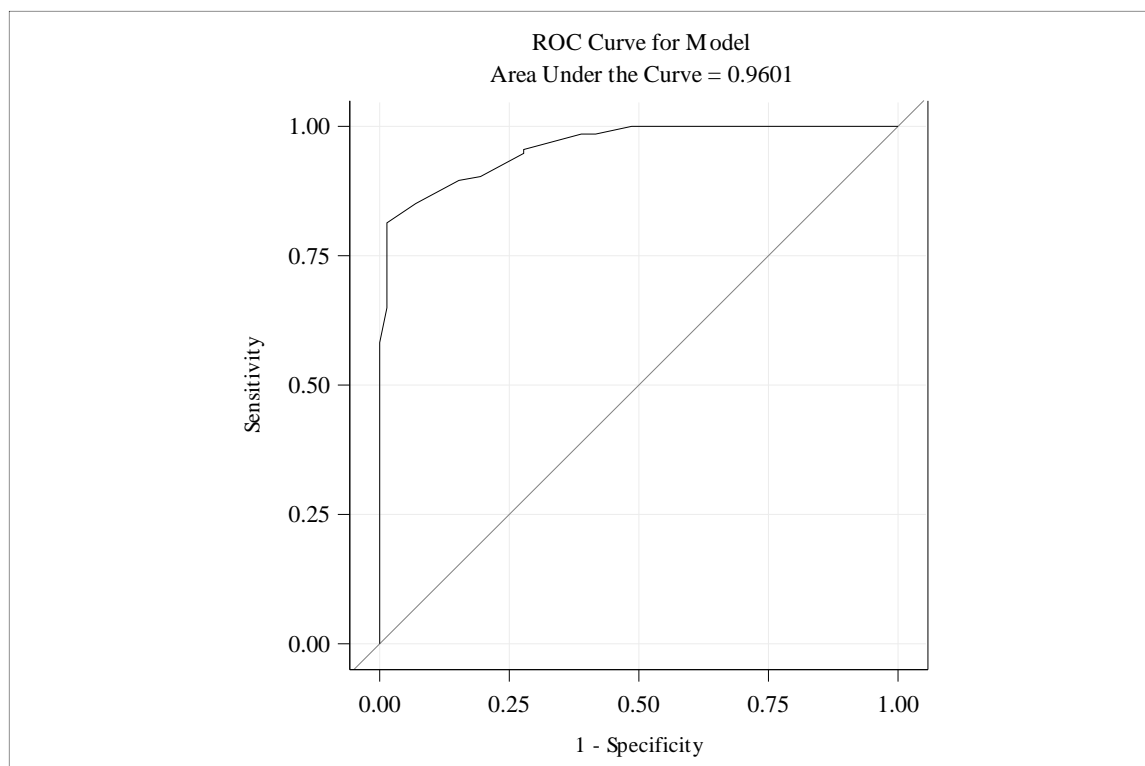
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 35 el parámetro estimado de la Escala de Narcisismo fue de 5.61 ( $SE=0.97$ ). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 8 se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 8.**  
**Curva ROC de la Escala de Narcisismo**



Como puede observarse en el Gráfico 8, el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.96.

#### STIPO-R Media global:

Seguidamente (Tabla 36) se presenta la estimación de los parámetros de la regresión logística de la condición de sujeto (clínico - control) según la media aritmética calculada de la versión en castellano de la STIPO-R global. Asimismo, se presenta la representación gráfica de la curva ROC (Gráfico 9) en base al modelo obtenido mediante dicha regresión logística.

**Tabla 36.**  
**Estimación de los parámetros de la regresión logística para STIPO-R Media global**

Entrevista STIPO-R	Variable	Parámetros estimados		Contraste
		Estimaciones del modelo	SE	
	beta0	-8.01	1.76	<b>W (1, n=206)=20.63; p&lt;.01</b>
STIPO-R Media global	Puntuación Media	17.40	3.81	<b>W (1, n=206)=20.86; p&lt;.01</b>

Contraste Test de Wald (W)

Término independiente del modelo logístico o constante (beta0)

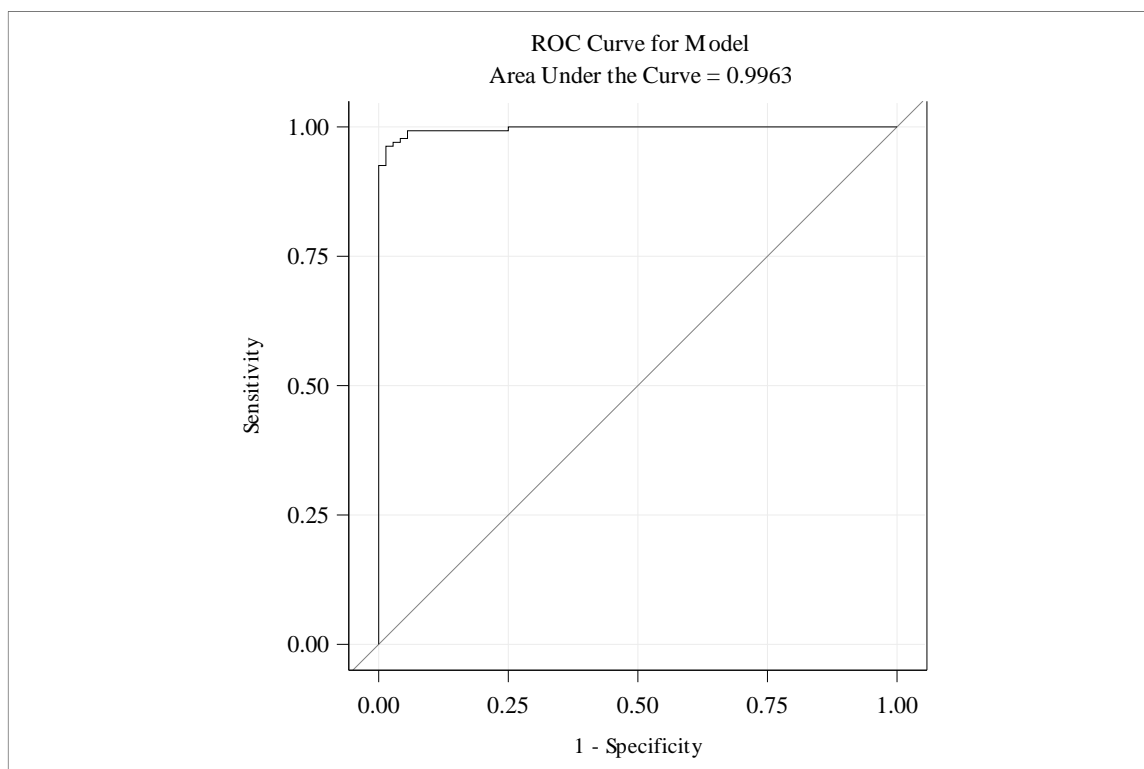
Error estándar del parámetro del modelo (SE)

En negrita los contrastes significativos

Como puede observarse en la Tabla 36 el parámetro estimado de la puntuación media global de la STIPO-R fue de 17.40 (SE=3.81). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor del parámetro y el valor 0 (beta0).

A continuación, en el Gráfico 9 se presenta la curva ROC de este modelo.

**Gráfico 9.**  
**Curva ROC de la STIPO-R Media**



Como puede observarse en el Gráfico 9 el área inferior a la curva (AUC) fue de 0.99.

A continuación, se presenta la tabla resumen (Tabla 37) de las estimaciones de los parámetros de las 8 regresiones logísticas de la condición de sujeto (clínico, control) según la media aritmética calculada de la versión en castellano de la STIPO-R para cada uno de los 6 dominios clínicos, para la Escala de Narcisismo y también para la STIPO-R en global.

**Tabla 37.**  
**Resumen Curvas ROC de la STIPO-R**

<b>Curvas ROC Estadísticos de Asociación</b>				
<b>Media (Global, Dominios y Escala de Narcisismo de STIPO-R)</b>	<b>AUC</b>	<b>SE</b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>	
STIPO-R Media global	.99	.00	.99	1.00
Identidad	.99	.00	.98	.99
Relaciones de Objeto	.96	.01	.94	.98
Defensas Primitivas	.95	.01	.92	.98
Defensas de nivel superior	.94	.01	.91	.97
Agresión	.98	.00	.97	.99
Valores Morales	.81	.02	.76	.87
Escala de Narcisismo	.96	.01	.93	.98

Área bajo la curva (AUC)  
 Error estándar del parámetro del modelo (SE)  
 Intervalo de confianza 95% (IC)

Como puede observarse en la Tabla 37, el AUC de grupo según la media global de la versión en castellano de la STIPO-R fue de 0.99,  $IC_{95\%} = [0.99, 1]$ . Le siguieron las medias de los dominios Identidad, Agresión, Relaciones de Objeto, Escala de Narcisismo, Defensas Primitivas y Defensas de nivel superior que obtuvieron un AUC de entre 0.99 y 0.94. Finalmente, la media en el dominio Valores Morales es la que obtuvo una menor AUC, con 0.81,  $IC_{95\%} = [0.77, 0.87]$ . El intervalo de confianza no incluyó en ningún caso el punto 0.5 (el punto 0.5 correspondería a ninguna discriminación entre grupo clínico y grupo control según la variable explicativa considerada, la STIPO-R media global).

#### 6.2.5.4. Punto de corte óptimo (cutoff)

Se realizó un análisis del punto de corte óptimo (cutoff) con la media global de la versión en castellano de la STIPO-R (STIPO-R Media global) y los índices - criterio: AUC (Newman y cols., 2009; DeLong y cols., 1988), Youden index (Youden, 1950) y Accuracy Ratio (Hosmer y Lemeshow, 2013).

A continuación, en la Tabla 38, se presentan los recuentos de las clasificaciones de la versión en castellano de la STIPO-R según cada tipología de cutoff.

**Tabla 38.**  
**Resumen análisis punto de corte óptimo (cutoff) de la STIPO-R Media**

STIPO-R Media											
	Probabilidad	Cutoff	VP	VN	FP	FN	Sensibilidad	Especificidad	% Predicción correcta	Distancia (0,1)	Youden index
<b>AUC cutoff</b>	.73	.52	129	71	1	5	.96	.99	97.09%	.04	.95
<b>Accuracy ratio</b>	.27	.40	133	68	4	1	.99	.94	97.57%	.06	.94
<b>Youden index</b>	.73	.52	129	71	1	5	.96	.99	97.09%	.04	.95

VP verdaderos positivos  
VN verdaderos negativos  
FP falsos positivos  
FN Falsos negativos

Como puede observarse (Tabla 38) el mejor punto de corte (cutoff) por el criterio AUC (Newman y cols., 2009; DeLong y cols., 1988) y por el criterio Youden Index (Youden, 1950) fue de 0.52, donde la sensibilidad fue 0.96 y la especificidad fue de 0.99, un 97% de casos fueron correctamente predichos y se dio la menor distancia al punto (0.1). Es decir, valores superiores a 0.52 fueron predichos como pertenecientes al grupo clínico y menores a dicho valor fueron predichos como pertenecientes al grupo control, donde el porcentaje de casos correctamente predichos (clínico vs. control) fue de un 97.09%.

El mejor punto de corte por el criterio Accuracy Ratio (Hosmer y Lemeshow, 2013) fue de 0.4, donde el porcentaje de casos correctamente predichos (clínico vs. control) fue de un 97.57%, es decir, algo superior a los dos índices - criterio anteriores.

En los tres casos, se observa que los valores de cutoff se situaron entre 0.4-0.52, es decir, valores superiores a 0.4 o 0.52 en la media global de la versión en castellano de la STIPO-R para la muestra estudiada, fueron predichos como pertenecientes al grupo clínico, y como grupo control el resto.





# DISCUSIÓN



## 7. DISCUSIÓN

Como ya se ha comentado en el apartado Objetivos, el objetivo principal de la presente tesis doctoral es adaptar al idioma castellano y obtener evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna) de la Structured Interview of Personality Organization Revised (STIPO-R) (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano. Al no disponer hasta la fecha de la publicación de datos de la validación de la versión original en inglés de la STIPO-R, en el presente apartado se discuten los resultados del presente estudio tomando como referencia los resultados de los estudios realizados para evaluar las evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna) de los siguientes instrumentos: el Inventario de Organización de la Personalidad (IPO) (Clarkin y cols., 1995), utilizado tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas en los estudios realizados por Lenzenweger y cols., 2001; Ellison y Levy, 2012; Preti y cols., 2015; Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021a; Unoka y cols., 2022). Y la Structured Interview of Personality Organization (STIPO) (Clarkin y cols., 2004, 2007), usada en muestras clínicas (Stern y cols, 2010; Hörz y cols., 2009; Preti, 2011; Preti y cols., 2012; Döering y cols., 2013).

### 7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

A continuación, se discuten las características de la muestra estudiadas en la presente tesis doctoral relativas al tamaño de la muestra, a sus características sociodemográficas (la edad, el género, el estado civil, el nivel de estudios y la situación sociolaboral) y a sus características clínicas.

En relación con el tamaño de la muestra, si comparamos el presente estudio con los estudios antecedentes realizados con muestras clínicas, el grupo clínico de la muestra del presente estudio ( $n=134$ ) es, bien, notablemente superior al de los estudios antecedentes (Stern y cols, 2010; Preti, 2011; Preti y cols., 2012) o bien de tamaño similar (Döering y cols., 2013; Preti y cols., 2015; Unoka y cols., 2022).

Por tanto, el tamaño muestral está en línea con los estudios antecedentes y ha permitido realizar los análisis requeridos según los objetivos del presente estudio.

En cuanto a las características sociodemográficas, la muestra del presente estudio no difiere respecto a las de los estudios previos en cuanto a edad, siendo esta similar a la de algunos de los estudios antecedentes realizados con muestras clínicas (Stern y cols., 2010; Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub> y Unoka y cols., 2022), ligeramente superior al resto de ellos (Preti 2011, Preti y cols., 2012; Preti y cols., 2015) y ligeramente inferior a alguno de los estudios antecedentes (Döering y cols., 2013). La edad media del grupo control es algo superior en el presente estudio, respecto a los estudios previos. Todo ello, indica que la muestra del presente estudio, en cuanto a edad media, está en línea con los estudios antecedentes, así como con otros estudios realizados con pacientes con TP (Sharp y cols., 2021). Asimismo, todas las muestras son similares en la variable género (mayor número de mujeres que de hombres), mostrando lo que algunos autores señalan respecto a la mayor prevalencia de los TP en mujeres en población clínica (Sharp, 2022; Shahpesandy y cols., 2021), que podría ser mejor explicada debido a que éstas suelen buscar más atención profesional (Aguilar y cols., 2020). Estos resultados ponen de manifiesto la realidad con la que los clínicos se encuentran habitualmente, que es atendiendo a una mayor proporción de mujeres en los servicios públicos de salud mental, motivo por el que resultan más accesibles a la solicitud de reclutamiento para su participación voluntaria en estudios de investigación, como es el caso del presente estudio.

Respecto al estado civil, no todos los estudios publican datos al respecto. Comparando los resultados del presente estudio con los datos publicados hasta la fecha, los datos del presente estudio son similares a los del estudio de Stern y cols. (2010) y Preti y cols. (2011, 2012), con una mayor proporción de sujetos solteros, separados o divorciados, difiriendo del estudio de Döering y cols. (2013), donde hay una mayor proporción de sujetos casados o conviviendo con la pareja. Por tanto, los resultados del presente estudio están en línea con la mayor parte de los estudios antecedentes. Estos resultados se explican mejor teniendo en cuenta lo que algunos autores señalan respecto a que los pacientes con TP tienen severas dificultades en sus relaciones interpersonales (Ferrer y cols., 2018; Esguevillas y

cols., 2017; Sharp, 2022) que se caracterizan por interacciones negativas más frecuentes y menor integración y apoyo social (Beeney y cols., 2018). Estas dificultades en las relaciones se dan, asimismo, en las relaciones de pareja (Smith y South, 2020) que son inestables, caóticas, menos prolongadas, menos satisfactorias, hostiles y caracterizadas por un apego inseguro (Kernberg, 1984; Navarro-Gómez y cols., 2017). Por tanto, para algunos autores, en los TP son habituales las alteraciones en la capacidad de establecer y mantener relaciones de pareja saludables, las cuales suelen ser establemente problemáticas, con frecuentes malentendidos, pobre comunicación y mayor alerta ante agresiones verbales y físicas en las relaciones (Kalasova y cols., 2018; Lazarus y cols., 2020) con respuestas emocionales de hostilidad, tristeza, culpa o miedo a percepciones de rechazo de la pareja (Lazarus y cols., 2018). Además, la estrecha relación entre sexualidad y agresión debida a frustraciones y/o experiencias sexuales tempranas agresivas con otros significativos (abusos sexuales), junto a las dificultades severas para experimentar e integrar ternura y sexo simultáneamente, ya fueron teorizadas por Kernberg (1928). Todo ello tiene severas consecuencias en las relaciones afectivo-sexuales de las personas con TP, bien neutralizando la capacidad de estas personas de activación y respuesta sexual, bien con un predominio de conductas agresivas ligadas a la sexualidad en el contexto de una relación íntima (Kernberg, 1928). El aumento en los conflictos de pareja y la tendencia a fracasar en sus relaciones interpersonales (Bohus y cols., 2021; Sharp, 2022), supone también que las personas con TP tengan bajos niveles de apoyo social y un bajo nivel de satisfacción vital (Bohus i cols., 2021). Las discrepancias de los resultados del presente estudio con respecto al estudio de Döering y cols. (2013) en el que hubo una mayor proporción de sujetos casados o conviviendo en pareja, puede ser mejor explicada porque la muestra de dicho estudio tuvo una edad media superior a la del presente estudio, pudiendo indicar lo que algunos autores concluyen en relación a que hay una tendencia a la remisión sintomática del TLP a largo plazo, con respecto a los criterios y rasgos dimensionales característicos de este (Álvarez-Tomás y cols., 2017), lo que podría explicar la mayor capacidad de los sujetos de la muestra de Döering y cols. (2013) para mantener sus relaciones de pareja dada su mayor edad media. Estos resultados son relevantes, ya que en la práctica clínica habitual con personas que sufren TP, cada vez se observan más personas atendidas que viven solas y que no disponen de una red de apoyo social, con deterioro importante

en una de las áreas de disfunción habitual en los TP como es la relación interpersonal (Miano y cols., 2020). Esto pone de relieve la necesidad de los pacientes con TP de ayuda en el manejo de sus relaciones interpersonales que, en general, acaban perdiendo a consecuencia de su patología y que suelen ser causa de no pocas situaciones de crisis. Por ello, algunas de las terapias especializadas para TP basadas en la evidencia incluyen aspectos relativos al mejor manejo de las relaciones interpersonales como un área fundamental a trabajar, como son la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 2014) o la Terapia Focalizada en la Transferencia (Yeomans y cols., 2015). Por tanto, parece fundamental abordar en la práctica clínica habitual las dificultades en las relaciones interpersonales de las personas con TP incluyendo el trabajo de las relaciones con las familias, las parejas y la red social, como uno de los focos principales de los programas de tratamiento que se ofrecen en la cartera de servicios de la red pública de salud mental.

En lo referente al nivel de estudios, los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que el nivel de estudios en el grupo clínico es significativamente inferior al nivel de estudios en el grupo control, en línea con los estudios antecedentes (Stern y cols., 2010; Preti, 2011 y Preti y cols., 2012). No obstante, si comparamos los resultados del presente estudio con el estudio de Döering y cols. (2013), realizado con una muestra clínica, los sujetos del estudio de Döering y cols. (2013) mostraron un nivel de formación ligeramente inferior a los sujetos del presente estudio, los cuales en su mayoría tienen estudios de formación profesional/bachillerato o universitarios. Por tanto, los resultados del presente estudio van en la misma dirección que los estudios previos en cuanto a nivel de estudios de la muestra, siendo este inferior en los grupos clínicos respecto a los grupos control. Sin embargo, si atendemos únicamente a los grupos clínicos, en todos los casos hubo una alta proporción de sujetos con estudios de FP o equivalente y universitarios, siendo superior en el presente estudio la proporción de sujetos con estudios universitarios. Estos últimos resultados son discrepantes respecto a otros estudios en los que se señala que los pacientes con TP suelen tener una educación incompleta y con menor cualificación (Chanen y cols., 2017; Bohus y cols., 2021). No obstante, este resultado puede tener relación con la reconocida heterogeneidad en la población clínica con TP y TLP (Smits y cols., 2017, Storebo y cols., 2021). También puede estar relacionado con un aspecto

característico en la patología de los TP, que es el amplio rango de severidad de los síntomas (Zimmerman y cols., 2018) que impactan en el funcionamiento personal, lo que supone, con frecuencia, limitaciones severas en este (Javaras y cols., 2017), y en la función psicosocial (Álvarez-Tomás y cols., 2017), con una falta de autodirección (Kernberg, 2016b) y patrones de inestabilidad con oscilaciones en sus intereses y objetivos vocacionales (Kaufman y Meddaoui, 2021), entre otros aspectos. Todo ello, supone que la propia patología, en muchas ocasiones, no permite a las personas con TP, ni tener una trayectoria formativa clara, ni finalizarla. Y que en los casos en los que esto es posible, a veces no se traduce en el aumento de posibilidades de acceso al mundo laboral, como se discute a continuación.

En relación con la situación laboral, la proporción de los sujetos del grupo clínico en situación de paro es similar en todos los estudios con respecto al presente estudio. También es similar en relación con la incapacidad laboral debido al trastorno y en cuanto al número de estudiantes en todas las muestras. Sin embargo, hay discrepancias respecto a la proporción de sujetos del grupo clínico con actividad sociolaboral, habiendo una menor proporción de estos en situación sociolaboral activa en el presente estudio, que en los estudios antecedentes (Preti, 2011; Preti y cols., 2012; Döering y cols., 2013). Por tanto, los resultados de la presente tesis doctoral están en línea con los estudios antecedentes y con otros autores, que señalan que los pacientes con TP tienen más dificultades para mantener un puesto de trabajo (Ekselius y cols., 2018) y sufren unas tasas de desempleo desproporcionadamente altas (Chanen y cols., 2017; Bohus y cols., 2021). Este resultado pone de manifiesto, también, el impacto negativo que los TP tienen sobre la vida de quienes los sufren (Meuldijk y cols., 2017) en este caso, en el funcionamiento personal sociolaboral, que, para algunos autores forma parte de la identidad profesional (Fitzgerald, 2020). Todo ello tiene también consecuencias clínicas, como son el aumento de la disfunción en la ya de por sí inestable identidad, la cual es una característica central en el TLP (De Meulemeester y cols., 2021) y la OLP (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005). Y también supone el aumento de los ya predominantes sentimientos de inseguridad, baja autoestima o severas y rápidas fluctuaciones de esta entre extremos de cogniciones positivas y negativas (Berenson y cols., 2018) que aumentan su vulnerabilidad clínica (Edershile y Wright, 2021).

Por último, y, en resumen, los resultados obtenidos respecto a las características sociodemográficas de la muestra del presente estudio indican que los sujetos de la muestra estudiada tienen dificultades para mantener relaciones de pareja y para mantener un puesto de trabajo, con elevadas proporciones de paro. Llama la atención, asimismo, que el predominio de buen nivel formativo entre los sujetos de la muestra del presente estudio no es concordante con sus importantes dificultades sociolaborales, lo que nos remite a las dificultades de las personas con TP en el funcionamiento personal. En este sentido, los resultados están en línea con los estudios antecedentes y con la literatura científica. Esta, nos habla del impacto del TP en el funcionamiento psicosocial, el cual, no mejora a largo plazo (Álvarez-Tomás y cols., 2017) lo que supone limitaciones severas en el acceso a una adecuada formación y/o afecta al desempeño sociolaboral, dificultando el acceso de estos pacientes al mundo laboral y encontrándose, en muchas ocasiones, en una situación de exclusión social. Asimismo, estos resultados están en consonancia con la dirección que el Manual DSM-5 (APA, 2013) ha tomado en relación con su propuesta de un MATP que incluye entre sus criterios diagnósticos, la necesidad de evaluar, en primer lugar, el nivel de funcionamiento personal (sí mismo) e interpersonal (el sí mismo en relación con los demás), siguiendo el criterio de severidad o criterio A (Morey, 2017) (APA, 2013), lo que tiene implicaciones clínicas de importancia. Dichas implicaciones se traducen en que tiene sentido que en el diagnóstico de TP, el clínico, antes de detenerse en la evaluación de los rasgos patológicos de la personalidad (Criterio B, APA, 2013), deba evaluar la discapacidad en el funcionamiento personal por su relevancia y sus severas consecuencias para los pacientes. Asimismo, los resultados muestran la necesidad fundamental de incluir en la cartera de servicios de la red pública de salud mental que se ofrece a estos pacientes, tratamientos que incorporen la rehabilitación de la función psicosocial y el apoyo a la inserción laboral, tal y como ya señalaron autores como Gunderson (2008) o más recientemente Fitzgerald (2020) y Kaufman (2021).

En cuanto a las características clínicas de la muestra del presente estudio, esta incluyó tanto sujetos con diagnóstico de TP (en un grupo clínico), como sujetos sin ese diagnóstico (en un grupo control), igual que se hizo en los estudios antecedentes (Stern y cols., 2010; Preti, 2011; Preti y cols., 2012, 2015; Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols. 2021a y Unoka y cols., 2022). Respecto al grupo



clínico del presente estudio, todos los pacientes incluidos en este cumplieron criterios diagnósticos de TP según el Manual DSM, bien evaluados mediante la SCID-II (First y cols., 1997) también como en los estudios antecedentes (Preti, 2011; Preti y cols., 2012, 2015; Döering y cols., 2013; Hörz-Sagstetter y cols. 2021a y Unoka y cols. (2022), o bien evaluados mediante instrumentos que incluyen los criterios diagnósticos del Manual (Stern y cols., 2010), con la excepción del estudio de Cosentino (2017) cuya muestra estuvo formada por pacientes con patología psiquiátrica en general. Sin embargo, las muestras difieren en que, en los estudios antecedentes, los grupos clínicos fueron heterogéneos, es decir, estuvieron formados por pacientes con TP tanto ambulatorios como no ambulatorios, y tanto de la red pública de salud mental como de la práctica privada. La muestra del presente estudio ha sido homogénea (muestra clínica ambulatoria y reclutada en la red pública de salud mental) y, además, en tanto que formada por pacientes ambulatorios, globalmente, de menor severidad que las muestras de los estudios antecedentes. Probablemente esto pone de manifiesto la dificultad y el elevado coste que supone el reclutamiento de muestras clínicas en general (Ferrando y cols., 2022), y que además sean homogéneas, dificultad por otro lado común en la literatura científica.

Respecto a las diferencias significativas encontradas entre los grupos clínico y control para las variables clínicas estudiadas, en cuanto al hecho de que la mayor parte del grupo clínico ha realizado tratamiento previo, estando también la mayor parte en tratamiento ambulatorio actual, no hay datos publicados al respecto de dichas variables en los estudios antecedentes. Sin embargo, los resultados del presente estudio están en línea con otros autores que, señalan, que los TP pueden representar una carga para la salud pública con un elevado uso de los servicios (Bohus y cols., 2021) y, por tanto, deben ser claramente identificados y tratarse pronto (Zimmerman y cols., 2018). Asimismo, la elevada proporción de sujetos del grupo clínico que ha llevado a cabo conducta suicida y que más de la mitad haya estado ingresado por causas psiquiátricas, está en línea con que los TP presentan altas tasas de hospitalización (Shahpesandy y cols., 2021) e intentos de suicidio (Chanen y cols., 2017), así como tendencia a vivir situaciones vitales más negativas que positivas (Timoney y cols., 2017). Estos resultados son coherentes con la bien documentada elevada prevalencia de conductas disfuncionales autoagresivas

entre los TP, que sabotean la propia salud, ampliamente respaldada por la literatura científica (Bohus y cols., 2021; Chu y cols., 2022; Mendez-Miller y cols., 2022; Sharp, 2022, entre otros), que además señala que los TP están asociados a una esperanza de vida significativamente menor comparados con la población general (Stoffers-Winterling y cols., 2021). Los resultados del presente estudio también muestran que los comportamientos autoagresivos más severos son aquellos relacionados con la ideación suicida o con los intentos de suicidio, aspecto éste en el que los pacientes con TP presentan mayor riesgo (Boot y cols., 2022), lo que guarda relación con la mayor presencia de afectividad negativa y de agresividad en estos pacientes, entre otros aspectos (Soloff y Chiappetta, 2017). En cuanto a sus implicaciones clínicas, estos resultados resultan relevantes porque señalan la gravedad clínica de las conductas autoagresivas, las cuales, muchas veces, suponen la mayor parte de las consultas a los servicios de urgencias y que, de no tratarse, acaban convirtiéndose en comportamientos de larga evolución, con un elevado riesgo para la salud de los pacientes que las realizan y que, además, implican un elevado consumo de servicios. Por tanto, los resultados subrayan la necesidad de incluir en los programas de tratamiento estrategias de abordaje de dichas conductas, lo que, por otra parte, es ya una prioridad en los tratamientos especializados de los TP.

A continuación, se discuten las propiedades psicométricas de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, siguiendo la formulación de los objetivos y de las hipótesis secundarias del presente estudio. Para facilitar la lectura de la discusión, cada objetivo se desarrolla en un apartado distinto, anotando al inicio de este su hipótesis correspondiente resumida.

## **7.2. EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA DE VALIDEZ DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO DE LA STIPO-R BASADA EN EL CONTENIDO DE LA PRUEBA (OBJETIVO 1)**

La hipótesis secundaria correspondiente a este Objetivo 1 es la siguiente: la versión en castellano de la entrevista STIPO-R obtendrá una adecuada evidencia de validez basada en el contenido de la prueba, dándose concordancia de la

asignación de sus ítems, tanto entre los distintos jueces expertos, como también entre todos los jueces en conjunto respecto a la asignación teórica predefinida en la propia entrevista STIPO-R, superior a 0.80 (McHugh, 2012).

Los resultados del presente estudio confirman la hipótesis formulada de que la versión en castellano de la entrevista STIPO-R tiene una adecuada evidencia de validez basada en el contenido de la prueba. Hay concordancia fuerte (superior a 0.80, McHugh, 2012) de la asignación de sus ítems, tanto entre los distintos jueces expertos, como también entre todos los jueces en conjunto respecto a la asignación teórica predefinida en la propia entrevista STIPO-R.

La evaluación de la validez basada en el contenido de la prueba constituye uno de los pasos en la validación de un instrumento de medida. Mediante la evaluación de dicha evidencia de validez se trata de evaluar si los ítems del instrumento miden adecuadamente el constructo que pretenden medir, siendo uno de los métodos para realizar dicha evaluación el método de jueces expertos (Zapata-Ospina y García-Valencia, 2020) y utilizando, también, procedimientos formalizados y estadísticos (Boateng y cols., 2018, Medrano y cols., 2021), como se ha realizado en el presente estudio, por primera vez, ya que dicho método de evaluación no se llevó a cabo en los estudios antecedentes de validación de la STIPO (Clarkin y cols., 2007), que es el instrumento antecedente de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016).

En relación con la evaluación por parte de jueces expertos (Zapata-Ospina y García-Valencia, 2020), los autores de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) desarrollaron los ítems de sus dominios contando con expertos de reconocida trayectoria en el ámbito de los TP y de la OLP (John Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern y Otto Kernberg, del Personality Disorders Institute de Nueva York) que definieron los dominios, los subdominios y los ítems y consideraron la relevancia de los ítems finalmente incluidos en la STIPO (Clarkin y cols., 2007). Los resultados de la presente tesis doctoral en relación con la evidencia de validez de contenido de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, son concordantes con la definición y la consideración de estos ítems como representativos y relevantes para evaluar los dominios de la STIPO-R (Clarkin y

cols., 2016) en su versión en castellano, respecto a la consideración realizada por los autores y por el grupo de expertos de la STIPO (Clarkin y cols., 2007).

Respecto a la evaluación de la evidencia de validez de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano realizada mediante procedimientos formalizados y estadísticos (Boateng y cols., 2018, Medrano y cols., 2021), los resultados de la presente tesis doctoral confirman también por primera vez que la versión en castellano de la STIPO-R tiene una adecuada evidencia de validez basada en el contenido de la prueba, tanto en sus 6 dominios psicopatológicos (con un coeficiente Kappa global superior a 0.80 que indica un acuerdo fuerte), como en sus 11 subdominios (con un coeficiente Kappa global superior a 0.90, que indica un acuerdo muy fuerte - prácticamente perfecto), así como también para la Escala de Narcisismo (con un coeficiente Kappa global superior a 0.80 que indica un acuerdo fuerte) (McHugh, 2012). Estos buenos resultados indican que los dominios de la versión en castellano de la STIPO-R y sus ítems obtienen evidencia de una adecuada validez de contenido, si atendemos a la elevada concordancia obtenida en el presente estudio entre los jueces conjuntamente y la predefinida por la entrevista, así como a la elevada concordancia inter - jueces. También se han obtenido unos buenos resultados en cuanto a la evidencia de validez de contenido respecto a la Escala de Narcisismo (con un coeficiente Kappa global de 0.86, que indica un acuerdo fuerte) (McHugh, 2012).

Estos buenos resultados aportan evidencia empírica de que los dominios y subdominios de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, son constructos teóricos claramente definidos y relevantes para medir los dominios de la versión en castellano STIPO-R. Mediante la evaluación realizada por el método de jueces expertos se corrobora que el contenido de la prueba es consistente con el propósito de la prueba y representa suficientemente los conocimientos, las competencias, o las habilidades que se desean medir (Zapata-Ospina y García-Valencia, 2020; Arias y Siresci, 2021), tal y como se ha comentado en la introducción de la presente tesis doctoral. Es decir, en el presente estudio se ha obtenido evidencia de la definición y la relevancia de los dominios, de los subdominios, de los ítems y también de la Escala de Narcisismo, siendo apropiados para el propósito de la prueba y representando suficientemente los

dominios evaluados (Arias y Siresci, 2021) de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano. La Escala de Narcisismo, como se ha comentado ya en la introducción del presente estudio, no tiene ítems propios, sino que estos pertenecen a los distintos dominios y subdominios de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), no obstante lo cual, estos han sido claramente identificados por los jueces como relevantes para evaluar el constructo Narcisismo. Estos resultados aportan mayor evidencia a la ya aportada por estudios previos en la misma dirección y están también en línea con la consideración de la patología narcisista según la teoría de Kernberg, la cual abarca desde niveles de organización del más alto funcionamiento (neurótico) al más bajo (límite) (Kernberg, 2010).

Asimismo, la patología narcisista ha sido y es ampliamente respaldada por la literatura científica. Para algunos autores, el trastorno narcisista de la personalidad es el que presenta mayor rango de severidad de todos los TP, también por su elevada comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos del estado de ánimo y también otros TP (Coleman y cols., 2022). Este trastorno ha estimulado el desarrollo de diversos estudios que tratan de caracterizar el constructo narcisismo, que entienden que dicho constructo es poliédrico y comprende varias formas de organización o estructuras de la personalidad de distinto rango de severidad (Sedikides, 2021). En este sentido, diversos autores hablan del self grandioso patológico como una estructura que se halla en el núcleo de la patología narcisista (Crisp y Gabbard, 2020). Por tanto, la literatura respalda la especificidad del self grandioso patológico en las estructuras narcisistas, que supone que el individuo oscila entre una sobreestimación grandiosa de su valía, a menudo hasta el punto de distorsionar la realidad, y un sentido de falta de valía con una frágil autoestima (Crisp y Gabbard, 2020). Dichas oscilaciones, además, pueden dar lugar a perturbaciones severas en las áreas del trabajo, la imagen que estas personas tienen de los demás y las relaciones con éstos (Kernberg, 1975, 1984, 2005; Diamond y Meehan, 2013; Kaufman y Meddaoui, 2021), con una precaria habilidad para comprender los estados mentales propios y los de los demás, dándose en los casos más severos, una falta de empatía (Kanske y cols., 2017; Bilotta y cols., 2018). Aunque dichas oscilaciones entre estados grandiosos y vulnerables siguen sin comprenderse completamente (Wright y Edershile, 2018), hay un consenso emergente en que hay diferencias estables en la expresión

fenotípica del narcisismo y que sus componentes centrales son la grandiosidad y la vulnerabilidad (Ackerman y cols., 2019).

En el MATP del Manual DSM-5 (APA, 2013), el trastorno narcisista de la personalidad se evalúa a través de 2 de los 4 dominios del Criterio A de disfunción de la personalidad (es decir, Autodirección e Identidad) y 2 rasgos de personalidad (Criterio B: Búsqueda de atención y Grandiosidad, dentro del dominio Antagonismo). Este último, ha recibido algunas críticas, ya que no incluye el constructo psicopatológico de narcisismo vulnerable, defendido por algunos autores (Ackerman y cols., 2019; Loeffler y cols., 2020; Busman y cols., 2021; Miller y cols., 2022). Estos autores dan apoyo al modelo del espectro del narcisismo que incluye diversos rangos de grandiosidad y de vulnerabilidad entre sus características clave (Krizan y Herlache, 2018), considerando así la importancia de diferenciar entre narcisismo vulnerable y narcisismo grandioso (Loeffler y cols., 2020). Estos desarrollos teóricos han estimulado intentos recientes de evaluar empíricamente tanto el constructo grandiosidad como el de vulnerabilidad narcisista, habiéndose desarrollado escalas de narcisismo, como la Escala de Grandiosidad Narcisista (Rosenthal y cols., 2020) y la Escala de Vulnerabilidad Narcisista (Crowe y cols., 2018) con adecuadas propiedades psicométricas (Edershile y cols., 2019), que se han utilizado en algunos estudios recientes (Edershile y Wright, 2021).

Como puede observarse, los desarrollos actuales respecto al constructo psicopatológico Narcisismo aportan evidencia de la posible existencia de dos características centrales de este, que son la Grandiosidad y la Vulnerabilidad, con características diferenciales. El MATP del Manual DSM-5 (APA, 2013) tiene en cuenta únicamente la Grandiosidad como una de las facetas que forman parte del dominio Antagonismo (Criterio B, APA, 2013). La STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, en su Escala de Narcisismo, no diferencia en la exploración el narcisismo grandioso del narcisismo vulnerable, lo que podría explicar en parte, las discrepancias sin significación estadística detectadas en la clasificación de algunos de los ítems de la Escala de Narcisismo por parte de los jueces expertos en el presente estudio.



Por último, y en relación con las implicaciones clínicas de los hallazgos descritos en el presente apartado, la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, resultará de ayuda al clínico en el diagnóstico de la OLP, permitiéndole capturar adecuadamente la cualidad de los constructos definitorios de la OLP que miden los dominios de la STIPO-R, y que suelen estar presentes en los relatos clínicos de los pacientes con TP, y también descritos a nivel teórico (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005). En relación con la Escala de Narcisismo, resulta de interés para los clínicos en cuanto que permite el diagnóstico de la estructura Narcisista de la personalidad con el mismo instrumento (la STIPO-R) y sin necesidad de utilizar instrumentos adicionales.

### **7.3. EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA DE VALIDEZ DE LA STIPO-R BASADA EN SU ESTRUCTURA INTERNA (OBJETIVO 2)**

La hipótesis secundaria correspondiente a este Objetivo 2 es la siguiente: la versión en castellano de la entrevista STIPO-R obtendrá una adecuada evidencia de validez basada en su estructura interna, evaluada mediante un AFC y medirá los 6 dominios psicopatológicos con sus 55 ítems propuestos por los autores de la versión original en inglés (Clarkin y cols., 2016, 2019), e identificados en la validación de los instrumentos antecedentes. Los 6 dominios psicopatológicos mencionados son: 1) Identidad (ítems 1 a 15); 2) Relaciones de Objeto (ítems 16 a 30); 3) Defensas Primitivas o de nivel inferior (ítems 31 a 36); 4) Defensas avanzadas o de nivel superior (ítems 37 a 40); 5) Agresión (ítems 41 a 49) y 6) Valores Morales (ítems 50 a 55) (Clarkin y cols., 2016, 2019). Se obtendrán índices de ajuste del modelo dentro de los límites de aceptación: la razón de verosimilitud ( $\chi^2$  no significativa;  $p < .05$ ) (Buse, 1982; Deeks, 2004); el Comparative Fit Index (CFI > 0.90) (Bentler, 1990); el Tucker-Lewis Index (TLI > 0.90) (Tucker-Lewis, 1973); el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA < 0.08) (Steiger y Lind, 1980) y el Standardized root mean square residual (SRMR < 0.08) (Bentler, 1995; Hu y Bentler, 1999).

Los resultados obtenidos en el presente estudio confirman la hipótesis formulada de que la versión en castellano de la STIPO-R, de 55 ítems, es una entrevista con 6 factores latentes que se corresponden con los 6 dominios psicopatológicos de la versión original en inglés (Clarkin y cols., 2016, 2019), que son: 1) Identidad (ítems 1 a 15); 2) Relaciones de Objeto (ítems 16 a 30); 3) Defensas Primitivas o de nivel inferior (ítems 31 a 36); 4) Defensas avanzadas o de nivel superior (ítems 37 a 40); 5) Agresión (ítems 41 a 49) y 6) Valores Morales (ítems 50 a 55) (Clarkin y cols., 2016, 2019), con índices de ajuste del modelo dentro de los límites de aceptación.

En relación con el cálculo de la potencia del AFC, esta ha sido la adecuada para este Objetivo 2 (Steiger y Lind, 1980; Cohen, 1992; Ferrando y cols., 2022).

Los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral aportan evidencia empírica respecto de los 6 dominios psicopatológicos de la versión en castellano de la STIPO-R. Este resultado indica que los datos son consistentes con la teoría de organización de la personalidad de Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005; Kernberg, 2016b) en la que se basa la entrevista (Arias y Siresci, 2021). Los resultados obtenidos en el presente estudio van en la misma dirección que los resultados obtenidos en los estudios antecedentes. Los estudios realizados con el IPO (Clarkin y cols., 1995) confirmaron como factores principales de dicho instrumento tres, que fueron: Identidad, Defensas primitivas, y Prueba de realidad (Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021a y Unoka y cols., 2022), encontrando, además, tres factores específicos (Agresión, Relaciones de objeto y Valores morales) (Cosentino, 2017), que en el caso del estudio de Hörz y cols. (2021) y Unoka y cols. (2022) fueron Agresión y Prueba de realidad. Los resultados de los estudios realizados con la STIPO (Clarkin y cols., 2007) fueron en la misma línea: Preti (2011) y Preti y cols. (2012) confirmaron una estructura interna del instrumento consistente en 7 factores, los 3 considerados centrales en el diagnóstico de OLP (Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad) (Stern y cols., 2010; Preti y cols., 2011, 2012) y los 4 factores restantes (Relaciones de Objeto, Defensas avanzadas, Agresión, Valores morales) (Preti y cols., 2011, 2012). En todos los estudios mencionados los autores obtuvieron, igual que en el presente estudio, unos índices de ajuste del modelo adecuados y dentro de los límites de aceptación. El presente estudio confirma una estructura factorial de la



versión en castellano de la STIPO-R de los 6 factores ya confirmados por los estudios antecedentes mencionados, que son: 1) Identidad; 2) Relaciones de Objeto; 3) Defensas Primitivas o de nivel inferior; 4) Defensas avanzadas o de nivel superior; 5) Agresión y 6) Valores Morales; con la excepción de la escala Prueba de realidad, que no está presente en la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016, 2019) y, por tanto, no se ha evaluado en el presente estudio.

Estos buenos resultados también están en línea con la teoría de Kernberg de OP, según la cual las dimensiones centrales para realizar diagnóstico de OP son Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad; siendo Agresión, Relaciones de objeto y Valores Morales, dimensiones que permitirían establecer la severidad de la OP (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005).

Todos los ítems y dominios clínicos de la versión en castellano de la STIPO-R obtienen significación en cuanto a su variabilidad, salvo el dominio Defensas de nivel inferior, que presenta una variabilidad de respuestas muy baja. Este resultado podría indicar la necesidad de revisar los ítems de este factor para valorar su mantenimiento en el dominio (Brown, 2015).

En resumen, los ítems de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) fueron concebidos por sus autores para medir en profundidad los 6 dominios psicopatológicos descritos e identificados mediante el AFC. Dichos dominios clínicos han sido y continúan siendo ampliamente respaldados por la literatura científica, tanto por Kernberg como por otros autores, como se ha comentado ya en la introducción de la presente tesis doctoral. Sin embargo, hasta la fecha, no hay estudios publicados que hayan sometido a verificación empírica la hipótesis relativa a la existencia de estos 6 dominios en la STIPO-R en su versión en inglés (Clarkin y cols., 2016), siendo la presente tesis doctoral el primer estudio de AFC sobre dichos dominios que se ha realizado en su versión en castellano.

Por tanto, se obtiene por primera vez evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en su estructura interna, verificándose en el presente estudio la hipótesis de que el modelo de 6 factores (modelo teórico según el cual se desarrolló STIPO-R original) (Clarkin y cols., 2016) se confirma en los

datos recogidos de la muestra de sujetos de la presente tesis doctoral, formada por un grupo clínico y un grupo control, aportando mayor evidencia a la ya obtenida en esa dirección por estudios previos.

En cuanto a las implicaciones clínicas de los resultados de la presente tesis doctoral descritos en el presente apartado, la versión en castellano de la STIPO-R permitirá al clínico diagnosticar estructura de la personalidad patológica (OLP) según la teoría de Kernberg (Kernberg, 1984, Kernberg, 2016b) evaluando los dominios Identidad, Defensas primitivas y Defensas de nivel avanzado y la severidad de la misma, evaluando los dominios Relaciones de Objeto, Agresión y Valores Morales, con evidencia de validez basada en la estructura interna de la prueba, confirmada mediante los datos recogidos en la muestra del presente estudio.

#### **7.4. EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD (CONSISTENCIA INTERNA) DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO DE LA STIPO-R (OBJETIVO 3)**

La hipótesis secundaria correspondiente a este Objetivo 3 es la siguiente: la versión en castellano de la entrevista STIPO-R y sus 6 dominios psicopatológicos obtendrán una confiabilidad (consistencia interna) adecuada medida a través del coeficiente Omega de McDonald ( $\omega$  total; McDonald, 1999; Werts y cols., 1974) con resultados entre 0.7 y 1 (George y Mallery, 2003, Hair y cols., 2010), en línea con los estudios antecedentes realizados con el IPO (Lenzenweger y cols., 2001; Preti y cols., 2015; Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021; Unoka y cols., 2022) y con la STIPO (Clarkin y cols., 2016; Stern y cols., 2010; Preti y cols., 2011, 2012; Döering y cols., 2013).

Los resultados del presente estudio confirman la hipótesis formulada de que la versión en castellano de la entrevista STIPO-R y sus 6 dominios psicopatológicos tienen una confiabilidad (consistencia interna) adecuada medida a través del coeficiente Omega de McDonald ( $\omega$  total; McDonald, 1999; Werts y cols., 1974) con resultados entre 0.7 y 1 (George y Mallery, 2003, Hair y cols., 2010).

Asimismo, los resultados obtenidos van en la misma dirección que los estudios antecedentes de validación del IPO (Clarkin y cols., 1995; Lenzenweger y cols., 2001; Preti y cols., 2015; Cosentino, 2017 y Unoka y cols., 2022) y de la STIPO (Clarkin y cols., 2007; Stern y cols., 2010; Preti, 2011; Preti y cols., 2012; Döering y cols., 2013). En todos ellos, los autores utilizaron el coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ; Cronbach, 1951) para evaluar la confiabilidad (consistencia interna) de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) obteniendo resultados similares y según el criterio establecido por Nunnally y Bernstein (1994), lo que indica, por tanto, la adecuada consistencia interna del IPO (Clarkin y cols., 1995) y de la STIPO (Clarkin y cols., 2016), también verificada por los estudios antecedentes.

En resumen, los resultados de la presente tesis doctoral verifican la hipótesis planteada en relación con la aceptable consistencia interna de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, indicando que sus 55 ítems tienen un alto grado de correlación y coherencia, son homogéneos y evalúan un constructo teórico subyacente común (Frías-Navarro y Pascual Soler, 2022), que es la Organización límite de la personalidad y sus dominios psicopatológicos (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005). Por tanto, los resultados de la presente tesis doctoral aportan mayor evidencia de la adecuada consistencia interna de la versión en castellano de la STIPO-R, en la misma dirección que la ya aportada por estudios previos.

Las implicaciones clínicas de los resultados de la presente tesis doctoral son relevantes por cuanto permiten al clínico disponer de un instrumento de evaluación de la personalidad (la STIPO-R; Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, adaptado a nuestro entorno, con confirmación empírica de que permite evaluar Organización límite de la personalidad según la teoría de Kernberg, mediante un instrumento en castellano con una adecuada confiabilidad (consistencia interna) (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005) verificada mediante los datos recogidos de la muestra del presente estudio.

## **7.5. EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA DE VALIDEZ DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO DE LA STIPO-R BASADA EN LAS RELACIONES CON OTRAS VARIABLES (OBJETIVO 4)**

La hipótesis correspondiente al Objetivo 4 es la siguiente: la versión en castellano de la entrevista STIPO-R obtendrá una adecuada evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables, más concretamente con:

1. La SCID – II (First y cols., 1997; versión en castellano, Gómez-Beneyto, 1994) para los sujetos pertenecientes al Clúster B según la SCID-II, en un grupo de pacientes psiquiátricos (grupo clínico) con diagnóstico de TP.
  - 1.1. Se espera que la puntuación media global STIPO-R sea significativamente mayor en aquellos sujetos del grupo clínico clasificados por la SCID-II como pertenecientes al Clúster B (Stern y cols., 2010; Döering y cols., 2013; Esguevillas, 2017 y Esguevillas cols., 2017; Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub>) y en menor medida a los Clústeres A (Stern y cols., 2010); y C (Stern y cols., 2010; Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub>).
  - 1.2. Se espera, asimismo, que las puntuaciones medias de la STIPO-R sean significativamente mayores para el Clúster B en los dominios de la STIPO-R Identidad, Defensas primitivas (Lenzenweger y cols., 2001; Cosentino y cols., 2017), Defensas de nivel avanzado (Stern y cols., 2010), Agresión (Stern y cols., 2010; Esguevillas, 2017; Esguevillas cols., 2017) y Valores Morales (Döering y cols., 2013). Y también para la Escala de Narcisismo (Kernberg, 2010; Sedikides, 2021). No se obtendrá asociación entre el dominio Relaciones de objeto de la STIPO-R y la SCID-II (Clarkin y cols., 2018<sub>a</sub>; Preti y cols., 2018).
2. El PID-5 (Krueger y cols., 2012; versión en castellano, Gutiérrez y cols., 2017), en un grupo de pacientes psiquiátricos (grupo clínico) con presencia

de diagnóstico de TP y en un grupo de sujetos voluntarios sin diagnóstico de TP en los últimos diez años (grupo control).

- 2.1. Se espera que se dé una asociación lineal positiva (medida mediante el coeficiente de correlación de Pearson) entre los dominios de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y el PID-5 (Krueger y cols., 2012; versión en castellano, Gutiérrez y cols., 2017).
- 2.2. Se espera, asimismo, que el promedio de la puntuación total de la versión en castellano del PID-5 según el nivel de organización de la personalidad de la STIPO-R, incremente significativamente (medido a través del test Shapiro-Wilk) para los niveles de organización de la personalidad con más patología establecidos por la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano. Se espera que este resultado esté en línea con los criterios de interpretación de la puntuación del PID-5; y con el modelo teórico de organización de la personalidad de Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005) en el que se basa la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016).

A continuación, se discuten los resultados de la evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables de la STIPO-R y la SCID-II (grupo clínico de la muestra).

#### **7.5.1. Relación entre la STIPO-R y la SCID-II (Objetivo 4.1.)**

Los resultados del presente estudio confirman la hipótesis formulada de la asociación entre la medida categorial de la disfunción de la personalidad patológica (SCID-II, First y cols., 1997; adaptación al castellano, Gómez-Beneyto, 1994) y la medida categorial y dimensional de la organización de la personalidad (versión en castellano de la STIPO-R) para el Clúster B de TP de la SCID-II, en línea con los estudios realizados con otros instrumentos que miden el mismo constructo (Stern y cols., 2010; Döering y cols., 2013; Esguevillas, 2017; Esguevillas y cols., 2017; Ferrer y cols., 2018; Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub>).

A continuación, se discuten las asociaciones específicas encontradas entre los dominios de STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y la SCID-II (First y cols., 1997; adaptación al castellano, Gómez-Beneyto, 1994). Cabe señalar que la comparación directa de resultados con los estudios antecedentes es posible en todos los casos salvo en el estudio de Stern y cols. (2010), debido a que los autores utilizaron métodos estadísticos distintos a los del presente estudio para las asociaciones identificadas.

## **Agresión**

### **Clúster B de TP (SCID-II):**

Las asociaciones encontradas en el presente estudio entre el dominio Agresión de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) y el Clúster B de TP de la SCID-II, van en la misma dirección que la evidencia que ya aportaron los estudios antecedentes. El dominio Agresión de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) mostró asociación con el Clúster B de TP del DSM-IV-R (Stern y cols., 2010; Ferrer y cols., 2018). En la misma línea fueron los resultados del estudio de Döering y cols. (2013), que encontraron que la STIPO (Clarkin y cols., 2007) se asoció de forma más significativa con la escala ADP-IV de TP antisocial (Döering y cols., 2013). Asimismo, Esguevillas (2017) y Esguevillas cols. (2017) mostraron que la STIPO obtuvo relación significativa con los TP del Clúster B (en especial con el trastorno antisocial de la personalidad) (Esguevillas, 2017 y Esguevillas cols., 2017). Hörz-Sagstetter y cols. (2021<sub>a</sub>) encontraron una asociación positiva entre el factor Agresión del IPO (Clarkin y cols., 1995) y el trastorno antisocial de la SCID-II y entre la SCID-II y la dimensión Agresión de la STIPO (Clarkin y cols., 2007), con el trastorno antisocial de la SCID-II (Hörz-Sagstetter y cols., 2021<sub>a</sub>). Nótese que la mayor parte de las asociaciones encontradas, bien son con el trastorno antisocial de la personalidad (todos los estudios citados), o bien son con el Clúster B, y en especial con dicho trastorno (Esguevillas, 2017 y Esguevillas cols., 2017). Este resultado podría explicarse mejor debido a la alta especificidad de la SCID-II en la evaluación diagnóstica del TP antisocial y por su baja especificidad en la evaluación de los trastornos límite y narcisista de la personalidad señalada por algunos autores (Pérez Prieto, 2001).



### Clúster A de TP (SCID-II):

La no asociación encontrada en el presente estudio del dominio Agresión de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), con el Clúster A de la SCID-II, es discrepante con respecto al estudio de Hörz-Sagstetter y cols. (2021a) realizado con la STIPO (Clarkin y cols., 2007). En él se encontró una asociación positiva entre la dimensión Agresión de la STIPO (Clarkin y cols., 2007) y el trastorno paranoide de la personalidad de la SCID-II, pero no con el resto de los trastornos del Clúster A, resultado que los propios autores atribuyen a la falta de prevalencia de sujetos del Clúster A en la muestra (Hörz-Sagstetter y cols., 2021a), lo que también ocurre en el presente estudio, y puede explicar mejor este resultado. Además, este resultado también puede explicarse mejor por la alta especificidad de la SCID-II para el trastorno paranoide de la personalidad y la baja especificidad para los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad señalada por algunos autores (Pérez Prieto, 2001). Otra explicación del resultado del presente estudio puede deberse a las diferencias entre la STIPO (Clarkin y cols., 2007) (instrumento utilizado en el estudio de Hörz-Sagstetter y cols., 2021a) y la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016). La STIPO (Clarkin y cols., 2007) evalúa un séptimo dominio clínico que no se incluyó en la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), que es Prueba de realidad (Clarkin y cols., 2007). Este dominio evalúa síntomas psicóticos o pseudo psicóticos, que pueden estar presentes en todos los TP y los TLP (Cavelti y cols., 2021), tales como percepciones distorsionadas de la realidad (Fariba y cols., 2022) y que aparecen generalmente en contextos estresantes (D'Agostino y cols., 2019). Sin embargo, dichos síntomas suelen estar más presentes en los TP del Clúster A si atendemos a los criterios diagnósticos descritos en el Manual DSM-5 (APA, 2013).

### Clúster C de TP (SCID-II):

Respecto a la no asociación del dominio Agresión de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y el Clúster C de la SCID-II encontrada en el presente estudio, este resultado va en la misma dirección que los estudios antecedentes. Hörz-Sagstetter y cols. (2021a) ya encontraron una asociación negativa del factor Agresión del IPO (Clarkin y cols., 1995) con los trastornos de personalidad internalizantes del Clúster C de la SCID-II (Hörz-Sagstetter y cols., 2021).

Los resultados al respecto de la no asociación del dominio Agresión de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) y los Clústeres A y C de TP de la SCID-II encontrada en el presente estudio, pueden explicarse mejor desde el modelo de organización de la personalidad de Kernberg (Kernberg, 2016b). En este modelo, el predominio de afectos negativos, muy en especial la agresión, un juicio de realidad, en ocasiones, alterado y unos valores morales internalizados inconsistentes, son elementos que permiten caracterizar la severidad de la estructura de la personalidad (Kernberg y Caligor, 2005; Kernberg, 2016b, Stern y cols., 2018). El grupo clínico de la muestra del presente estudio es un grupo ambulatorio de la red pública de salud mental, lo que indica que, probablemente su severidad sea menor, globalmente, que la de los sujetos del estudio de Hörz-Sagstetter y cols. (2021a) que se realizó con 11 muestras distintas, tanto ambulatorias como no ambulatorias y tanto de la red pública como privada de salud mental. Por tanto, el grado de agresión de los sujetos de los clústeres A y C de la muestra del presente estudio, es menor, globalmente, que el del estudio de Hörz-Sagstetter y cols. (2021a). Y la SCID-II, en tanto que evaluación categorial de los TP, no parece que haya capturado el menor grado de severidad en el dominio Agresión de la versión en castellano de la STIPO-R, de los sujetos del grupo clínico de la muestra pertenecientes a los Clústeres A y C de TP de la SCID-II.

### Identidad

En la presente tesis doctoral se encuentran asociaciones significativas entre el dominio Identidad y los Clústeres A y B de la SCID-II, en línea con el estudio de Hörz-Sagstetter y cols. (2021a) en el que ya se encontró que la disfunción de la personalidad medida mediante la SCID-II se asoció de forma significativamente positiva con el dominio de STIPO (Clarkin y cols., 2007) Identidad, en los clústeres A y B de la SCID-II (Hörz-Sagstetter y cols., 2021a). Aunque la asociación encontrada para el Clúster A fue respecto al TP paranoide, pero no respecto al resto de los trastornos del Clúster A de la SCID-II, lo que, como se ha comentado anteriormente, los propios autores indicaron que pudo deberse a la baja proporción de dichos sujetos en la muestra (Hörz-Sagstetter y cols., 2021). Sin embargo, en el presente estudio, el dominio Identidad no se asocia significativamente con el Clúster C de la SCID-II. Este resultado tiene relación, probablemente, con el grado



de disfunción de la patología de la personalidad que, en general, tienen los sujetos del presente estudio, que, al estar sólo formada por pacientes ambulatorios, es más baja que en los estudios antecedentes. A ello hay que añadir que, según el modelo estructural de la personalidad de Kernberg, los sujetos con estructuras de la personalidad correspondientes al Clúster C de la SCID-II se situarían en un nivel más alto (es decir, menos grave) de personalidad patológica (Kernberg y Caligor, 2005). Por tanto, parece que el Clúster C de la SCID-II, y en consonancia con que es una medida categorial de patología de la personalidad, no captura el aspecto relativo a la menor severidad de los sujetos de la muestra del presente estudio evaluados mediante la versión en castellano de la STIPO-R respecto al Clúster C de TP de la SCID-II.

Asimismo, se ha encontrado una asociación más significativa entre el Clúster A de TP de la SCID-II y el dominio Identidad de la versión en castellano de la STIPO-R, que entre el Clúster B de TP de la SCID-II y el mismo dominio Identidad (igualmente significativa, aunque en menor medida), contrariamente a lo esperado. Este resultado puede explicarse mejor porque según la teoría de Kernberg de organización de la personalidad, los sujetos con OLP y estructura de tipo psicótico, como son los pacientes del Clúster A según criterios del manual DSM-5 (APA, 2013), tienen un nivel de OLP más bajo, es decir, son sujetos más severos en cuanto a que sufren mayores disfunciones en el dominio Identidad (identidad más difusa) que otras organizaciones estructurales de la personalidad, como son las límite (Kernberg y Caligor, 2005), es decir, las pertenecientes al Clúster B del manual DSM-5 (APA, 2013).

### **Defensas primitivas**

En el presente estudio se encuentra asociación del dominio Defensas primitivas de la versión en castellano de la STIPO-R con los Clústeres A y B de la SCID-II, yendo los resultados en la misma dirección que los estudios antecedentes. En el estudio de Stern y cols. (2010) el dominio Defensas primitivas ya presentó mayor asociación con los rasgos del Clúster B de TP de la SCID-II (Stern y cols., 2010). En el estudio de Hörz-Sagstetter y cols. (2021<sub>a</sub>) ya se encontró que la disfunción de la personalidad medida mediante la SCID-II se asoció de forma

significativamente positiva con los dominios de STIPO Identidad, Relaciones de Objeto, Defensas primitivas y Defensas de nivel avanzado (Afrontamiento y rigidez). En dicho estudio, Defensas primitivas apareció como una de las dimensiones centrales del funcionamiento de la personalidad (Hörz-Sagstetter y cols, 2021<sub>a</sub>). Las Defensas primitivas son mecanismos de defensa típicos de la OLP, como también lo son la idealización o la escisión, entre otros (Fertuck y cols., 2018). Dichos mecanismos de defensa, aunque son característicos de las OLP más bajas (Kernberg y Caligor, 2005), pueden formar parte también de otras organizaciones patológicas de la personalidad según la teoría de Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005; Stern y cols., 2010), y no sólo de las clasificadas como Clúster B por el Manual DSM. Esto puede explicar mejor la asociación en menor medida de Defensas primitivas y el Clúster A de TP.

### **Defensas de nivel superior**

En el presente estudio se encuentra una asociación entre el dominio Defensas de nivel superior de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) y el Clúster B de TP de la SCID-II, resultado que va en la misma dirección que estudios previos como el de Stern y cols., (2010). Estos autores, en un estudio realizado con la STIPO (Clarkin y cols., 2007) sugirieron que los pacientes con criterios de OLP pueden presentar un predominio (aunque no un uso exclusivo) de mecanismos defensivos primitivos (Stern y cols, 2010), lo que ya fue teorizado por Kernberg y Caligor (Kernberg y Caligor, 2005).

Asimismo, se encuentra asociación entre el Clúster C de la SCID-II y Defensas de nivel avanzado de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) y el Clúster C no se asocia a Defensas primitivas de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016). Este resultado puede explicarse mejor por la composición de la muestra del presente estudio, cuyo grupo clínico está formado únicamente por pacientes ambulatorios. Los resultados del presente estudio pueden indicar que los pacientes del Clúster C de la muestra son de menor severidad que los sujetos de las muestras clínicas de los estudios antecedentes (Stern y cols., 2010), Preti, 2011 y Preti y cols., 2012 y Döering y cols., 2013) y, por tanto, podemos encontrar sujetos cuyos mecanismos de defensa

sean predominantemente primitivos, o predominantemente avanzados (como en el presente estudio), o bien, de tipo mixto (tanto primitivos como avanzados).

### **Relaciones de objeto**

Los resultados del presente estudio aportan evidencia respecto de la no asociación del dominio Relaciones de objeto con ninguno de los clústeres de TP de la SCID-II. No hay datos publicados al respecto en estudios previos. Este resultado se explica mejor debido a que el dominio Relaciones de objeto puede tener más relación con la aproximación dimensional del MATP del DSM-5 (APA, 2013), que con la categorial (medida mediante la SCID-II). En la aproximación dimensional del DSM-5 (APA, 2013), se establece que para realizar diagnóstico de TP debe determinarse inicialmente, y antes de evaluar rasgos desadaptativos de los cinco dominios del Criterio B (Widiger y cols., 2018; 2019, 2020), el deterioro funcional personal (sí mismo) e interpersonal (el sí mismo en relación con los demás) siguiendo el criterio de severidad (Criterio A – Morey, 2017) (APA, 2013). El deterioro del funcionamiento personal se establece en un continuum dimensional de severidad, en el que se evalúan las deficiencias fundamentales en el funcionamiento propio e interpersonal (Preti y cols., 2018), lo que incluye, en parte, el modelo de las relaciones de objeto (Clarkin y cols., 2018b; 2018c, 2020, 2021). La SCID-II, en tanto que la medida establecida por el DSM-5 para la aproximación categorial al diagnóstico de TP en el MATP (APA, 2013), no explora el impacto de las relaciones en el funcionamiento propio e interpersonal, que sí se evalúa en su Criterio A. Por tanto, la SCID-II no captura el dominio Relaciones de objeto, el cual parece que tiene más relación con el Criterio A del MATP del DSM-5 que con el B (rasgos desadaptativos de la personalidad).

### **Valores morales**

Los resultados de la presente tesis doctoral encuentran asociación entre el dominio Valores morales de la versión en castellano de la STIPO-R y los Clústeres A y C de TP de la SCID-II del grupo clínico de la muestra, pero no entre el dominio Valores morales de la versión en castellano de la STIPO-R y el Clúster B de TP de la SCID-II. Este resultado es discrepante con el obtenido en el estudio de Döering y cols.

(2013) en el que la escala ADP-IV de TP del DSMIV-R el TP antisocial obtuvo las asociaciones más elevadas con el dominio Valores morales (Döering y cols., 2013), aunque este estudio no hace referencia a si se encontraron asociaciones del dominio Valores morales con el resto de los TP del Clúster B de la SCID-II. No obstante, el resultado obtenido en el presente estudio va en línea con la teoría de la personalidad Kernberg, el cual, como ya se ha comentado en la introducción del presente estudio, se refiere al sistema de valores morales como una estructura compleja y como uno de los componentes de la organización de la personalidad, siendo su grado de patología un indicador de la gravedad y el pronóstico de los TP (Kernberg, 2016b). Por tanto, la dimensión Valores morales está presente en todas las organizaciones estructurales de la personalidad, estando afectada en distinto grado en la personalidad patológica. La disfunción en el sistema de valores morales suele estar más asociada a los rasgos presentes en el trastorno antisocial de la personalidad si atendemos a sus criterios diagnósticos según el Manual DSM-5 (APA, 2013). Para Kernberg (2016b) bajo circunstancias de trauma, deprivación, negligencia, abusos e impulsos agresivos severos, se da la difusión de la identidad, lo que supone que pueden darse fallos en la integración e internalización del sistema de valores morales, influyendo en el desarrollo de distintos niveles de psicopatología y predisponiendo al individuo al comportamiento antisocial (Kernberg, 2016b). El hecho de que la dimensión Valores morales no aparezca en los resultados del presente estudio asociada al Clúster B de TP de la SCID-II, podría explicarse mejor por la baja proporción de sujetos con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad de la muestra. También porque los ítems de la SCID-II y de la STIPO-R no evalúan exactamente lo mismo. Los ítems relativos al TP antisocial en la SCID-II evalúan conducta antisocial y la dimensión Valores morales de la STIPO-R evalúa el funcionamiento moral, examinando el grado y la capacidad individual de sentir culpa y la adhesión a valores y normas sociales comunes en el comportamiento interpersonal (Kernberg, 2016b; Clarkin y cols., 2019). La evaluación de la dimensión sistema de Valores morales, examina además aspectos emocionales y cognitivos relativos a este sistema y no únicamente la conducta antisocial.

### Escala de Narcisismo

En el presente estudio se encuentra asociación entre la Escala de Narcisismo de la versión en castellano de la STIPO-R y la medida psicopatológica del TP de la SCID-II. La Escala de Narcisismo no estuvo incluida en ninguno de los instrumentos antecedentes de la STIPO-R (IPO, Clarkin y cols., 1995; STIPO, Clarkin y cols., 2007). El TP narcisista y su relación con el IPO (Clarkin y cols., 1995) se menciona en un estudio previo realizado con el IPO (Clarkin y cols., 1995). En este estudio los autores concluyeron que el IPO no captó ninguna de las características propias del TP narcisista de la SCID-II (Hörz y cols., 2021<sub>a</sub>). En el presente estudio, las asociaciones encontradas entre la versión en castellano de la STIPO-R en su Escala de Narcisismo, son con los tres clústeres (A, B y C) de la SCID-II. Estos resultados se explican mejor desde la teoría de la personalidad patológica de Kernberg, donde la patología narcisista abarca desde niveles de organización del más alto funcionamiento (neurótico) al más bajo (límite) (Kernberg, 2010) y comprende varias formas de organización o estructuras de la personalidad de distinto rango de severidad (Sedikides, 2021). Por tanto, los rasgos de personalidad narcisista pueden encontrarse entre sujetos con TP en los tres clústeres de la SCID-II.

En síntesis, los resultados del presente estudio verifican la hipótesis planteada de que la versión en castellano de la STIPO-R, tiene evidencia de validez basada en su relación con la SCID-II respecto al Clúster B de TP, evaluada mediante los datos recogidos en la muestra de la presente tesis doctoral. Por tanto, son resultados prometedores en lo que se refiere al intento de integrar las perspectivas categorial y dimensional en la evaluación diagnóstica de los TP pertenecientes al Clúster B y aportan mayor evidencia a la encontrada por estudios previos en la misma dirección.

Asimismo, la confirmación de la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) basada en su relación con la SCID-II y el Clúster B, resultará de ayuda para los clínicos en la práctica habitual, en el diagnóstico de las estructuras de personalidad límite correspondientes al Clúster B y a su severidad, de forma ágil, en línea con el MATP del DSM-5 (APA, 2013), sin

necesidad de utilizar otros instrumentos adicionales, y con confirmación empírica de evidencia de asociación de la versión en castellano de la STIPO-R con una medida de personalidad patológica categorial, como es la SCID-II. La entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) es un instrumento más breve que otras entrevistas semiestructuradas de evaluación de patología de la personalidad que, con sus 55 ítems, también permite realizar un diagnóstico más rico, detallado y en profundidad de las disfunciones de los pacientes evaluados en los dominios básicos incluidos en la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) para diagnosticar personalidad patológica según el modelo de Kernberg, que son, Identidad, Defensas Primitivas y Defensas Avanzadas (Kernberg, 1984; Lenzenweger, 2001; Kernberg y Caligor, 2005); y también en los dominios de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) que proporcionan información acerca del nivel de severidad del paciente evaluado, que son Agresión, Relaciones de objeto y Valores Morales (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005) y de su funcionamiento personal y relacional (Esguevillas, 2017; Ferrer y cols., 2018). En este sentido la versión en castellano de la STIPO-R proporciona al clínico un perfil del funcionamiento de los pacientes que va desde áreas adecuadas a inadecuadas, y progresivos niveles de severidad (Clarkin y cols. 2018a), siendo la versión en castellano de la STIPO-R valioso apoyo para el clínico en la toma de decisiones objetivas y ágiles respecto de qué pacientes pueden beneficiarse de tratamiento y cuáles no en la práctica clínica habitual, discriminando, por ejemplo, la OLP de estructura Narcisista más grave muy cercana a la estructura antisocial (Narcisismo maligno) o la OLP de estructura Antisocial que, hasta la fecha, no tendrían indicación de tratamiento (Kernberg y Caligor, 2005). También permitiría realizar indicaciones de niveles en el tratamiento (ambulatorio, hospital de día, subagudos o rehabilitación) en función del perfil obtenido, fundamentadas tanto en el juicio clínico, como en medidas objetivas. Por último, la versión en castellano de la STIPO-R permitiría enfocar el tratamiento en aquellas áreas más disfuncionales para el paciente, permitiendo realizar una jerarquía de la intervención, y ayudando a identificar de forma más eficaz y rápida la discapacidad funcional.

A continuación, se discuten los resultados de la evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables de la versión en castellano de la STIPO-R, para la muestra completa (grupo clínico y grupo control).



### 7.5.2. Relación entre la STIPO-R y el PID-5 (Objetivo 4.2.)

Los resultados del presente estudio confirman la hipótesis planteada respecto a la asociación lineal positiva entre todos los dominios de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano y todos los dominios del PID-5 (Krueger y cols., 2012) en su versión en castellano (Gutiérrez y cols., 2017), proporcionando evidencia empírica de que los distintos modelos diagnósticos de la personalidad en que se basan ambos instrumentos miden, en general, constructos similares.

No hay datos publicados hasta la fecha de estudios previos que hayan evaluado dicha relación. No obstante, los resultados del presente estudio van en la misma dirección que otros estudios realizados con el PID-5 (Krueger y cols., 2012; versión en castellano Gutiérrez y cols., 2017) que han evaluado la asociación de este con otros instrumentos también dimensionales de evaluación de la personalidad patológica, como ya se ha comentado en la introducción del presente estudio. Entre otros, el PID-5 ha mostrado asociaciones con el NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992), el MMPI-2-RF, Ben Porath y Tellegen, 2008/2012, o el DAPP-BQ (Bastiaens y cols., 2016).

En general, los resultados de la presente tesis doctoral muestran asociaciones de moderadas a fuertes (Cohen, 1988) entre todos los dominios de la versión en castellano de la STIPO-R y del PID-5 (First y cols., 1997; Gutiérrez y cols., 2017). La fuerza de la asociación es significativa para todos los dominios PID-5: Desapego, Afecto negativo, Desinhibición, Psicoticismo y Antagonismo (por este orden, de mayor a menor fuerza de la correlación), con los dominios STIPO-R: Identidad, Relaciones de Objeto, Agresión y también para la Escala de Narcisismo. La dimensión STIPO-R Defensas de nivel avanzado muestra asociación también de moderada a fuerte (Cohen, 1988) con todos los dominios PID-5 por este orden en cuanto a la fuerza de la asociación: Afecto Negativo, Desapego (en orden inverso al que se da en los dominios de la STIPO-R Identidad, Relaciones de Objeto, Agresión y Escala de Narcisismo), Desinhibición, Psicoticismo y Antagonismo.



El dominio STIPO-R Defensas primitivas presenta asociaciones también de moderadas a fuertes (Cohen, 1988) con los dominios del PID-5 por este orden: Desapego, Afecto negativo, Psicoticismo, Desinhibición y Antagonismo.

Estos buenos resultados están en línea con la teoría de la personalidad patológica de Kernberg que, como ya se ha comentado en la introducción del presente estudio, describe que para el diagnóstico de la organización patológica de la personalidad (OLP) deben identificarse elementos centrales y diferenciales en la misma tales como: la presencia del síndrome de difusión de identidad; el uso de mayor proporción de mecanismos de defensa primitivos; el predominio de relaciones objetales negativas y una calidad deficiente en las relaciones con los demás. Y otros elementos que permiten caracterizar la severidad de la estructura de la personalidad son el predominio de afectos negativos, muy en especial la agresión y las alteraciones en el sistema de valores morales (Kernberg y Caligor, 2005; Kernberg, 2016b, Stern y cols., 2018). Por tanto, la asociación encontrada en los resultados del presente estudio indica que los dominios del PID-5 capturan adecuadamente los componentes que definen la OLP evaluados por los dominios de la versión en castellano de la STIPO-R.

En concreto, los resultados de la presente tesis doctoral muestran que las facetas (rasgos) del Dominio PID-5 Desapego (frente a extraversión), cuyas facetas son Evitación de la Intimidad, Anhedonia, Depresividad, Afecto restringido y Susplicia; del dominio PID-5 Afecto Negativo (frente a estabilidad emocional), cuyas facetas son Labilidad Emocional, Ansiedad, Ansiedad de Separación, Sumisión, Hostilidad, Perseveración (ausencia de) y Afectividad Restringida; del dominio Desinhibición (frente a escrupulosidad), cuyas facetas son Irresponsabilidad, Impulsividad, Distrabilidad, Asunción de Riesgos, Perfeccionismo Rígido (bajo); del dominio Psicoticismo (frente a lucidez), cuyas facetas son Disregulación Cognitiva y Perceptiva, Creencias y experiencias inusuales, Excentricidad; y del dominio Antagonismo (frente a amabilidad), cuyas facetas son Manipulación, Deshonestidad, Grandiosidad, Búsqueda de atención, Insensibilidad, son rasgos de personalidad definitorios de los sujetos clasificados por la versión en castellano de la STIPO-R como OLP. De hecho, Kernberg (1984) ya teorizó que los sujetos con OLP tienden, en distinto grado según su nivel de severidad, a evitar la intimidad

en las relaciones con los demás, siendo más inestables emocionalmente, manipuladores, deshonestos e irresponsables, pudiendo presentar síntomas psicóticos transitorios en situaciones de elevado estrés (Kernberg, 1984), precisamente, los rasgos definitorios de los Dominios PID-5 Desapego y Afecto negativo. Estos resultados están, también, en línea con la teoría de la personalidad patológica de Kernberg (1984) que ya teorizó que las personas con OLP más severas usan de forma predominante (aunque no exclusiva) mecanismos de defensa psicológicos contra la ansiedad de tipo primitivo (Kernberg, 1984) lo que ha sido apoyado posteriormente por otros autores (Kernberg y Caligor, 2005; Stern y cols., 2010; Kernberg, 2016b; Fertuck y cols., 2018). Por tanto, las personas con diagnóstico de OLP que utilizan predominantemente Defensas de nivel avanzado son menos severas y más capaces de intimidad en las relaciones con los demás. También presentan en menor medida, síntomas psicóticos transitorios característicos de las OLP más bajas en situaciones de elevado estrés (Kernberg, 1984). Asimismo, como se ha comentado ya en la introducción de la presente tesis doctoral, estos resultados también van en la misma dirección que otros estudios previos en los que, algunos autores señalan que el funcionamiento defensivo está relacionado con los rasgos de la personalidad, sugiriendo una línea ontogenética de desarrollo de estos y estando en la adolescencia relacionados con el uso de mecanismos de defensa específicos que contribuyen al desarrollo de la personalidad (Di Giuseppe y cols., 2019). Otros estudios que han evaluado los mecanismos de defensa y los rasgos de personalidad mostraron que los mecanismos de defensa más adaptativos se asociaron con una personalidad más saludable, mientras que los mecanismos de defensa más rígidos y desadaptativos se asociaron a personalidades más patológicas o desadaptativas (Clarkin y cols., 2019; Di Giuseppe y cols., 2020; Dammann y cols., 2020; Piercy y cols., 2020).

Los resultados del presente estudio muestran, asimismo, que el dominio STIPO-R Valores morales, presenta una asociación también entre moderada y fuerte (Cohen, 1988) con todos los dominios del PID-5, aunque en este caso en un orden distinto a los demás dominios de la STIPO-R comentados anteriormente. La asociación, en este caso es más fuerte, en primer lugar, con el dominio Antagonismo, en segundo lugar, con el dominio Desapego, en tercer lugar, con los Dominios Desinhibición y Psicoticismo (con la misma fuerza de la correlación) y por último con el dominio

Afecto negativo. Este resultado va en la misma dirección que la teoría de la personalidad de Kernberg (2016<sub>b</sub>) que, como ya se ha comentado en la introducción del presente estudio, se refiere al sistema de valores morales como una estructura compleja, un subsistema de la personalidad (Svrakic y cols., 2019) cuya patología sería uno de los indicadores de la gravedad y del pronóstico de los TP. Bajo circunstancias de trauma, deprivación, negligencia, abusos e impulsos agresivos severos, se da la difusión de la identidad, lo que supone que pueden darse fallos en la integración e internalización del sistema de valores morales, influyendo en el desarrollo de distintos niveles de psicopatología de la personalidad y predisponiendo al individuo al comportamiento antisocial (Kernberg, 2016<sub>b</sub>). Este resultado es interesante porque muestra que los dominios del PID-5 captan en la dimensión STIPO-R Valores morales, rasgos característicos de la patología antisocial de la personalidad que, aunque pueden darse en distinto grado en todos los niveles de OLP, son más típicas de las OLP de tipo límite, como son las estructuras narcisistas o antisociales (Kernberg y Caligor, 2005).

En este sentido, no es de extrañar que el dominio PID-5 Antagonismo sea el que muestre la menor asociación con los dominios STIPO-R. Antagonismo es el dominio del PID-5 que aparece asociado en quinto lugar con todos los Dominios de la STIPO-R Identidad, Defensas primitivas, Defensas de nivel avanzado, Relaciones de objeto y Agresión, salvo con Valores morales. Este resultado indica que el dominio PID-5 Antagonismo captura adecuadamente en la muestra del presente estudio, rasgos de la personalidad que pueden estar presentes en distinto grado en las OLP, tales como Manipulación, Deshonestidad, Grandiosidad, Búsqueda de atención e Insensibilidad, pero que están presentes en mayor grado en estructuras de la personalidad más severas que las del presente estudio, cuyo grupo clínico es, en general, menos severo puesto que está formado por pacientes ambulatorios, como ya se ha comentado.

Por último, los resultados del presente estudio muestran que el dominio PID-5 Antagonismo es el que presenta una asociación más dispersa (débil a moderada; Cohen, 1988) con los dominios STIPO-R Defensas de nivel superior, Relaciones de Objeto e Identidad (de mayor a menor, por este orden). Este resultado se explica mejor desde la teoría de la personalidad patológica de Kernberg que, como se ha

comentado anteriormente, habla de las Defensas de nivel superior como mecanismos de defensa avanzados contra la ansiedad (Kernberg, 1984), más habituales, por tanto, en estructuras de personalidad menos severas, con relaciones de objeto más saludables, con mayor tolerancia a la ansiedad, mayor capacidad de adaptación a los cambios, más flexibilidad (Clarkin y cols., 2019) y menor difusión de la identidad (Kernberg y Caligor, 2005; Kernberg, 2016b). Por tanto, el dominio PID-5 Antagonismo, captura adecuadamente las diferencias de grado en los rasgos de personalidad como, por ejemplo, la Manipulación o la Deshonestidad, en estructuras límite menos severas (que utilizan de forma predominante Defensas de nivel avanzado) y más severas (que utilizan de forma predominante Defensas primitivas).

Asimismo, los resultados de la presente tesis doctoral confirman que la variación entre las puntuaciones promedio de la versión en castellano de la STIPO-R y el PID-5 (First y cols., 1997; versión en castellano, Gutiérrez y cols., 2017) es proporcional, incrementando significativamente para los niveles de organización de la personalidad con más patología, establecidos por la versión en castellano de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016). Este resultado está en línea con el modelo teórico de organización de la personalidad de Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg y Caligor, 2005) en el que se basa la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016). Según dicho modelo la Organización Límite de la Personalidad se diagnostica evaluando la presencia y el grado de disfunción de la personalidad, tanto en los dominios principales de la STIPO-R (Identidad y Defensas primitivas y Defensas de nivel inferior), como en tres dominios más de la entrevista STIPO-R que caracterizan el grado de severidad del funcionamiento personal (Agresión y Valores Morales) e interpersonal (Relaciones de objeto) (Kernberg, 1984; Lenzenweger y cols., 2001; Kernberg y Caligor, 2005), de modo que a mayor puntuación media obtenida en la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), mayor grado de OLP según los niveles de OLP establecidos por la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2019).

Resumiendo, los resultados de la presente tesis doctoral confirman por primera vez la hipótesis formulada de que, la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, tiene evidencia de validez basada en sus relaciones con el PID-5 (First y cols., 1995; adaptación en castellano, Gutiérrez y cols., 2017),

mostrando evidencia empírica de que mide el constructo personalidad y sus dimensiones, en un grupo de pacientes psiquiátricos (grupo clínico) con presencia de diagnóstico de TP según la SCID-II y en un grupo de sujetos voluntarios sin diagnóstico de TP en los últimos diez años (grupo control) (perspectiva dimensional). Los resultados de la presente tesis doctoral verifican que el PID-5 (First y cols., 1995; adaptación en castellano, Gutiérrez y cols, 2017) captura tanto los rasgos de personalidad característicos de la OLP medida mediante la versión en castellano de la STIPO-R, como los diferentes grados de afectación de estos representados por los progresivos niveles de organización de la personalidad patológica preestablecidos por la versión en castellano de la STIPO-R en los datos obtenidos de la muestra del presente estudio.

Asimismo, los resultados del presente estudio tienen implicaciones clínicas interesantes, ya que el uso de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, permitirá al clínico la evaluación de la organización patológica de la personalidad con la evidencia empírica de que hay asociación de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano con la medida dimensional de la personalidad patológica del PID-5 (Krueger cols., 2012; adaptación al castellano por Gutiérrez y cols., 2017), estando en línea con el criterio B del MATP del DSM-5 (APA, 2013). Además, la evaluación mediante la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, permite al clínico tras la evaluación, disponer de un perfil dimensional en el que cada sujeto aparece representado con distintos grados que van de la normalidad a la patología mejorando su comprensión clínica. Por tanto, permite al clínico conocer cuáles son los rasgos de personalidad específicos que caracterizan el TP en un sujeto determinado y su intensidad, posibilitando un diseño de intervención psicoterapéutica que responda a las necesidades de cada sujeto de forma mucho más precisa y con áreas de intervención específicas (Smits y cols., 2017; Gamba y cols., 2020).

Por último, estos resultados aportan mayor evidencia de la necesidad del uso de un modelo dimensional y por rasgos en el diagnóstico de los TP en la práctica clínica habitual, que el DSM-5 recoge en su Sección 3, en lugar de mantener exclusivamente la clásica perspectiva categorial, tal y como sugieren Torres-Soto y cols. (2021). Esto es apoyado por diversos autores que postulan que, ya sea a

partir del modelo dimensional alternativo de la APA (2013) para los TP, como de la propuesta dimensional para toda la psicopatología de la personalidad, la evaluación de los TP de tipo dimensional va ganando terreno en su intento por reemplazar al sistema categorial (Sánchez, 2019), lo cual tiene interés para los clínicos en tanto que resulta de ayuda en la planificación de los tratamientos a los TP en la red pública de Salud Mental como muestra el estudio de Torres-Soto y cols. (2021). En dicho estudio, realizado con TP atendidos en la red pública de salud mental en nuestro contexto, los autores señalan que el PID-5 (Krueger y cols., 2012, versión en castellano Gutiérrez y cols., 2017) permite evaluar rasgos de personalidad permitiendo describir el perfil de esta, en tanto que formado por rasgos adaptativos y desadaptativos. Esto orienta al clínico hacia Trastornos Específicos caracterizados por un perfil concreto de rasgos patológicos (antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico). Pero también incluye la categoría de Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos (TP-ER), posibilitando adaptar la descripción del perfil de personalidad de cada individuo, incluyendo presentaciones subclínicas y mixtas, siendo por tanto más descriptivo y útil en la práctica que las clásicas categorías de “Otro Trastorno de Personalidad Especificado Mixto” (TPM) y “Otro Trastorno de Personalidad no especificado” (TPNE). Ello permite orientar hacia diagnósticos específicos de personalidad, como el TLP al tiempo que describir perfiles de rasgos y necesidades terapéuticas de los pacientes con trastornos de personalidad no especificados o mixtos (Torres-Soto y cols., 2021).

#### **7.6. EVALUACIÓN DE SI LA VERSIÓN EN CASTELLANO DE LA STIPO-R DIFERENCIA ADECUADAMENTE PERSONALIDAD NORMAL DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA (OBJETIVO 5)**

La hipótesis formulada respecto a este Objetivo 5 es la siguiente: la entrevista STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano diferenciará adecuadamente, tanto personalidad normal y personalidad patológica, como progresivos niveles de Organización Límite de la personalidad (OLP), con puntuaciones medias en la entrevista STIPO-R mayores (contraste Mann-Whitney-



Wilcoxon;  $p < .01$ ) para el grupo clínico en todos los dominios, subdominios, en la Escala de Narcisismo y en los niveles de OLP preestablecidos por la STIPO-R; con adecuadas propiedades de sensibilidad y especificidad, con resultados del análisis ROC significativos ( $p$  valor  $< .01$ ); establecimiento de puntos de corte óptimos (cutoff) adecuados mediante los criterios AUC (Newman y cols., 2009; DeLong y cols., 1988); Accuracy Ratio (Hosmer y Lemeshow, 2013) y Youden Index (Youden, 1950). Y los resultados estarán en línea con los resultados de estudios antecedentes realizados con la STIPO (Clarkin y cols., 2007) (Hörz y cols., 2009; Preti, 2011; Preti cols., 2012; Döering y cols., 2013).

Los resultados de la presente tesis doctoral confirman la hipótesis planteada de que la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica y progresivos niveles de OLP, con adecuadas propiedades de sensibilidad y especificidad y un punto de corte óptimo (cutoff) en los datos obtenidos de la muestra del presente estudio.

Los resultados del presente estudio confirman que las puntuaciones medias obtenidas por el grupo clínico son significativamente superiores a las del grupo control en los 6 dominios, en los 11 subdominios y también en la Escala de Narcisismo de la versión en castellano de la entrevista STIPO-R y que la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, diferencia adecuadamente los niveles progresivos de patología de la personalidad preestablecidos por la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016). Se confirma, además, mediante los análisis ROC, que la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, distingue con precisión si el sujeto evaluado tiene diagnóstico de personalidad patológica según el modelo de Kernberg (OLP) o no tiene dicho diagnóstico. Por tanto, todos los dominios clínicos de la versión en castellano de la STIPO-R (Identidad, Defensas primitivas, Defensas de nivel avanzado, Relaciones de objeto, Agresión y Valores morales) y también la Escala de Narcisismo de la STIPO-R, realizan una alta discriminación entre personalidad patológica y personalidad normal (Hosmer y Lemeshow, 2013). Asimismo, los resultados del presente estudio confirman el mejor punto de corte (cutoff) de la versión en castellano de la STIPO-R, que, con una sensibilidad y especificidad muy elevadas, permite predecir si un sujeto de la muestra estudiada



tiene diagnóstico de OLP (pertenece al grupo clínico) o no tiene diagnóstico de OLP (pertenece al grupo control). Dicho punto de corte óptimo está entre 0.40 y 0.52 (AUC, Newman y cols., 2009; DeLong y cols., 1988; Accuracy Ratio (Hosmer y Lemeshow, 2013) y Youden Index (Youden, 1950). Valores superiores a dichas puntuaciones serán predichos como pertenecientes al grupo clínico, y como grupo control, el resto.

No hay datos publicados, hasta la fecha, de estudios que hayan realizado análisis ROC, ni que hayan estudiado el establecimiento de punto de corte óptimo (cutoff) de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), ni de los instrumentos antecedentes de esta (IPO, Clarkin y cols., 1995; STIPO, Clarkin y cols., 2007). Sin embargo, sí se han realizado comparaciones de puntuaciones medias en los estudios realizados con la STIPO (Clarkin y cols., 2007). Todos los resultados obtenidos en el presente estudio van en la misma dirección que los estudios previos realizados con la STIPO (Clarkin y cols., 2007), que aportaron evidencia de que la STIPO discrimina a los pacientes con OLP de aquellos que no la tienen (Hörz y cols. 2009). Preti (2011) ya confirmó que las puntuaciones medias de las tres dimensiones principales de la STIPO para diagnosticar presencia de OLP, es decir, Identidad, Defensas primitivas y Prueba de realidad (Clarkin y cols., 2007) fueron significativamente superiores en el grupo clínico de su muestra que en el grupo control (Preti, 2011, Preti y cols., 2012). Asimismo, los resultados de Döering y cols. (2013) fueron también que la STIPO (Clarkin y cols., 2007) fue capaz de diferenciar entre pacientes con y sin TP y entre diferentes grados de gravedad entre los pacientes con TP, es decir, la STIPO (Clarkin y cols., 2007) diferenció también su grado de deterioro en el funcionamiento personal, de acuerdo con el Criterio A del MATP del DSM-5 (APA, 2013) (Döering y cols., 2013).

Por tanto, los resultados obtenidos en el presente estudio verifican empíricamente la hipótesis formulada de que la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, es capaz de diferenciar adecuadamente entre personalidad normal y personalidad patológica según el modelo de Kernberg (Kernberg y Caligor, 2005), es decir, discrimina correctamente sujetos con OLP de aquellos que no tienen dicho diagnóstico (tiene adecuadas propiedades de sensibilidad y especificidad), y diferencia niveles progresivos de personalidad patológica, con un punto de corte

óptimo, en los datos recogidos en la muestra estudiada en la presente tesis doctoral.

No obstante, los resultados del cutoff obtenido en el presente estudio (0.4 y 0.52) son discrepantes respecto al criterio de patología de la personalidad especificado en el manual de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2019). En dicho manual, como se ha comentado ya en la introducción de la presente tesis doctoral, una puntuación de 0 indica que el sujeto evaluado tiene una estructura de la personalidad normal; una puntuación  $>$  que 0 y hasta 1 indica que el sujeto evaluado estaría en los niveles de personalidad neurótica tipificados por la entrevista. Y un resultado  $>$  1 indica que el sujeto evaluado cumple criterios para OLP, siendo el nivel de OLP más severo a mayor puntuación (Clarkin y cols., 2019). Estos resultados pueden explicarse mejor porque, como se ha comentado ya en la introducción del presente estudio, se incluyeron en el grupo clínico de la muestra pacientes con criterios de TP según el Manual DSM evaluados mediante un instrumento categorial, la SCID-II (First y cols., 1997), que, según algunos autores, es un instrumento relativamente poco específico para el diagnóstico de algunos trastornos de personalidad como son el narcisista y el límite (Pérez Prieto, 2001). Estos sujetos fueron posteriormente evaluados mediante la entrevista STIPO-R en su versión en castellano, obteniendo los distintos niveles de organización de la personalidad según la STIPO-R (que incluyen también la personalidad neurótica, considerada patológica desde el modelo de Kernberg, cuyas puntuaciones medias según la entrevista son inferiores a 1, y que no pertenece a la categoría de OLP o borderline). Además, el cutoff se calcula desde el único punto en el que hay variabilidad, que sólo se da en 6 sujetos del grupo clínico. Por tanto, lo esperable es que las puntuaciones medias del grupo clínico de la muestra del presente estudio en la STIPO-R sean menores y, en consecuencia, también lo sea el cutoff identificado para la muestra estudiada.

Las implicaciones clínicas de los hallazgos confirmados en el presente estudio son de interés para los clínicos, tanto en la práctica clínica habitual, como en investigación. De un lado, permiten al clínico y al investigador diferenciar adecuadamente entre personalidad normal y personalidad patológica mediante un instrumento con una adecuada sensibilidad o capacidad para identificar correctamente personas con personalidad patológica (verdaderos positivos) y

especificidad o capacidad para identificar correctamente personas que no la tienen (o verdaderos negativos) (Trevethan, 2017). Asimismo, permite evaluar distintos grados de severidad en la personalidad patológica, o de deterioro en el funcionamiento personal en línea con el MATP del DSM-5 (APA, 2013). Como ya se ha comentado en la introducción de la presente tesis doctoral, el DSM-5, en su nuevo MATP (APA, 2013) ha incluido la evaluación del grado de deterioro en el funcionamiento personal como criterio diagnóstico de los TP (Criterio A; Morey, 2017) en la evaluación de la personalidad patológica (APA, 2013; Bender y cols., 2018). En él se evalúa la discapacidad en cada uno de sus subcriterios, que son: el self (identidad y autodirección) y las relaciones interpersonales (empatía e intimidad) (APA, 2013). El grado de discapacidad del self se evalúa en la STIPO-R, mediante los dominios STIPO-R Identidad, Defensas primitivas y Defensas de nivel avanzado, criterios centrales para evaluar OLP desde el modelo de personalidad de Kernberg (Kernberg, 2016b). Asimismo, la STIPO-R incorpora también la evaluación del deterioro en el funcionamiento personal e interpersonal mediante las dimensiones Relaciones de objeto, Agresión y Valores morales. Por tanto, la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, permite evaluar OLP en profundidad en línea con el MATP del DSM-5 (APA, 2013) y, además, de forma ágil (tiene 55 ítems) ya que es más breve que otros instrumentos de evaluación diagnóstica de la personalidad.



# **LIMITACIONES Y PROPUESTAS PARA FUTUROS ESTUDIOS**



## 8. LIMITACIONES Y PROPUESTAS PARA FUTUROS ESTUDIOS

El objetivo principal del presente estudio ha sido disponer de un instrumento en castellano (la entrevista STIPO-R) que permita diferenciar personalidad normal de personalidad patológica, realizar diagnóstico de la estructura de la personalidad, sus alteraciones psicopatológicas y el funcionamiento personal (organización límite de la personalidad) según el modelo de Kernberg, de forma ágil, con evidencias de validez y con confiabilidad (consistencia interna), desde una perspectiva categorial y dimensional, aumentando y mejorando la información obtenida por el clínico en su práctica clínica en el proceso diagnóstico de los TP.

Aunque en la presente tesis doctoral se han obtenido buenos resultados con relación al objetivo general planteado, todo estudio tiene limitaciones, que se comentan a continuación, en función de los objetivos secundarios del presente estudio.

Respecto a los criterios de inclusión de la muestra, uno de ellos ha sido tener un coeficiente intelectual dentro de la normalidad, lo cual no se ha evaluado mediante ningún instrumento, sino únicamente teniendo en cuenta la impresión clínica de la evaluadora (autora de la presente tesis doctoral) respecto a la capacidad de comprensión de las preguntas de las pruebas realizadas por parte de los participantes. Por tanto, sería interesante desarrollar otros estudios en el futuro que evaluaran este aspecto en los sujetos integrantes de la muestra.

En relación con las características clínicas de la muestra, tanto éste como los estudios antecedentes (Stern y cols., 2010; Preti, 2011; Preti y cols., 2012, 2015; Döering y cols., 2013; Cosentino, 2017; Hörz-Sagstetter y cols. 2021a y Unoka y cols., 2022), fueron realizados con muestras que incluyeron, tanto sujetos con diagnóstico de TP (en un grupo clínico), como sujetos sin ese diagnóstico (en un grupo control). En el caso de los estudios mencionados, las muestras incluían pacientes tanto ambulatorios como no ambulatorios y tanto de la red pública de salud mental como de la práctica privada, a diferencia del presente estudio, cuya



muestra está formada por un grupo clínico de pacientes ambulatorios con diagnóstico de TP y un grupo control de sujetos sin diagnóstico de TP en los últimos diez años, siendo la muestra de conveniencia y no probabilística, lo que permite generalizar los resultados a sujetos con las mismas características de la muestra estudiada (Andrade, 2021). Por tanto, en el futuro sería interesante realizar otros estudios con muestras clínicas no ambulatorias, para comprobar si se replican los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral. No obstante, si los resultados obtenidos en el presente estudio indican que la STIPO-R en su versión en castellano es un buen instrumento de medida psicopatológico y permite diferenciar personalidad normal de personalidad patológica, otros estudios futuros realizados con muestras no ambulatorias muy probablemente irán en la dirección de corroborar los hallazgos de la presente tesis doctoral.

En general, el hecho de que la presente tesis doctoral es el primer estudio realizado de validación de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016), ha supuesto que no se hayan podido comparar los resultados del presente estudio con otros estudios antecedentes realizados con la misma entrevista. Por tanto, sería necesario seguir realizando en el futuro otros estudios de validación de la STIPO-R con los que poder comparar los resultados de la presente tesis doctoral en todos los aspectos de validez y fiabilidad evaluados.

En relación con el Objetivo 1 (evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba), aunque se han obtenido por primera vez buenos resultados de la adecuación de dicha evidencia de validez, sería interesante considerar dos aspectos en otros futuros estudios. De un lado, seguir desarrollando otros futuros estudios para ver si se replican los presentes resultados. De otro lado, tener en cuenta que los desarrollos actuales respecto al constructo psicopatológico Narcisismo, como se ha comentado ya en la discusión del presente estudio, aportan evidencia de la existencia de dos características centrales del constructo narcisismo: la Grandiosidad y la Vulnerabilidad, con características diferenciales. El MATP del Manual DSM-5 (APA, 2013) tiene en cuenta únicamente la Grandiosidad como criterio diagnóstico y la STIPO-R, en su Escala de Narcisismo, no diferencia en su exploración el narcisismo grandioso del narcisismo vulnerable. Por tanto, sería interesante

desarrollar futuros estudios con el objetivo de revisar la Escala de Narcisismo de modo que permitiese, además, la exploración exhaustiva y diferenciada de los rasgos de Grandiosidad y de Vulnerabilidad. Ello permitiría a los clínicos la diferenciación entre el Narcisismo vulnerable y el Narcisismo grandioso que diversos autores consideran fundamental (Loeffler y cols., 2020) y que puede observarse en la práctica clínica habitual.

En cuanto al Objetivo 2 (evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en la estructura interna de la prueba), el tamaño muestral ha sido el adecuado (Steiger y Lind, 1980; Cohen, 1992; Ferrando y cols., 2022) y ha permitido confirmar por primera vez los 6 dominios psicopatológicos de la STIPO-R. En este sentido, queremos subrayar la importante dificultad y el elevado coste que ha supuesto reclutar la muestra del presente estudio de tesis doctoral, aspecto también reconocido por algunos autores (Ferrando y cols., 2022). Por tanto, aunque la evidencia obtenida de la estructura interna de la STIPO-R respecto a sus 6 dominios psicopatológicos ha sido favorable, sería interesante seguir desarrollando en el futuro otros estudios con mayor tamaño muestral para ver si se replican los resultados del presente estudio respecto a los 6 dominios psicopatológicos confirmados en el presente estudio y también en la confirmación de los 11 subdominios psicopatológicos de la STIPO-R. No obstante, si la evidencia obtenida en el presente estudio de la estructura interna de la STIPO-R respecto a sus 6 dominios psicopatológicos ha sido favorable, muy probablemente, futuros estudios irán en la dirección de corroborar la evidencia obtenida en la presente tesis doctoral.

Respecto al Objetivo 3 del presente estudio (evaluar la confiabilidad -consistencia interna- de la versión en castellano de la STIPO-R), si bien se ha confirmado la hipótesis de que la STIPO-R tiene una adecuada confiabilidad (consistencia interna), sería interesante desarrollar otros estudios en el futuro que permitiesen ver si se replican estos buenos resultados. Sin embargo, si la evidencia obtenida en la presente tesis doctoral respecto a la aceptable consistencia interna de la versión en castellano de la STIPO-R ha sido favorable, muy probablemente, otros futuros estudios irán en la misma dirección de confirmarla. Asimismo, sería interesante desarrollar otros estudios en el futuro que también evaluaran otros tipos

de evidencia de la fiabilidad de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, como son, la fiabilidad test – retest y la fiabilidad entre distintos evaluadores.

En relación con los Objetivos 4 (evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en las relaciones con otras variables) y 5 (evaluar la evidencia de validez de que la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica), la primera limitación a comentar tiene relación con el hecho de que no se ha podido calcular la invariancia de la medida previamente a la comparación de ambos grupos de la muestra, debido a la falta de variabilidad del grupo control en el dominio clínico Agresión. A este respecto, y desde un punto de vista clínico, sería poco razonable esperar variabilidad de respuestas por parte del grupo control en el dominio clínico Agresión, dado que la escala, por su naturaleza, en general evalúa conductas agresivas severas tanto autodirigidas como dirigidas a los demás (Clarkin y cols., 2019). Por lo que resulta difícil que un sujeto sin patología de la personalidad responda afirmativamente a la mayor parte de ellas. Desde una perspectiva psicométrica, el cálculo de la invariancia es considerado por algunos autores como requisito previo a cualquier comparación de las puntuaciones medias entre grupos, con el objetivo de que el constructo evaluado sea entendido y medido de forma equivalente en los grupos comparados, de modo que las respuestas a los ítems individuales se explicarían por los mismos factores latentes del constructo (Hirschfeld y Brachel, 2014; Svetina y cols., 2020). Dicho cálculo se ha convertido en una recomendación habitual (Meuleman y cols., 2022; Putnick y Bornstein, 2016). Sin embargo, el cálculo de la invariancia entre grupos es relativamente reciente, estando algunos aspectos de este en pleno debate en la actualidad. Por ejemplo, no hay acuerdo en cuanto a si la no-invariancia de la medida o la imposibilidad de calcularla, es realmente un impedimento para comparar los grupos (Welzel y cols., 2021; Robitzsch y Lüdtke, 2023), ni sobre si los métodos habitualmente recomendados para calcular la invariancia (análisis confirmatorios en múltiples grupos) son realmente adecuados (Jiang y cols., 2017; Protzko, 2022). Algunos autores de reconocida trayectoria en el ámbito de estudio de la personalidad, como David Funder, se han posicionado claramente en contra de que la invariancia sea un requisito previo a comparar grupos (Funder, 2020), entre otros

motivos porque la invariancia no es una cuestión dicotómica, dado que muchos cuestionarios son invariantes en cuanto a variables como son el sexo o la edad, pero casi ninguno ha resultado invariante transculturalmente (Dong y Dumas, 2020), y los datos publicados de invariancia entre grupos clínicos y grupos control son escasos (Funder, 2020).

En consecuencia, aunque los resultados del presente estudio confirman la hipótesis de que la versión en castellano de la STIPO-R tiene relación tanto con la SCID-II (perspectiva categorial) como con el PID-5 (perspectiva dimensional), y también confirman la hipótesis de que la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal de personalidad patológica, sería interesante seguir desarrollando otros futuros estudios con muestras más amplias que permitiesen el cálculo de la invariancia entre grupos para ver si se replican los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, los cuales deben interpretarse con precaución y teniendo en cuenta esta limitación.

La segunda limitación tiene que ver con el punto de corte óptimo (cutoff). Aunque los resultados obtenidos en el presente estudio han sido adecuados respecto a la sensibilidad y especificidad de la STIPO-R (Clarkin y cols., 2016) en su versión en castellano, sería interesante desarrollar otros futuros estudios con un mayor tamaño muestral que permitiesen tener una mayor variabilidad en las puntuaciones y confirmar si se replican los resultados obtenidos en el presente estudio. No obstante, si la evidencia obtenida de las adecuadas sensibilidad y especificidad de la STIPO-R en su versión en castellano ha resultado favorable, muy probablemente, otros futuros estudios realizados con mayor tamaño muestral irán en la dirección de corroborar la evidencia obtenida en el presente estudio.

Respecto a las evidencias de validez, en la presente tesis doctoral se han estudiado: la evidencia de validez basada en el contenido de la prueba (Objetivo 2), la evidencia de validez basada en la estructura interna de la prueba (Objetivo 3) y la evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables (Objetivo 4) (Arias y Sireci, 2021). Los resultados obtenidos en todas ellas han sido adecuados. Sin embargo, los Standards for Educational and Psychological Testing (AERA y NCME, 2014) señalan la necesidad de complementar los estudios de evidencia de

validez mencionados, también con el estudio de la evidencia de validez basada en el proceso de respuesta de la prueba estudiada y la evidencia de validez basada en las consecuencias derivadas del uso para el que se proponen (Arias y Sireci, 2021). Por tanto, resultaría interesante seguir llevando a cabo en el futuro otros estudios para ver si se replican los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, al respecto de las evidencias de validez estudiadas, y en los que, además, se evaluarán las evidencias de validez que no se han evaluado en el presente estudio (la evidencia de validez basada en el proceso de respuesta de la STIPO-R y la evidencia de validez basada en las consecuencias derivadas del uso para el que se propone la STIPO-R).

# **CONCLUSIONES**





## 9. CONCLUSIONES

Respecto al objetivo principal de la presente tesis doctoral, disponer de un instrumento en castellano (la STIPO-R) que permita diferenciar personalidad normal de personalidad patológica, realizar diagnóstico de la estructura de la personalidad, sus alteraciones psicopatológicas y el funcionamiento personal (organización límite de la personalidad) según el modelo de Kernberg, de forma ágil, con evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna) y, desde una perspectiva categorial y dimensional, aumentando y mejorando la información obtenida por el clínico en su práctica clínica en el proceso diagnóstico de los TP, se han estudiado por primera vez la confiabilidad (consistencia interna) de la STIPO-R y tres de sus evidencias de validez, obteniendo evidencia de que la STIPO-R es un instrumento con evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna).

A continuación, se comentan las conclusiones en función de los objetivos secundarios de la presente tesis doctoral.

Respecto al Objetivo 1, evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba (validez de contenido), se obtienen por primera vez buenos resultados de la adecuación de dicha evidencia de validez.

En cuanto al Objetivo 2, evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en la estructura interna de la prueba (validez estructural), se obtiene por primera vez evidencia empírica de que la versión en castellano de la STIPO-R tiene una estructura formada por 6 dominios psicopatológicos y 55 ítems, confirmando que son: 1) Identidad (ítems 1 a 15); 2) Relaciones de Objeto (ítems 16 a 30); 3) Defensas Primitivas o de nivel inferior (ítems 31 a 36); 4) Defensas avanzadas o de nivel superior (ítems 37 a 40); 5) Agresión (ítems 41 a 49) y 6) Valores Morales (ítems 50 a 55), tal y como proponen los autores de la versión en inglés Clarkin y cols. (2016, 2019). Dichos dominios psicopatológicos clave en el modelo de Kernberg para evaluar OLP y TP, son considerados también dominios

clave en su evaluación por diversos autores de distintos modelos teóricos de referencia. Asimismo, la Identidad y las Relaciones de Objeto (entendidas como relaciones interpersonales) están incorporados en el MATP del Manual DSM-5 (Criterio A).

En relación con el Objetivo 3 de la presente tesis doctoral, evaluar la confiabilidad (consistencia interna) de la versión en castellano de la STIPO-R, se confirma por primera vez la hipótesis de que la versión en castellano de la STIPO-R tiene una confiabilidad (consistencia interna) adecuada.

Respecto al Objetivo 4, evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en la relación con otras variables (validez concurrente), se confirma por primera vez la hipótesis de dicha evidencia de validez tanto con la SCID-II respecto a los sujetos del grupo clínico de la muestra clasificados por la SCID-II como pertenecientes al Clúster B (perspectiva categorial), como con el PID-5 respecto a toda la muestra (perspectiva dimensional).

En cuanto al Objetivo 5, estudiar si la versión en castellano de la STIPO-R diferencia adecuadamente personalidad normal y personalidad patológica (validez de criterio), se confirma por primera vez la hipótesis de que sí las diferencia adecuadamente.

Como conclusiones finales, la versión en castellano de la STIPO-R:

- Es la única entrevista semiestructurada validada en castellano que, en el momento presente, discrimina adecuadamente y de forma ágil, estructura de la personalidad normal y estructura de la personalidad patológica.
- Es un buen instrumento de medida psicopatológico que permite evaluar de forma ágil, exhaustiva y en profundidad la personalidad del paciente desde el modelo estructural de la personalidad de Kernberg, el cual integra las perspectivas categorial y dimensional en línea con el MATP del Manual DSM-5.

- Permite evaluar también, simultáneamente, la severidad, proporcionando al clínico un perfil del funcionamiento personal del paciente, que va desde áreas adecuadas (saludables o de menor severidad) a inadecuadas (patológicas, con progresivos grados de severidad). Esto es, niveles de OLP progresivamente más graves que permiten al clínico tomar decisiones ágiles respecto de varios aspectos fundamentales en la práctica clínica:
  - En primer lugar, ayuda a decidir acerca de las posibilidades de un paciente de ser tratado, no incluyendo en los tratamientos pacientes con niveles muy bajos de OLP, como la OLP con estructura Narcisista de mayor gravedad, cercana a la estructura antisocial o la OLP con estructura Antisocial.
  - En segundo lugar, permite al clínico realizar indicaciones de tratamiento atendiendo a la severidad del paciente y a planificarlo de forma ágil, estableciendo objetivos prioritarios y jerarquizados en aquellas áreas más disfuncionales para el paciente.
  - En tercer lugar, facilita la organización y jerarquización de niveles progresivos de tratamiento (ambulatorio, hospital de día, subagudos o rehabilitación).

Por tanto, la versión en castellano de la STIPO-R es un instrumento prometedor y valioso para su uso en la práctica clínica tanto en la red pública como privada de salud mental. Su aplicabilidad clínica se basa tanto en su potencia diagnóstica, como de apoyo a las decisiones del clínico en la inclusión de los pacientes en programas especializados de tratamiento y en la planificación de este, permitiendo establecer objetivos de tratamiento claros y jerarquizarlos en las áreas más disfuncionales para el paciente; realizar indicaciones de los niveles de tratamiento adecuados a las necesidades del paciente y economizando tiempo y recursos, lo que es fundamental en nuestro entorno asistencial.



# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, C., Marín, M.A., y Arévalo, M.C. (2020) Caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad. *Poliantea*, Enero – junio, 15(26), 26-31. doi: 10.15765/poliantea.v15i26.1499.

Ackerman, R.A., Donnellan, M.B., y Wright, A.G.C. (2019). Current conceptualizations of narcissism. *Current Opinion in Psychiatry*, Jan;32(1), 32-37. doi: 10.1097/YCO.0000000000000463.

Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., y Bagby, R. M. (2016). A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current Status and Future Directions. *Journal of personality assessment*, 98(1), 62-81. Erratum in: *Journal of personality assessment*. 2018 Jul-Aug;100(4):448. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1107572>.

Aluja, A., Lucas, I., Blanch, A., García, O., y García, L. F. (2018). The Zuckerman-Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire shortened form (ZKA-PQ/SF). *Personality and Individual Differences*, 134, 174-181. doi:10.1016/j.paid.2018.06.015.

Álvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., Bauzá, J., y Pascual, J.C. (2017). Long-Term Course of Borderline Personality Disorder: A Prospective 10-Year Follow-Up Study. *Journal of Personality Disorders*, Oct;31(5), 590-605. doi: 10.1521/pedi\_2016\_30\_269.

Alzueta, M. (2016): *La medición de la personalidad. Propuesta de los Cinco Grandes* (Costa y McCrae). En: *La medición de la personalidad*. Costa y Mc. Rae. Los cinco grandes - Instituto Ananda. <https://institutoananda.es/costa-y-mc-rae-la-medicion-de-la-personalidad-los-cinco-grandes/>.

American Education Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (1985). *Standards for Educational and Psychological Testing 1985*. Washington, DC: American Education Research Association.

American Education Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing 1999*. Washington, DC: American Education Research Association.

American Education Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing 2014*. Washington, DC: American Education Research Association.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual mental disorders (3rd. edition). DSM III*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* New York: American Psychiatric Association.



- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual mental disorders* (4th. edition). *DSM IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual (Fifth edition)*. *DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, J.L., y Sellbom, M. (2018). Evaluating the DSM-5 Section III personality disorder impairment criteria. *Personality Disorders*, Jan;9(1), 51-61. doi: 10.1037/per0000217.
- Anderson, T.W. (1984). *An Introduction to Multivariate Statistical Analysis*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Andrade, C. (2021). The Inconvenient Truth About Convenience and Purposive Samples. *Indian Journal of Psychological Medicine*, Jan;43(1), 86-88. doi: 10.1177/0253717620977000.
- Andrews, G., Singh, M., y Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256. doi: 10.1097/00005053-199304000-00006.
- Angulo-Brunet, A., y Viladrich, C. (2017). SubscaleExplorer: Psychometric scale explorer and management. R package version 0.1.1. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/319058665\\_SubscaleExplorer\\_Un\\_paquete\\_de\\_R\\_para\\_la\\_gestion\\_y\\_descripcion\\_de\\_subescalas\\_psicometricas](https://www.researchgate.net/publication/319058665_SubscaleExplorer_Un_paquete_de_R_para_la_gestion_y_descripcion_de_subescalas_psicometricas).
- Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R.B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A.M., y Rao, S. M. (2018). Journal article reporting standards for quantitative research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *The American Psychologist*, 73(1), 3–25. Erratum in: *The American Psychologist*. 2018 Oct;73(7):947. <https://doi.org/10.1037/amp0000191>
- Arias, A., y Sireci, S. (2021). Validez y Validación para Pruebas Educativas y Psicológicas: Teoría y Recomendaciones. *Revista Iberoamericana de Psicología*,14(1), 11–22. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14102>.
- Armesto, D. (2011): Pruebas diagnósticas: curvas ROC. *Revista Electrónica de Biomedicina / Electronic Journal of Biomedicine*, 1, 77-82. <http://biomed.uninet.edu/2011/n1/armesto.pdf>.
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M., y de Bie, A. J. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45–59. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.1.45.24053>.
- Bach, B., Somma, A., y Keeley, J.W. (2021). Editorial: Entering the Brave New World of ICD-11 Personality Disorder Diagnosis. *Frontiers in Psychiatry*, Nov 17, 12, 793133. doi: 10.3389/fpsy.2021.793133.

- Bainbridge, T.F., Ludeke, S.G., y Smillie, L.D. (2022). Evaluating the Big Five as an organizing framework for commonly used psychological trait scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 122(4), 749–777. <https://doi.org/10.1037/pspp0000395>
- Barchi-Ferreira Bel, A.M., y Osório, F.L. (2020). The Personality Inventory for DSM-5: Psychometric Evidence of Validity and Reliability-Updates. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(4), 225-237. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000261>
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M.J., Tejero, A., Pascual, J.C., Alvarez, E., Zanarini, M.C., y Pérez Sola, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R) [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R)]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Sep-Oct;32(5), 293-298.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., Vanwalleghem, D., Vermote, R., Lowyck, B., Claes, S., y De Hert, M. (2016). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment*, 23(1), 42–51. <https://doi.org/10.1177/1073191115575069>.
- Bayes, A.J., y Parker, G.B. (2020). Differentiating borderline personality disorder (BPD) from bipolar disorder: diagnostic efficiency of DSM BPD criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Feb;141(2), 142-148. doi: 10.1111/acps.13133.
- Beeney, J.E., Hallquist, M.N., Clifton, A.D., Lazarus, S.A, y Pilkonis, P.A. (2018). Social disadvantage and borderline personality disorder: A study of social networks. *Personality Disorders*, Jan;9(1), 62-72. doi: 10.1037/per0000234.
- Ben-Porath, Y.S., y Tellegen, A. (2008). Empirical correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in mental health, forensic, and nonclinical settings: an introduction. *Journal of Personality Assessment*, Mar;90(2), 119-121. doi: 10.1080/00223890701845120
- Ben-Porath, Y.S., y Tellegen, A. (2012). *MMPI-2-RF: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*: Manual. Madrid: TEA.
- Bender, D.S., Skodol, A.E., First, M. B., y Oldham, J.M. (2018). *Structured Clinical Interview for the DSM–5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID–5–MPD), Module I: Level of Personality Functioning Scale*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Bentler, P.M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Bentler P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Berenson, K.R., Johnson, J.C., Zhao, F., Nynaes, O., y Goren, T. (2018). Borderline personality features and integration of positive and negative thoughts about significant others. *Personality Disorders*, Sep;9(5), 447-457. doi: 10.1037/per0000279.

- Bermúdez, J. (1996). *Modelos teóricos en Psicología de la Personalidad*. En J. Bermúdez (Ed.): *Psicología de la Personalidad* (pp. 39-47). Madrid. UNED.
- Bernstein, E.M., y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735. doi: 10.1097/00005053-198612000-00004.
- Bewick, V., Cheek, L., y Ball, J. (2004). Statistics review 13: receiver operating characteristic curves. *Critical Care (London, England)*, 8(6), 508–512. <https://doi.org/10.1186/cc3000>.
- Bilotta, E., Carcione, A., Fera, T., Moroni, F., Nicolò, G., Pedone, R., Pellecchia, G., Semerari, A., y Colle, L. (2018). Symptom severity and mindreading in narcissistic personality disorder. *PLoS One*, Aug 15;13(8), e0201216. doi: 10.1371/journal.pone.0201216.
- Bloo, J.H., Arntz, A.R., y Schouten, E.G. (2017). The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Roczniki Psychologiczne / Annals of Psychology*, XX(2), 311-336. doi: 10.18290/RPSYCH.2017.20.2-3EN.
- Boateng, G.O., Neilands, T.B., Frongillo, E.A., Melgar-Quiñonez, H.R., y Young, S.L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, Jun 11;6, 149. doi: 10.3389/fpubh.2018.00149.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, R.D., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philipsen, A., y Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. doi: 10.1159/000173701.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., y Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, Oct 23;398(10310), 1528-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00476-1.
- Boot, K., Wiebenga, J.X.M., Eikelenboom, M., van Oppen, P., Thomaes, K., van Marle, H.J.F, y Heering, H.D. (2022). Associations between personality traits and suicidal ideation and suicide attempts in patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, Jan;112, 152284. doi: 10.1016/j.comppsy.2021.152284.
- Brown, T. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Second Edition. New York: Guilford Press.
- Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., Pokorny, D., y Fischer-Kern, M. (2017). Change of Unresolved Attachment in Borderline Personality Disorder: RCT Study of Transference-Focused Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 314-316. doi: 10.1159/000460257.

Buchheim, A., Doering, S., Feil, M.G., Clarkin, J.F., Dammann, G., y Zimmermann, J. A (2021). Bifactor Model of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, Mar-Apr;103(2), 149-160. doi: 10.1080/00223891.2019.1705463.

Buer Christensen, T., Eikenaes, I., Hummelen, B., Pedersen, G., Nysæter, T.E., Bender, D.S., Skodol, A.E., y Selvik, S.G. (2020). Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning-Concurrent validity of criterion A. *Personality Disorders*, Mar;11(2), 79-90. doi: 10.1037/per0000352.

Buse, A. (1982). The Likelihood Ratio, Wald, and Lagrange Multiplier Tests: An Expository Note. *The American Statistician*, 36(3), 153–157. doi.org/10.2307/2683166.

Busmann, M., Meyer, A.H., Wrege, J., Lang, U.E., Gaab, J., Walter, M., y Euler, S. (2021). Vulnerable narcissism as beneficial factor for the therapeutic alliance in borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Sep;28(5), 1222-1229. doi: 10.1002/cpp.2570.

Buss, A.H., y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21(4), 343-349. https://doi.org/10.1037/h0046900.

Buss, A.H., y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452.

Butler, A.C., Beck, A.T. y Cohen, L.H. (2007). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and Preliminary Findings. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 357-370. doi.org/10.1007/s10608-006-9041-x.

Cabero, J., y Llorente, M.C. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC). *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7(2), 11-22. http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/eduweb/v7n2/art01.pdf.

Calvo, N., Caseras, X., Gutiérrez, F., y Torrubia, R. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) [Spanish version of the personality diagnostic questionnaire-4+ (PDQ-4+)]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Jan-Feb;30(1), 7-13.

Calvo, N., Valero, S., Arntz, A., Andión, Ó., Matalí, J.L., Navascues, V., Ramos-Quiroga, J.A., Casas, M., y Ferrer, M. (2018). Borderline Personality Disorder Checklist--Spanish Version (BPD Checklist). APA PsycTests. *The European Journal of Psychiatry*, 31(1), 26-35. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.08.003.

Campbell, J.D., Trapnell, P.D., Heine, S.J., Katz, I.M., Lavalley, L.F., y Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-156. doi:10.1037/0022-351470.1.141.

- Campbell, K., Clarke, K.A., Massey, D., y Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International Journal of Mental Health Nursing*, Oct;29(5), 972-981. doi: 10.1111/inm.12737.
- Cattell, R.B.; Cattell, A.K., y Cattell, H.E.P. (1995). *16 PF-5. Cuestionario Factorial de Personalidad*. Madrid: TEA ediciones.
- Cardenal, V., y Sánchez, M., (2007) *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Casale, S., Fioravanti, G., Rugai, L., Flett, G.L., Hewitt, y P.L. (2020). What Lies Beyond the Superordinate Trait Perfectionism Factors? The Perfectionistic Self-Presentation and Perfectionism Cognitions Inventory Versus the Big Three Perfectionism Scale in Predicting Depression and Social Anxiety. *Journal of Personality Assessment*, May-Jun;102(3), 370-379. doi: 10.1080/00223891.2019.1573429.
- Cattell, R. B., y Mead, A. D. (1949). *The Sixteen Personality Factor questionnaire (16PF)*. Champaign: IPAT.
- Cattell, H.E.P., y Mead, A.D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). En G.J. Boyle, G. Matthews, y D.H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, Vol. 2. *Personality Measurement and Testing* (pp. 135–159). London, UK: Sage Publications, Inc. doi.org/10.4135/9781849200479.n7.
- Cattell, R.B. (1979). *Personality and Learning Theory. Volume I. The Structure of Personality in its Environment*. New York: Springer.
- Caprara, G.V., y Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511812767>.
- Cavelti, M., Thompson, K., Chanen, A.M., y Kaess, M. (2021). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects. *Current Opinion in Psychology*, Feb;37, 26-31. doi: 10.1016/j.copsy.2020.07.003.
- Cea, M.A (2004). *Análisis multivariable Teoría y práctica en la investigación social (Multivariate analysis Theory and practice in social research)*. Madrid: Síntesis.
- Champel, A.M. (2018). *Reorganización estructural de los trastornos de personalidad y medición de su significación clínica* [Tesis]. Bellaterra, España: Universidad Autónoma de Barcelona. [https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=27\\_2934](https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=27_2934).
- Chanen, A., Sharp, C., y Hoffman, P. (2017). Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*, Jun;16(2), 215-216. doi: 10.1002/wps.20429.
- Chanen, A.M. (2021). Bigotry and borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, Dec;29(6), 579-580. doi: 10.1177/10398562211045151.



Chiesa, M., Cirasola, A., Williams, R., Nassisi, V., y Fonagy, P. (2017). Categorical and dimensional approaches in the evaluation of the relationship between attachment and personality disorders: an empirical study. *Attachment and Human Development*, Apr;19(2), 151-169. doi: 10.1080/14616734.2016.1261915.

Chu, J., Zheng, K., y Yi, J. (2022). Aggression in borderline personality disorder: A systematic review of neuroimaging studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Mar 8;113, 110472. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110472.

Clark, L.A. (1993). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Clark, L. A., Nuzum, H., y Ro, E. (2018). Manifestations of personality impairment severity: comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and 'borderline' personality features. *Current Opinion in Psychology*, 21, 117-121. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.004>

Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., y Kernberg, O.F. (1995; rev. 1996. rev. 1998., rev. 2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)* (Revised Version 20.08.2001). Unpublished manuscript. White Plains, NY: Personality Disorders Institute, Cornell University Medical College.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O.F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, Feb;18(1), 52-72. doi: 10.1521/pedi.18.1.52.32769.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., y Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on Object Relations*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B., y Kernberg, O.F. (2007). *The Structured Interview for Personality Organization (STIPO)*. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf>.

Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B., y Kernberg, O.F. (2016). *The Structured Interview for Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York. [www.borderlinedisorders.com](http://www.borderlinedisorders.com).

Clarkin, J., y Preti, E. (2018<sub>a</sub>). La valutazione della personalità; la base necessaria per la pianificazione dei trattamenti. *Giornale Italiano di Psicologia*, 45(4), 825-832. DOI:10.1421/92993.

Clarkin, J.F., Cain, N.M, y Lenzenweger, M.F. (2018<sub>b</sub>). Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Current Opinion in Psychology*, Jun;21, 80-85. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.09.008.

- Clarkin, J.F. (2018c). Theories and Treatment of Borderline Personality Disorder: Commentary on Gunderson et al. *Journal of Personality Disorders*, Apr;32(2), 175-180. doi: 10.1521/pedi.2018.32.2.175.
- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B., y Kernberg, O.F. (2019). *Manual for the Structured Interview of Personality Organization - Revised (STIPO-R)*. <https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPORmanual.July2019FINALMod.pdf>.
- Clarkin, J.F., Caligor, E., y Sowislo, J.F. (2020). An Object Relations Model Perspective on the Alternative Model for Personality Disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53(3-4), 141-148. doi: 10.1159/000508353.
- Clarkin, J.F., Caligor, E., y Sowislo, J. (2021). TFP Extended: Development and Recent Advances. *Psychodynamic Psychiatry*, Summer;49(2), 188-214. doi: 10.1521/pdps.2021.49.2.188.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., y Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Cohen, J (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*. 23: 37–40. doi.org/10.1177/001316446002000104.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. doi.org/10.4324/9780203771587\_
- Coleman, S.R.M., Oliver, A.C., Klemperer, E.M., DeSarno, M.J., Atwood, G.S., y Higgins, S.T. (2022). Delay discounting and narcissism: A meta-analysis with implications for narcissistic personality disorder. *Personality Disorders*, May;13(3), 210-220. doi: 10.1037/per0000528.
- Colledani, D., Anselmi, P., y Robusto, E. (2018). Using Item Response Theory for the Development of a New Short Form of the Eysenck Personality Questionnaire-Revised. *Frontiers in Psychology*, Oct 2;9, 1834. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01834.
- Corr, P. J. y Matthews, G. (2020) *The Cambridge Handbook of Personality Psychology (2nd edition)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781108264822.
- Cosentino, S. (2017). *Validación de la versión española del Inventory of Personality Organization (IPO): contribución al psicodiagnóstico de la organización límite*. Tesis doctoral. Universidad Ramon Llull. Barcelona, España.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 362-371. doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.362.

- Costa, P.T., Jr., y McCrae, R.R. (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In G.J. Boyle, G. Matthews, y D.H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality Measurement and Testing* (pp. 179–198). London, UK: Sage Publications, Inc. doi.org/10.4135/9781849200479.n9.
- Crisp, H., y Gabbard, G.O. (2020). Principles of Psychodynamic Treatment for Patients with Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 143-158. doi:10.1521/pedi.2020.34.suppl.143.
- Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., Palomba, D., Barbui, C., y Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, Apr 1;74(4), 319-328. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. doi.org/10.1007/BF02310555.
- Crowe, M.L., Edershile, E.A., Wright, A.G.C., Campbell, W.K., Lynam, D.R., y Miller, J.D. (2018). Development and validation of the Narcissistic Vulnerability Scale: An adjective rating scale. *Psychological Assessment*, Jul;30(7), 978-983. doi: 10.1037/pas0000578.
- D'Agostino, A., Rossi Monti, M., y Starcevic, V. (2019). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, Jan;32(1), 22-26. doi: 10.1097/YCO.0000000000000462.
- Dammann, G., Rudaz, M., Benecke, C., Riemenschneider, A., Walter, M., Pfaltz, M.C., Küchenhoff, J., Clarkin, J.F., y Gremaud-Heitz, D.J. (2020). Facial Affective Behavior in Borderline Personality Disorder Indicating Two Different Clusters and Their Influence on Inpatient Treatment Outcome: A Preliminary Study. *Frontiers in Psychology*, Jul 29;11, 1658. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01658.
- Davison, M., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., y Kane, R.L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. doi.org/10.1177/107319119700400306.
- Deeks, J.J., y Altman, D.G. (2004). Diagnostic tests 4: likelihood ratios. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7458), 168–169. https://doi.org/10.1136/bmj.329.7458.168
- Deusinger IM (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)*. Göttingen: Hogrefe.
- DeYoung, C.G (2010): Toward a Theory of the Big Five, *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 21:1, 26-33. doi.org/10.1080/10478401003648674.
- Diamond, D., y Meehan, K.B. (2013). Attachment and object relations in patients with narcissistic personality disorder: implications for therapeutic process and outcome. *Journal of Clinical Psychology*, Nov;69(11), 1148-1159. doi: 10.1002/jclp.22042.



- Dellazizzo, L., Dugré, J.R., Berwald, M., Stafford, M.C., Côté, G., Potvin, S., y Dumais, A. (2018). Distinct pathological profiles of inmates showcasing cluster B personality traits, mental disorders and substance use regarding violent behaviors. *Psychiatry Research*, Feb;260, 371-378. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.006.
- DeLong, E.R., DeLong, D.M., y Clarke-Pearson, D.L. (1988) Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. *Biometrics*, 44, 837-45. doi.org/10.2307/2531595.
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., y Luyten, P. (2021). The role of impairments in self-other distinction in borderline personality disorder: A narrative review of recent evidence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Aug;127, 242-254. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.04.022.
- Derogatis LR. (1977) *SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine.
- Diamond, D., y Hersh, R.G. (2020). Transference-Focused Psychotherapy for Narcissistic Personality Disorder: An Object Relations Approach. *Journal of Personality Disorders*, Mar;34(Suppl), 159-176. doi: 10.1521/pedi.2020.34.suppl.159.
- Di Giacomo, E., Aspesi, F., Fotiadou, M., Arntz, A., Aguglia, E., Barone, L., Bellino, S., Carpiniello, B., Colmegna, F., Lazzari, M., Loretto, L., Pinna, F., Sicaro, A., Signorelli, M.S.; BRT Group, y Clerici, M. (2017). Unblending Borderline Personality and Bipolar Disorders. *Journal of Psychiatric Research*, Aug;91, 90-97. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.03.006.
- Di Giuseppe, M., Gennaro, A., Lingiardi, V., y Perry, J.C. (2019). The Role of Defense Mechanisms in Emerging Personality Disorders in Clinical Adolescents. *Psychiatry*, Summer;82(2), 128-142. doi: 10.1080/00332747.2019.1579595.
- Di Giuseppe, M., Perry, J.C., Conversano, C., Gelo, O.C.G., y Gennaro, A. (2020). Defense Mechanisms, Gender, and Adaptiveness in Emerging Personality Disorders in Adolescent Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Dec;208(12), 933-941. doi: 10.1097/NMD.0000000000001230.
- Di Pierro, R., Gargiulo, I., Poggi, A., Madeddu, F., y Preti, E. (2020). The Level of Personality Functioning Scale Applied to Clinical Material From the Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Utility in Detecting Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*, Mar 12, 1-15. doi: 10.1521/pedi\_2020\_34\_472.
- Dong, Y., y Dumas, D. (2020). Are personality measures valid for different populations? A systematic review of measurement invariance across cultures, gender, and age. *Personality and Individual Differences*, 160, 109956. doi:10.1016/j.paid.2020.109956.
- Döering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., y Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled

trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, May;196(5), 389-395. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177.

Döering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann, M., Hörz, S., y Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, Aug 13;13, 210. doi: 10.1186/1471-244X-13-210.

Dudas, R.B., Lovejoy, C., Cassidy, S., Allison, C., Smith, P., y Baron-Cohen, S. (2017). The overlap between autistic spectrum conditions and borderline personality disorder. *PLoS One*, Sep 8;12(9), e0184447. doi: 10.1371/journal.pone.0184447. Erratum in: *PLoS One*. 2018 Jan 2;13(1), e0190727.

Edershile, E.A., Woods, W.C., Sharpe, B.M., Crowe, M.L., Miller, J.D., y Wright, A.G.C. (2019). A day in the life of Narcissus: Measuring narcissistic grandiosity and vulnerability in daily life. *Psychological Assessment*, Jul;31(7), 913-924. doi: 10.1037/pas0000717.

Edershile, E.A., y Wright, A.G.C. (2021). Fluctuations in grandiose and vulnerable narcissistic states: A momentary perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, May;120(5), 1386-1414. doi: 10.1037/pspp0000370.

Ekselius, L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 123(4), 194-204. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>.

Ellison, W.D., y Levy, K.N. (2012). Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment*, 24(2), 503–517. <https://doi.org/10.1037/a0026264>

Epstein, J., Santo, R.M., y Guillemín, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*. Apr;68(4), 435-441. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.11.021.

Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6: 1, 27-36. [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio\\_de\\_expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf).

Esguevillas, A., (2017). *Correlación de la organización estructural de la personalidad con las características clínicas del trastorno límite de personalidad: un estudio con la entrevista STIPO* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Esguevillas, A., Díaz-Caneja, C.M., Del Rey-Mejías, A.L., García Bernardo, E., Delgado, C., Clarkin, J.F., y Carrasco JL. (2017) Personality organization and its association with clinical and functional features in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.03.

Eysenck, H.J., y Eysenck, S.B.G. (1969). *Personality structure and measurement*. Londres: Routledge.

Eysenck, H.J., y Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. Londres: Hodder y Stoughton.

Eysenck, H.J. (1981). *A model for personality*. Berlín: Springer-Verlag.

Fariba, K.A., Gupta, V., y Kass, E. (2022). Personality Disorder. In: *StatPearls*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Fertuck, E.A., Fischer, S., y Beeney, J. (2018). Social Cognition and Borderline Personality Disorder: Splitting and Trust Impairment Findings. *The Psychiatric Clinics of North America*, Dec;41(4), 613-632. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.003.

Ferrando, P.J., Lorenzo-Seva, U., Hernández-Dorado, A., y Muñiz, J. (2022). [Decalogue for the Factor Analysis of Test Items]. *Psicothema*, Feb;34(1), 7-17. Spanish. doi: 10.7334/psicothema2021.456.

Ferrer, A., Londoño, N.H., Calvete, E., y Krueger, R.F. (2019) Las propiedades psicométricas del Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5) en población clínica colombiana. *Universitas Psychologica* [revista en Internet], 18(1): [DOI](https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.ppoi); <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.ppoi>.

Ferrer, M., Andión, O., Calvo, N., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Kapusta, N., Schenider, G., Clarkin, J., Döering, S., y (European STIPO Research Group). (2018). Clinical Components of Borderline Personality Disorder and Personality Functioning. *Psychopathology*, 1-8. Doi: 10.1159/000486243.

Fisher, R. A. (1922). «On the interpretation of  $\chi^2$  from contingency tables, and the calculation of P». *Journal of the Royal Statistical Society*, 85 (1), 87-94. JSTOR 2340521. doi:10.2307/2340521.

Fitzgerald A. (2020). Professional identity: A concept analysis. *Nursing forum*, 55(3), 447–472. <https://doi.org/10.1111/nuf.12450>.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., y Williams, J.B. (1995) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute. doi: 10.1037/t07827-000.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., y Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-R Axis II Disorders, Patient Edition (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Benjamin L.S. (1999) *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje-II del DSM-IV (SCID-II)*. Barcelona: Masson.

Fitzgerald, A. (2020). Professional identity: A concept analysis. *Nursing Forum*, Jul;55(3), 447-472. doi: 10.1111/nuf.12450.

Fleiss, J.L., Levin, B., y Paik, M.C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 3rd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Flora, D.B. (2020). Your coefficient alpha is probably wrong, but which coefficient omega is right? A tutorial on using R to obtain better reliability estimates. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 3(4), 484–501. <https://doi.org/10.1177/2515245920951747>.

Forbes, M.K., Tackett, J.L., Markon, K.E., y Krueger, R.F. (2016). Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 971-986. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000651>

Ford, J.D., y Courtois, C.A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, May 6;8(1), 16. doi: 10.1186/s40479-021-00155-9.

Funder, D. (2020). *Misgivings: Some thoughts about measurement invariance* | funderstorms (wordpress.com).

Freud, S. (1923-1925). *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIX - El yo y el ello, y otras obras (1923-1925)*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires. Madrid: Amorrortu editores.

Frías-Navarro, D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>.

Frías-Navarro, D. y Pascual-Soler, M. (Eds.) (2022). *Diseño de la investigación, análisis y redacción de los resultados*. Valencia: Palmero Ediciones.

Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R., y De Fruyt, F. (2014). A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders. *Psychology*, 5, 1646-1686. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.514175>.

Gamba, F., Graziola, M., Marino, J., Urgorri, M., y Castellano, M. (2020). Los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional. *Persona*, Jun;23(1), 11-20, doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4830.

George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4thed.)*. Boston: Allyn & Bacon.

Gerson, M.-J. (1984). Splitting: The development of a measure. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 157-162. doi.org/10.1002/1097-4679(198401)40:1<157::AID-JCLP2270400130>3.0.CO;2-C

Giner-Zaragoza, F., Lera G., Vidal M. L., Puchades M. P., Rodenes A., Císcar S., y Ferrer L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención

ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799. doi:10.4321/s0211-57352015000400007.

Gleser, G.C., y Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(1), 51-60. <https://doi.org/10.1037/h0027381>

Goldberg, L.R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4(1), 26-42. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.26>.

Gómez-Beneyto, M. (1994) Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 8, 104-10.

Gratz, K.L., Conrad, S.D., y Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140. doi:10.1037/0002-9432.72.1.128.

Gratz, K.L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.

Gross, J.J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348.

Gunderson, J.G., y Links, P.S. (Collaborator). (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011). Fórum de Salud Mental y AIAQS (coord.). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, May;166(5), 530-539. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825.

Gunderson, J.G., Herpertz, S.C., Skodol, A.E., Torgersen, S., y Zanarini, M.C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, May 24;4, 18029. doi: 10.1038/nrdp.2018.29.

Gutierrez-Zotes, A., Labad, J., Martorell, L., Gaviria, A., Bayón, C., Vilella, E., y Cloninger, C.R. (2015). The revised Temperament and Character Inventory: normative data by sex and age from a Spanish normal randomized sample. *PeerJ*, 3, e1481. <https://doi.org/10.7717/peerj.1481>.



Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J.M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J.A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K.E., y Krueger, R.F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 24(3), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>.

Guy, W. (1976) *Clinical Global Impressions*. In: Guy, W., Ed., ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised DHEW Publication (ADM). Rockville: National Institute for Mental Health, 218-222.

Habibzadeh, F., Habibzadeh, P., y Yadollahie, M. (2016). On determining the most appropriate test cut-off value: the case of tests with continuous results. *Biochemia Medica*, 26(3), 297–307. <https://doi.org/10.11613/BM.2016.034>.

Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., y Black, W. (1999): *Análisis Multivariante*. 5ª ed. Madrid: Prentice Hall.

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. y Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, New York: Pearson.

Hall, C.; y Lindzey, G. (1957). *Theories of Personality*. New York: Wiley.

Harkness, A.R., Finn, J.A., McNulty, J.L., y Shields, S.M. (2012). The Personality Psychopathology-Five (PSY-5): recent constructive replication and assessment literature review. *Psychological Assessment*, 24(2), 432–443. <https://doi.org/10.1037/a0025830>.

Harvey, P.D., Greenberg, B.R., y Serper, M.R. (1989). The affective lability scales: development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 786–793. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198909\)45:5<786::aid-jclp2270450515>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198909)45:5<786::aid-jclp2270450515>3.0.co;2-p).

Heiberger, R.M., y Neuwirth, E. (2009). One-Way ANOVA. En R Through. Excel. *Use R*. New York, NY: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0052-4\\_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0052-4_7).

Hengartner, M.P., Zimmermann, J., y Wright, A.G.C. (2018). Personality pathology. En V. Zeigler-Hill y T. Shackelford (Eds.), *The SAGE handbook of personality and individual differences. Volume III: Applications of personality and individual differences*. London: SAGE. 3-35.

Hentschel, U., Kießling, M., y Wiemers, M. (1988) *Fragebogen zu onfliktbewältigungsstrategien – FKBS*. Göttingen: Beltz.

Herzog, P., Feldmann, M., Voderholzer, U., Gärtner, T., Armbrust, M., Rauh, Doerr, R., Rief, W., y Brakemeier, E.L. (2020). Drawing the borderline: Predicting treatment outcomes in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 103692. doi:10.1016/j.brat.2020.103692.

Hirschfeld, G., y Brachel, R. (2014). Improving Multiple-Group confirmatory factor analysis in R – A tutorial in measurement invariance with continuous and ordinal indicators. *Practical Assessment Research and Evaluation*, 19(7), 1–12. <https://doi.org/10.7275/qazy-2946>.

- Hooper, D., Coughlan, J., y Mullen M.R. (2008). Structural Equation Modeling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hopwood, C.J., Zimmermann, J., Pincus, A.L., y Krueger, R.F. (2015). Connecting Personality Structure and Dynamics: Towards a More Evidence-Based and Clinically Useful Diagnostic Scheme. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 431-448. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.4.431>
- Hörz, S., Stern, B., Caligor, E., Critchfield, K., Kernberg, O.F., Mertens, W., y Clarkin, J.F. (2009). A prototypical profile of borderline personality organization using the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Dec;57(6), 1464-1468. doi: 10.1177/00030651090570060802.
- Hörz, S., Clarkin, J. F., Stern, B. L., y Caligor, E. (2012). The Structured Interview of Personality Organization (STIPO): An instrument to assess severity and change of personality pathology. En R.A. Levy, J.S. Ablon, Y H. Kächele (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 571–592). Nueva Jersey (USA): Humana Press - Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1\\_32](https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_32).
- Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B.L., De Panfilis, C., y Clarkin, J.F. (2018a). Clinician-Guided Assessment of Personality Using the Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of Personality Assessment*, Jan-Feb;100(1), 30-42. doi: 10.1080/00223891.2017.1298115.
- Hörz-Sagstetter, S., Diamond, D., Clarkin, J.F., Levy, K.N., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Cain, N.M., y Doering, S. (2018b). Clinical Characteristics of Comorbid Narcissistic Personality Disorder in Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, Aug;32(4), 562-575. doi: 10.1521/pedi\_2017\_31\_306.
- Hörz-Sagstetter, S., Volkert, J., Rentrop, M., Benecke, C., Gremaud-Heitz, D.J., Unterrainer, H.F., Schauenburg, H., Seidler, D., Buchheim, A., Doering, S., Feil, M.G., Clarkin, J.F., Dammann, G., y Zimmermann, J. (2021a). A Bifactor Model of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, Mar-Apr;103(2), 149-160. doi: 10.1080/00223891.2019.1705463.
- Hörz-Sagstetter, S., Ohse, L., y Kampe, L. (2021b). Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. *Current Psychiatry Reports*, Jun 28;23(7), 45. doi: 10.1007/s11920-021-01250-y.
- Hosmer, Jr, D.W., Lemeshow, S., y Sturdivant, R.X. (2013) *Applied Logistic Regression*. Vol. 398, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118548387>.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. doi:10.1080/10705519909540118.



Hyer, S.E. (1994). *Personality Questionnaire PDQ-4+*. New York, NY (US): New York State Psychiatric Institute.

Janke, W., y Erdmann, G. (1997) *Streßverarbeitungsfragebogen (SVF-120)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Javaras, K. N., Zanarini, M. C., Hudson, J. I., Greenfield, S. F., y Gunderson, J. G. (2017). Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 89, 105-114. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.010>.

Jiang, G., Mai, Y., y Yuan, K.-H. (2017). Advances in Measurement Invariance and Mean Comparison of Latent Variables: Equivalence Testing and A Projection-Based Approach. *Frontiers in Psychology*, 8, 1823. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01823.

Jovanovic, M.D., y Svrakic, D. (2017). Integrative Treatment of Personality Disorder. Part I: Psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, Mar;29(1), 2-13. doi: 10.24869/psyd.2017.2.

Kalpić, D., Hlupić, N., y Lovrić, M. (2011). *Student's t-Tests*. In: Lovric, M. (eds) *International Encyclopedia of Statistical Science*. Berlin, Heidelberg: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-04898-2\\_641](https://doi.org/10.1007/978-3-642-04898-2_641).

Kasalova, P., Prasko, J., Kantor, K., Zatkova, M., Holubova, M., Sedlackova, Z., Slepecky, M., y Grambal, A. (2018). Personality disorder in marriage and partnership - a narrative review. *Neuro Endocrinology Letters*, Sep;39(3), 159-171.

Kampe, L., Zimmermann, J., Bender, D., Caligor, E., Borowski, A.L., Ehrental, J.C., Benecke, C., y Hörz-Sagstetter, S. (2018). Comparison of the Structured DSM-5 Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale With the Structured Interview of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, Nov-Dec;100(6), 642-649. doi: 10.1080/00223891.2018.1489257.

Kanske, P., Böckler, A., y Singer, T. (2017). Models, Mechanisms and Moderators Dissociating Empathy and Theory of Mind. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 30, 193-206. doi: 10.1007/7854\_2015\_412.

Kaufman, E.A., y Meddaoui, B. (2021). Identity pathology and borderline personality disorder: an empirical overview. *Current Opinion in Psychology*, Feb;37, 82-88. doi: 10.1016/j.copsy.2020.08.015.

Kelland, M.D. (2010): *Personality theory in a cultural context*. Dubuque (USA): Kendall Hunt Publishing.

Kernberg, O.F. (1928). *The inseparable nature of love and aggression. Clinical and theoretical perspectives*. New York: American Psychiatric Association.

Kernberg, O.F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-85.

- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O.F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169-195.
- Kernberg, O.F. (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. Méjico: El Manual Moderno.
- Kernberg, O.F, y Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In JF Clarkin, y MF Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorders* (2nd ed) (pp. 114-156). New York, NY: Guilford Press.
- Kernberg, O.F. (2010). Narcissistic personality disorder. En F. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard, J.F. Clarkin, P. Fonagy, y G.O. Gabbard, (Eds). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 257-287). J. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, O. F. (2012<sub>a</sub>). Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-V. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 163(7), 234-238. <https://doi.org/10.4414/sanp.2012.00110>.
- Kernberg, O.F. (2012<sub>b</sub>). Identity: Recent findings and clinical implications. En O.F. Kernberg (Ed.) *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives*. (pp. 3-30) Washington, DC: American Psychiatric Publishing: [doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x](https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x).
- Kernberg, O.F. (2016<sub>a</sub>). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para trastornos límite de la personalidad*. Bilbao: Desclée.
- Kernberg, O.F. (2016<sub>b</sub>). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2),145-156.
- Kernberg, O.F. (2021). Thoughts on Transference Analysis in Transference-Focused Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, Summer;49(2), 178-187. doi: 10.1521/pdps.2021.49.2.178.
- Kim, K., Park, Y., Choi, J., Kim, D., y Kim, E. (2022). Temperament and Character of High Suicide Risk Group Among Psychiatric Patients. *Psychiatry Investigation*, Aug;19(8), 654-660. doi: 10.30773/pi.2021.0281.
- Kyriazos, T.A. (2018). Applied Psychometrics: Writing-Up a Factor Analysis Construct Validation Study with Examples. *Psychology*, 9, 2503-2530. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.911144>.
- Kleindienst, N., Jungkunz, M., y Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, Jun 1;7(1), 11. doi: 10.1186/s40479-020-00126-6. Erratum in: *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2022, 9(1), 4.

Kline, R. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Fourth Edition. New York: Guilford Press.

Krizan, Z., y Herlache, A.D. (2018). The Narcissism Spectrum Model: A Synthetic View of Narcissistic Personality. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology*, Feb;22(1), 3-31. doi: 10.1177/1088868316685018.

Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., y Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, Sep;42(9), 1879-1890. doi: 10.1017/S0033291711002674. Erratum in: *Psychological Medicine* 2012, Sep; 42(9): 1891.

Kruskal, W.H., y Wallis, W.A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583–621. <https://doi.org/10.2307/2280779>.

Larsen, R.J., Diener, E., y Emmons, R.A. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 803-814. doi:10.1037/0022-3514.51.4.803.

Lazarus, S.A., Scott, L.N., Beeney, J.E., Wright, A.G.C., Stepp, S.D., y Pilkonis, P.A. (2018). Borderline personality disorder symptoms and affective responding to perceptions of rejection and acceptance from romantic versus nonromantic partners. *Personality Disorders*, May;9(3), 197-206. doi: 10.1037/per0000289.

Lazarus, S.A., Beeney, J.E., Howard, K.P., Strunk, D.R., Pilkonis, P.A., y Cheavens, J.S. (2020). Characterization of relationship instability in women with borderline personality disorder: A social network analysis. *Personality Disorders*, Sep;11(5), 312-320. doi: 10.1037/per0000380.

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>. Erratum in: *Journal of Personality Assessment*, 2006, Feb;86(1), 117

Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., y Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>.

Linehan, M.M. (2014). *DBT (R) skills training handouts and worksheets, second edition (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.

Livesley, W.J., y Larstone, R.M. (2008). The dimensional assessment of personality pathology (DAPP). En G.J. Boyle, G. Matthews, y D.H. Saklofske (Eds.), *The Sage*

*handbook of personality theory and testing: Vol. 2. Personality measurement and assessment* (pp. 608–625). London: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n29>.

Livesley, W.J., y Jackson, D.N. (2009). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology—Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*. Port Huron, MI: Sigma Press.

Lizama, P., y Boccardo, G. (2014): *Guía de Asociación entre variables (Pearson y Spearman en SPSS). Ayudantía estadística I 2014*. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales (FACSO). Departamento de Sociología.

Loeffler, L.A.K., Huebner, A.K., Radke, S., Habel, U., y Derntl, B. (2020). The Association Between Vulnerable/Grandiose Narcissism and Emotion Regulation. *Frontiers in Psychology*, Oct 15;11, 519330. doi: 10.3389/fpsyg.2020.519330.

Loranger, A.W. (1995). *Personality Disorder Examination (IPDE) Manual*. Yonkers, NY: DV Communications.

López- Ibor, M., Pérez-Urdániz, J.J., y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad para la CIE-10*. Madrid: Decisión Gráfica.

Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., y Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279–284. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.279>.

Mammadov S. (2022). Big Five personality traits and academic performance: A meta-analysis. *Journal of Personality*, 90(2), 222–255. <https://doi.org/10.1111/jopy.12663>.

Marčinko, D., Jakšić, N., Šimunović Filipčić, I., y Mustač, F. (2021). Contemporary psychological perspectives of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, Sep 1;34(5), 497-502. doi: 10.1097/YCO.0000000000000732.

Martínez-Pacheco, S. (2017): *Personalidad, agresividad, conducta delictiva y trastorno antisocial*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma. Madrid.

Mendez-Miller, M., Naccarato, J., y Radico, J.A. (2022). Borderline Personality Disorder. *American Family Physician*, Feb 1;105(2), 156-161.

MacCallum, R.C., Browne, M.W., y Sugawara, H.M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1 (2), 130–149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>.

McAdams, D. P., Shiner, R. L., y Tackett, J. (2019). *Handbook of Personality Development*. Nueva York, NY: Guilford Press.

McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405. doi:10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x.

McCrae, R. R., y Costa, P.T. (1996). Toward a new generation of personality theories: theoretical contexts for the five-factor model. En J.S. Wiggins (Ed.), *The five factor model of personality: theoretical perspectives* (pp. 51-87). Nueva York, NY: The Guilford Press.

McCrae, R.R., y Costa, P.T. (2002). *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEOPI-R)*. Madrid: TEA Ediciones.

McCrae, R.R., y Costa, P.T., Jr. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective (2nd ed.)*. Nueva York, NY: Guilford Press.

McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

McHugh M.L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282.

Medrano, L., Pérez, E., Fernández, A.L., Morales, M.M., Pujol, M.A., Trógolo, M., Moretti, L., Griffoulière, E., Morera, L.P., y Lapuente, L. (2021). *Manual de psicometría y evaluación psicológica: Compilación*. Argentina: Brujas.

Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M.E., y Grenyer, B.F.S. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PloS One*, 12(3), e0171592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>.

Meuleman, B., Žóltak, T., Pokropek, A., Davidov, E., Muthén, B., Oberski, D.L., Billiet, J., y Schmidt, P. (2023). Why Measurement Invariance is Important in Comparative Research. A Response to Welzel et al. (2021). *Sociological Methods and Research*, 52(3), 1401-1419. <https://doi.org/10.1177/00491241221091755>.

Miano, A., Dziobek, I., y Roepke, S. (2020). Characterizing Couple Dysfunction in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, Apr;34(2): 181-198. doi: 10.1521/pedi\_2018\_32\_388.

Middleton, F. (2023, January 30). *The 4 Types of Reliability in Research | Definitions & Examples*. Scribbr. <https://www.scribbr.com/methodology/types-of-reliability/>.

Miller, J.D., Crowe, M.L., y Sharpe, B.M. (2022). Narcissism and the DSM-5 alternative model of personality disorder. *Personality Disorders*, Jul;13(4), 407-411. doi: 10.1037/per0000534.

Millon, T., y Davis, R.D. (1997). The MCMI-III: present and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 69-85. doi: 10.1207/s15327752jpa6801\_6.

Morey, L.C., Bender, D.S., y Skodol, A.E. (2013). Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 729–735. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8>



Möttus, R., Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., y McCrae, R.R. (2017). Personality traits below facets: The consensual validity, longitudinal stability, heritability, and utility of personality nuances. *Journal of Personality and Social Psychology*, Mar;112(3), 474-490. doi: 10.1037/pspp0000100.

Möttus, R., Sinick, J., Terracciano, A., Hřebíčková, M., Kandler, C., Ando, J., Mortensen, E.L., Colodro-Conde, L., y Jang, K.L. (2019). Personality characteristics below facets: A replication and meta-analysis of cross-rater agreement, rank-order stability, heritability, and utility of personality nuances. *Journal of Personality and Social Psychology*, Oct;117(4), e35-e50. doi: 10.1037/pspp0000202.

Morey, L.C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, Oct;29(10), 1302-1308. doi: 10.1037/pas0000450.

Mulder, R., y Tyrer, P. (2019). Diagnosis and classification of personality disorders: novel approaches. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 27–31. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000461>

Navarro-Gómez, S., Frías, Á., y Palma, C. (2017). Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review. *Psychopathology*, 50(3), 175-187. doi: 10.1159/000474950.

Nakash, O., Nagar, M., y Westen, D. (2019). Validity and clinical utility of DSM and empirically derived prototype diagnosis for personality disorders in predicting adaptive functioning. *Personality Disorders*, Mar;10(2), 105-113. doi: 10.1037/per0000293.

Nagar, M., Westen, D., y Nakash, O. (2018). Reliability of DSM and empirically derived prototype diagnosis for mood, anxiety and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, Aug;85, 8-14. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.06.001.

Neukel, C., Bullenkamp, R., Moessner, M., Spiess, K., Schmahl, C., Bertsch, K., y Herpertz, S.C. (2022). Anger instability and aggression in Borderline Personality Disorder - an ecological momentary assessment study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, Oct 17;9(1), 29. doi: 10.1186/s40479-022-00199-5.

Neumann, E., Rohmann, E., y Bierhoff, H.W. (2007) Entwicklung und Validierung von Skalen zur Erfassung von Vermeidung und Angst in Partnerschaften – Der Bochumer Bindungsfragebogen (BoBi). *Diagnostica*, 53, 33-47. doi: 10.1026/0012-1924.53.1.33.

Nunnally, J.C., y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory (3rd ed.)*. New York: McGraw-Hill.

Oldham, J.M. (2018). DSM models of personality disorders. *Current Opinion in Psychology*, Jun;21, 86-88. doi: 10.1016/j.copsy.2017.09.010.

Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, Dec;41(4), 575-582. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.001.

Pelechano, V., y Pastor, A. (2006) Lógica y resultados de un modelo predictivo de los trastornos de personalidad a partir de dimensiones de personalidad en distinto nivel de consolidación. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(142), 165-193.

Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J.C., Campins, M.J., Puigdemont, D., y Alvarez, E. (2007). The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Jul-Aug;35(4), 229-235.

Pérez-Leiva, B., y Jiménez-Puig, E. (2022). Evaluación de los trastornos de personalidad. Una revisión sistemática. *Medisur*, 20 (3), 441-454. <https://doi.org/10.14482/INDES.30.1.303.661>.

Pérez Marfil, M.N., Mata Martín, J.L., y López Torrecillas, F (2020). *Introducción a la psicología de la personalidad*. Granada: Universidad de Granada. Recuperado de sample-138528.pdf (ugr.es).

Pérez Prieto, J.F. (2001): *Estudio de validación de la entrevista estructurada SCID-II para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad*. Tesis doctoral: Universidad de Valencia. Valencia (España): Dialnet.

Piercy, J., Stinson, J., Church, P.C., Walters, T.D, Frost, K., y Ahola Kohut, S. (2020). Trait Perfectionism and Psychosocial Outcomes in Adolescents with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Mar;70(3), 318-323. doi: 10.1097/MPG.0000000000002586.

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(4), 355–369. <https://doi.org/10.1521/pedi.1996.10.4.355>.

Pincus, A.L., Cain, N.M., y Halberstadt, A.L. (2020). Importance of Self and Other in Defining Personality Pathology. *Psychopathology*, 53(3-4), 133-140. doi: 10.1159/000506313.

Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., y Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jan;141(1), 6-20. doi: 10.1111/acps.13118.

Preti, E. (2011). *Il modello di O.F. Kernberg per lo studio dei disturbi di personalità. Validazione delle versioni italiane dell'inventario of personality organization (IPO) e della structured interview of personality organization (STIPO)*. (Tesi di dottorato). Università degli Studi di Milano-Bicocca. Milano. Res. <http://hdl.handle.net/10281/28335>.

Preti, E., Prunas, A., Sarno, I., y De Panfilis, C. (2012). *Proprietà psicometriche della STIPO*. In *La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di OF Kernberg. La versione italiana della Structured Interview of Personality Organization*. Milano: Raffaello Cortina.



- Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., y Clarkin, J.F. (2015). The facets of identity: personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personality Disorders*, Apr;6(2), 129-140. doi: 10.1037/per0000119.
- Preti, E., Di Pierro, R., Costantini, G., Benzi, I.M.A., De Panfilis, C., y Madeddu, F. (2018). Using the Structured Interview of Personality Organization for DSM-5 Level of Personality Functioning Rating Performed by Inexperienced Raters. *Journal of Personality Assessment*, Nov-Dec;100(6), 621-629. doi: 10.1080/00223891.2018.1448985.
- Protzko, J. (2022). Invariance: What Does Measurement Invariance Allow us to Claim?. *PsyArXiv*. doi:10.31234/osf.io/r8yka.
- Putnick, D.L., y Bornstein, M.H. (2016). Measurement Invariance Conventions and Reporting: The State of the Art and Future Directions for Psychological Research. *Developmental Review: DR*, 41, 71–90. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>.
- Ramírez, J. (2020): *Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el ámbito clínico*. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva (Huelva).
- Rathus, J.H., y Miller, A. L. (1995). *Life Problems Inventory*. *Unpublished manuscript*. New York : Montefiore Medical Center/Einstein College of Medicine.
- Robitzsch, A., y Lüdtke, O. (2023). Why Full, Partial, or Approximate Measurement Invariance Are Not a Prerequisite for Meaningful and Valid Group Comparisons. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 30(6): 859-870. doi: 10.1080/10705511.2023.2191292.
- Rojas-Torres, L. (2020). Robustez de los índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio a los valores extremos. *Revista De Matemática: Teoría Y Aplicaciones*, 27(2), 383-404. DOI: <https://doi.org/10.15517/rmta.v27i2.33677>.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, S.A., Hooley, J.M., Montoya, R.M., van der Linden, S.L, y Steshenko, Y. (2020). The Narcissistic Grandiosity Scale: A Measure to Distinguish Narcissistic Grandiosity From High Self-Esteem. *Assessment*, Apr;27(3), 487-507. doi: 10.1177/1073191119858410.
- Rossiter, J.R. (2018). The new psychometrics: Comment on Appelbaum et al. (2018). *The American Psychologist*, Oct;73(7), 930-931. doi: 10.1037/amp0000342.
- Rossi, G.M.P., Debast, I., y van Alphen, S.P.J. (2020). Gestandaardiseerd meten van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen [Standardized assessment of personality disorders in older adults: State-of-the-art.]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, May 21;51(2). Dutch. doi: 10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.03.

- Ruiz, J.A. (2020). Introducción a los trastornos de la personalidad desde la psicología de la personalidad. En Bermúdez, J; Pérez, A.M., Ruiz, J.A., Sanjuán, P., y Rueda, B. *Psicología de la personalidad*. (pp. 585-634). Madrid: UNED.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C, y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10182-006:125-154.
- Sánchez, O. (2019). Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad: un proceso inconcluso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Dec;28(5), 714-726. DOI:10.24205/03276716.2019.1126.
- Sánchez-Sánchez, M.M., Arias-Rivera, S., y Thuissard-Vasallo, I.J. (2016). Respuesta a: Intervalos de confianza para el coeficiente kappa en Sánchez-Sánchez et al [Response to: Confidence intervals for Kappa coefficient in Sánchez-Sánchez et al]. *Enfermería intensiva*, 27(3), 133. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.04.003>
- Sánchez, R.O., Montes, S.A., y Somerstein, L.D. (2020). Personality Inventory for the DSM-5: Psychometric Properties in Argentine Population. Preliminary Study. *Interdisciplinaria* 37(1), 55-76. <http://doi.org/10.16888/interd.2020.37.1.4>.
- Santamaría, P. (2009) *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 Reestructurado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M., Casella, L., Cuenya, L., Blim, GD., Pedrón, V. (2010): Modelo psicobiológico de la personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 2-10.
- Schotte, C.K., de Doncker, D., Vankerckhoven, C., Vertommen, H., y Cosyns, P. (1998). Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: the ADP-IV. *Psychological Medicine*, 28(5), 1179–1188. <https://doi.org/10.1017/s0033291798007041>.
- Schlüter-Müller, S. (2017) AIT (Adolescent Identity Treatment) – ein integratives Therapiekonzept zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen [AIT (Adolescent Identity Treatment) - an Integrative Treatment Model for the Treatment of Personality Disorders]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Jul;66(6), 392-403. German. doi: 10.13109/prkk.2017.66.6.392.
- Sedikides, C. (2021). In Search of Narcissus. *Trends in Cognitive Sciences*, Jan;25(1), 67-80. doi: 10.1016/j.tics.2020.10.010.
- Shah, R., y Zanarini, M.C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *The Psychiatric Clinics of North America*, Dec;41(4), 583-593. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.009.

- Shahpesandy, H., Mohammed-Ali, R., Oakes, M., Al-Kubaisy, T., Cheetham, A., y Anene, M. (2021). Management of 201 individuals with emotionally unstable personality disorders: A naturalistic observational study in real-world inpatient setting. *Neuro Endocrinology Letters*, Jul;42(3), 200-212.
- Shapiro, S.S., y Wilk, M.B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3-4), 591–611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>.
- Sharp, C., Vanwoerden, S., Gallagher, M.W., Williams, L., y Newlin, E. (2021). The Course of Borderline Psychopathology in Adolescents with Complex Mental Health Problems: An 18 Month Longitudinal Follow-up Study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, Apr;49(4), 545-557. doi: 10.1007/s10802-020-00756-y.
- Sharp, C. (2022). Personality Disorders. *The New England Journal of Medicine*, Sep 8;387(10), 916-923. doi: 10.1056/NEJMra2120164.
- Sier, V.Q., Schmitz, R.F., Putter, H., Schepers, A., y van der Vorst, J.R. (2022). The big five: Studying the surgical personality. *Surgery*, 172(5), 1358–1363. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.08.003>.
- Sireci, S.G. (1998). The Construct of Content Validity. *Social Indicators Research*, 45, 83-117. doi.org/10.1023/A:1006985528729
- Sireci, S., y Padilla, J.L. (2014). Validating assessments: Introduction to the Special Section. *Psicothema*, 26(1), 97-99. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.255>.
- Sirvent, C., Villa, M., Blanco, P., Palacios, L., Rivas, C., y Jardón, L. (2018). *Inventario de Personalidad PID-5 (DSM-5) en adicciones, resultados de un doble estudio*. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com). Psiquiatría.com.
- Smith, M., y South, S. (2020). Romantic attachment style and borderline personality pathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, Feb;75, 101781. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101781.
- Smits, M.L., Feenstra, D.J., Bales, D.L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R., y Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, Jul 3;4, 16. doi: 10.1186/s40479-017-0066-4.
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 526-537. <https://doi.org/10.1037/h0037039>.
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M. y Pascual, J.C. (2013). Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry* 13, 139. doi.org/10.1186/1471-244X-13-139.

Soloff, P.H., y Chiappetta, L. (2017). Suicidal Behavior and Psychosocial Outcome in Borderline Personality Disorder at 8-Year Follow-Up. *Journal of Personality Disorders*, Dec;31(6), 774-789. doi: 10.1521/pedi\_2017\_31\_280.

Spielberger, C.D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources .

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., y First, M.B. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Steiger, J.H. (2016). Notes on the Steiger-Lind (1980) handout. *Structural Equation Modeling*, 23(6), 777-781. <https://doi.org/10.1080/10705511.2016.1217487>.

Steiner, H., Araujo, K.B., y Koopman, C. (2001). The response evaluation measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 467-473. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.467.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

Stern, B.L., Caligor, E., Roose, S.P., y Clarkin J.F. (2004). The Structured Interview For Personality Organization (STIPO). *Journal of American Psychoanalytic Association*, 52(4), 1223-1224. doi:10.1080/00223890903379308.

Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, K.L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M.F., y Kernberg, O.F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, Jan;92(1), 35-44. doi: 10.1080/00223890903379308.

Stern, B.L., Caligor, E., Hörz-Sagstetter, S., y Clarkin, J.F. (2018). An Object-Relations Based Model for the Assessment of Borderline Psychopathology. *The Psychiatric Clinics of North America*, Dec;41(4), 595-611. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.007.

Stoffers-Winterling, J., Krause-Utz, A., Lieb, K., y Bohus, M. (2021). Was wissen wir heute über die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Aktuelles zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie [What do we know about borderline personality disorder? Current aspects of etiology, diagnostics and treatment]. *Der Nervenarzt*, Jul;92(7), 643-652. German. doi: 10.1007/s00115-021-01140-x.

Stoffers-Winterling, J.M., Storebø, O.J., Kongerslev, M.T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C.P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B.A., Lieb, K., y Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, Jan 28, 1-15. doi: 10.1192/bjp.2021.204.

Storebo, O.J., Ribeiro, J.P., Kongerslev, M.T., Stoffers-Winterling, J., Sedoc Jørgensen, M., Lieb, K., Bateman, A., Kirubakaran, R., Dérian, N., Karyotaki, E., Cuijpers, P., y Simonsen,

E. (2021). Individual participant data systematic reviews with meta-analyses of psychotherapies for borderline personality disorder. *BMJ Open*, Jun 21, 11(6), e047416. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047416.

Subdirección General de Información Sanitaria. *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.

Svetina, D., Rutkowski, L., y Rutkowski, D. (2020). Multiple-group invariance with categorical outcomes using updated guidelines: An illustration using Mplus and the lavaan/semTools packages. *Structural Equation Modeling*, 27(1), 111–130. doi: 10.1080/10705511.2019.1602776.

Svrakic, D., Divac-Jovanovic, M., y Azhar, N. (2019). An Integrative Model and Dynamic Nosology of Personality Disorder: Part 2: Symptom-based pharmacotherapy. *Psychiatria Danubina*, Mar;31(1), 2-17. doi: 10.24869/psyd.2019.2.

Talia, A., Duschinsky, R., Mazzarella, D., Hauschild, S., y Taubner, S. (2021). Epistemic Trust and the Emergence of Conduct Problems: Aggression in the Service of Communication. *Frontiers in Psychiatry*, Sep 23,12, 710011. doi: 10.3389/fpsy.2021.710011.

Timoney, L.R., Walsh, Z., Shea, M.T., Yen, S., Ansell, E.B., Grilo, C. M., McGlashan, T.H., Stout, R.L., Bender, D.S., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Morey, L.C., y Gunderson, J.G. (2017). Personality and life events in a personality disorder sample. *Personality Disorders*, 8(4), 376–382. <https://doi.org/10.1037/per0000214>.

Torreblanca, L. (2017): *Desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación: el cuestionario breve de personalidad (CPB)*. Málaga: Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.

Torres-Soto, J.F. (2018): *Aportaciones del Modelo Dimensional del DSM-5 y del inventario PID-5, al diagnóstico y tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Aplicación en un Hospital de Día*. [Tesis doctoral, Universidad Católica de Murcia], Archivo: <http://hdl.handle.net/10952/3659>.

Torres-Soto, J.F., Moya-Faz, F.J., Giner-Alegría, C.A., y Oliveras-Valenzuela, M.A. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de Psicología*, 35(1), 47-57. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.333191>.

Torres-Soto, J.F., Iborra-Giner, P., Giner-Alegría, C.A., y Moya-Faz, F.J. (2021). Results of a day hospital program for personality disorders. Application of the PID-5 and DSM-5 dimensional model. *Clínica y Salud*, 32(2), 41-47. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a9>.

Trevethan, R. (2017). Sensitivity, Specificity, and Predictive Values: Foundations, Pliabilities, and Pitfalls in Research and Practice. *Frontiers in Public Health*, 5, 307. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00307>.



- Tucker, L.R., y Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/BF02291170>.
- Tyrer, P. (2017). Personality disorder: Good reasons to reclassify. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Nov;51(11), 1077-1078. doi: 10.1177/0004867417728808.
- Unoka, Z., Csáky-Pallavicini, K., Horváth, Z., Demetrovics, Z., y Maraz, A. (2022). The Inventory of Personality Organization: A valid instrument to detect the severity of personality dysfunction. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 995726. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.995726>
- Vansteelandt, K., Houben, M., Claes, L., Berens, A., Sleuwaegen, E., y Kuppens, P. (2020). Self-criticism and dependency predict affective variability in borderline personality disorder: An ecological momentary assessment study. *Personality Disorders*, Jul;11(4), 270-279. doi: 10.1037/per0000374.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J., van der Kroft, P.J., Bateman, A.W., y Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20(1), 23–34. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.1.23>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., y Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3), 755-782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>.
- Von der Tann, M. (Ed.), y OPD Task Force. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. (E. Ristl, Trans.). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>.
- Welzel, C., Brunkert, L., Kruse, S., y Inglehart, R.F. (2021). *Non-invariance? An Overstated Problem With Misconceived Causes*. *Sociological Methods and Research*, 52(3), 1368-1400. doi:10.1177/0049124121995521.
- Werts, C.E., Linn, R. N., y Joreskog, K.G. (1974). Interclass Reliability Estimates: Testing Structural Assumptions. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 25-33. <https://doi.org/10.1177/001316447403400104>.
- Widiger, T.A., y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>.
- Widiger, T.A., Crego, C., Rojas, S.L., y Oltmanns, J.R. (2018). Basic personality model. *Current Opinion in Psychology*, Jun;21:18-22. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.09.007.

- Widiger, T.A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L.A., DeYoung, C., Hopwood, C.J., Kotov, R., Krueger, R.F., Miller, J.D., Morey, L.C., Mullins-Sweatt, S.N., Patrick, C.J., Pincus, A.L., Samuel, D.B., Sellbom, M., South, S.C., Tackett, J.L., Watson, D., Waugh, M.H., Wright, A.G.C., ... Thomas KM. (2019). Criterion A of the AMPD in HiTOP. *Journal of Personality Assessment*, Jul-Aug;101(4), 345-355. doi: 10.1080/00223891.2018.1465431.
- Widiger, T.A., y McCabe, G.A. (2020). The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model. *Psychopathology*, 53(3-4), 149-156. doi: 10.1159/000507378.
- Wilcoxon, F. (1945). Individual Comparisons by Ranking Methods. *Biometrics*, 1, 196-202.
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A.M., Singh, S.P., Wang, A., y Furtado, V. (2020), The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, Feb;216(2), 69-78. doi: 10.1192/bjp.2019.166.
- Wright, A.G., y Edershire, E.A. (2018). Issues resolved and unresolved in pathological narcissism. *Current Opinion in Psychology*, Jun;21, 74-79. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.10.001.
- Yadolah, D. (2008). *Spearman Rank Correlation Coefficient*. In: *The Concise Encyclopedia of Statistics*. New York, NY: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-32833-1\\_379](https://doi.org/10.1007/978-0-387-32833-1_379).
- Yeomans, F., Clarkin, J.F., y Kernberg, O.F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Yeomans, F.E., Delaney, J.C., y Levy, K.N. (2017). Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. Sep;54(3), 260-266. doi: 10.1037/pst0000118.
- Youden, W.J. (1950). Index for rating diagnostic tests. *Cancer*, 3(1), 32-35. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(1950\)3:1<32::aid-cnrc2820030106>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-0142(1950)3:1<32::aid-cnrc2820030106>3.0.co;2-3).
- Yusoff, M.S.B. (2019). ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Education in Medicine Journal*, 11, 49-54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Chauncey, D.L., y Gunderson, J.G. (1987). The diagnostic Interview for Personality Disorders: interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, Nov-Dec;28(6), 467-480. doi: 10.1016/0010-440x(87)90012-5.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., y Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, Jun;17(3), 233-242. doi: 10.1521/pedi.17.3.233.22147. Erratum in: *Journal of Personality Disorders*, 2003 Aug;17(4), 1 p following 369.



Zapata-Ospina, J.P., y García-Valencia, J. (2022). Validity based on content: A challenge in health measurement scales. *Journal of Health Psychology*, Feb;27(2), 481-493. doi: 10.1177/1359105320953477.

Zimmerman, M., Morgan, T.A., y Stanton, K. (2018). The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 17(3), 258-275. doi:10.1002/wps.20569

Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C.J., y Krueger, R.F. (2019). A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, Aug 13;21(9), 92. doi: 10.1007/s11920-019-1079-z.

Zuckerman, M. (1993): *Psychobiology of Personality*. New York: Cambridge University Press.

Zuckerman, M. (1994): *Behavioural Expressions and Social Bases of Sensation Seeking*. New York: Cambridge University Press.

Zuckerman, M., Eysenck, S., y Eysenck, H. J. (1978). *Sensation Seeking Scale, Form V (SSS-V)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t04065-000>.

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to Psychopathology: A Biosocial Model*. Washington, DC: American Psychological Association.



# **ANEXOS**



## Anexo 1: Consentimientos

### - Documento 1: Hoja de información al paciente / participante en el estudio

#### *Información al paciente*

Proyecto de investigación titulado **VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION REVIEWED (STIPO-R) COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

**Investigador Principal: M Jesús Rufat. Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental (CPB-SSM)**

**Directora Proyecto: Dra. Natalia Calvo Piñero.** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH). Grup TLP Barcelona.

#### **Objetivos**

Le solicitamos su participación en este proyecto de investigación cuyo objetivo principal es profundizar en el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad.

#### **Beneficios**

Es posible que de su participación en este estudio no se obtenga un beneficio directo. Sin embargo, la identificación de posibles factores relacionados con el Trastorno límite de personalidad y su adecuado diagnóstico, podría beneficiar en un futuro a otros pacientes que lo sufren y contribuir a un mejor conocimiento y tratamiento de esta enfermedad.

#### **Procedimientos del estudio**

Si decide participar, se le administrará un protocolo de entrevistas y pruebas psicométricas destinadas a la valoración diagnóstica del Trastorno límite de personalidad.

Tiene derecho a ser informado de los datos relevantes para su salud que se obtengan en el curso del estudio. Esta información se le comunicará si lo desea; en el caso de que prefiera no ser informado, su decisión se respetará.

#### **Protección de datos personales**

Toda la información y, en concreto, sus datos personales, se guardarán y gestionarán conforme a lo estipulado por la LOPD (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales) y el RGPD (Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679), por el Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental (NIF (A08661977). Calle Mare de Déu del Coll, 20. Barcelona (08023). Tlf. 932118003. [cpb@cpbssm.org](mailto:cpb@cpbssm.org)) El tratamiento sobre sus datos personales, en caso de que sí consienta participar, será necesario y por ello se tratarán con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores y en ningún momento se harán públicos, incluso aunque el estudio fuera susceptible de publicarse, excepto que por requerimiento judicial o legal se estipule lo contrario.

En concreto, le informamos que, en caso de aceptar participar en el estudio, éste se realizará de forma estrictamente confidencial y los datos se conservarán de forma codificada, y éstos (datos identificativos y sanitarios, o especialmente protegidos) únicamente serán utilizados para el desarrollo del mismo, así como, de acuerdo a la normativa vigente, podrán utilizarse para otros estudios que pertenezcan a la misma área

de estudio. La base que legitima el tratamiento de estos datos es, en primer lugar, su consentimiento a participar en él, y con ello, desarrollar la investigación que en la cual se le invita a participar.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal de Grup TLP Barcelona, Centre Psicoteràpia Barcelona - Serveis Salut Mental (CPB-SSM) y Servicio de Psiquiatría HUVH, designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. El acceso a su información se conservará y tratará a través de mecanismos de codificación, los cuales consisten en adjudicar un código numérico a cada participante y, a los que únicamente accederá el equipo investigador. De este modo, el tratamiento se realizará sobre sus datos codificados, re identificándole sólo si hubiera un peligro real para su seguridad o salud, una amenaza grave para sus derechos o fuese necesario para garantizarle una adecuada asistencia sanitaria.

En todo caso, usted tiene la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, así como solicitar la limitación del tratamiento o el traslado a un tercero (portabilidad) sobre los datos que ha facilitado para el estudio y sobre los que se hayan podido generar a partir de éstos. Para ello, usted deberá dirigir al investigador principal a la dirección Calle Mare de Déu del Coll, 20. Barcelona (08023). o bien al correo electrónico [cpb@cpbssm.org](mailto:cpb@cpbssm.org), su solicitud por escrito, adjuntando su documento identificativo nacional, o equivalente, o bien al Delegado de Protección de Datos a partir del correo [dpo@cpbssm.org](mailto:dpo@cpbssm.org) o bien a C/ Consell de Cent 116-118, 4-1 de Barcelona (08015).

Se le informa de que sus datos serán conservados, como mínimo, mientras el estudio esté en desarrollo y, si procede, y siempre garantizando la seguridad de los mismos, mientras puedan ser útiles para llevarse a cabo estudios conexos o desarrollados a partir del presente, e incluso independientes, teniendo en consideración, en todo momento, lo que se estipule legalmente y los requisitos éticos aplicables.

Junto a los derechos que anteriormente le han sido explicados, usted también tiene derecho a dejar de participar en el estudio en cualquier momento, aunque debe tener en cuenta que sus datos ya utilizados hasta el momento no podrán ser eliminados para garantizar la validez de la investigación y dicho tratamiento no se considerará ilícito.

Por último, informarle que, en cualquier caso, si considera contravenidos sus derechos puede dirigirse a la autoridad de control correspondiente para interponer una reclamación, ya sea la Agencia Española de Protección de Datos o la Autoridad Catalana de Protección de Datos, por ejemplo.

**Si necesita más información sobre este estudio puede contactar con la investigadora principal, Maria Jesús Rufat de Grup TLP Barcelona, Centre Psicoteràpia Barcelona - Serveis Salut Mental (CPB-SSM) Tel. 93-418.91.93.**

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y si decide no participar recibirá todos los cuidados médicos y terapéuticos que necesite y la relación con el equipo médico y terapéutico que le atiende, no se verá afectada.

## Documento 2: Consentimiento informado

### Consentimiento informado

Título del estudio: **VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION REVIEWED (STIPO-R) COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

Yo (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He hablado con (nombre del investigador):

Comprendo que mi participación es voluntaria y que este hecho no impide que pueda retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y psicoterapéuticos

Por todo ello, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y para que, en consecuencia, sean tratados mis datos personales para el desarrollo del mismo, de acuerdo la cláusula de protección de datos que obra en la hoja de información, incluyéndose los estudios independientes, conexos o derivados del presente, relacionados con el área del presente estudio.\*

Fecha y firma del participante

Fecha y firma del investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Información básica de protección de datos:** El Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental (CPB-SSM) le recuerda que el tratamiento de sus datos se realizará únicamente si consiente participar en el estudio, firmando el presente consentimiento, y se destinarán al desarrollo del estudio y de aquellos que, por razón de la materia o área, sean conexos o derivados del presente, o incluso independientes. Recuerde que en cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento o solicitud de portabilidad de acuerdo a lo especificado en el apartado “Protección de Datos” de la “Hoja de Información al paciente” del estudio. *(para recibir información ampliada acuda al apartado “Protección de Datos” de la hoja de información del estudio)*



### Documento 3: Autorización para la toma y utilización de imágenes y audio

#### AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA Y UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y AUDIO

El derecho a la propia imagen es un derecho reconocido en el art.18.1 de la Constitución y regulado en la Ley 5/1982, del 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen, así como en la aplicación de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, del 13 de diciembre.

Por la presente, le pedimos el consentimiento para grabar y mostrar las imágenes en las que resulta claramente identificable. La finalidad de estas imágenes es: formar parte de estudio **“VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION REVIEWED (STIPO-R) COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.**

En ningún momento se emplearán para finalidades distintas de la indicada, y nunca se usarán de manera conjunta con su nombre.

El Sr. / a.....mayor de edad y con DNI ....., mediante la firma del presente documento consiente expresamente y autorizo al centro ..... que pertenece al CPB - SSM, con NIF A08661977, tome imágenes de su persona con la finalidad anteriormente comentada.

Este consentimiento informado se firma en presencia del Investigador principal (Sra. Maria Jesus Rufat) y del terapeuta.

En todo caso, usted podrá ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 15/99 del 13 de diciembre, dirigiéndose por escrito al Sr. Joan Pi con domicilio laboral en la Calle Mare de Deu del Coll, 20. 08023 Barcelona o bien mediante el correo electrónico siguiente [cpb@cpbssm.org](mailto:cpb@cpbssm.org)

**Firma interesado / a.**

.....a ..... d..... de 20

## Anexo 2

### Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Valle de Hebrón



Vall d'Hebron  
Hospital

**Fg. Vall d'Hebron, 118-129**  
08035 Barcelona  
Tel. 93 489 38 91  
Fax 93 489 41 80  
ceic@vhir.org

ID-RTF080

#### **INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTO Y COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON**

Sra. Mireia Navarro Sebastián, Secretaria del COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS del Hospital ~~Hospital~~ **Universitari Vall d'Hebron,**

#### **CERTIFICA**

Que el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario **Vall d'Hebron**, en el cual la Comisión de proyectos de investigación está integrada, se reunió en sesión ordinaria nº 315 el pasado 27 de octubre de 2017 y evaluó el proyecto de investigación PR(AG)385/2017 presentado con fecha 01/10/2017, titulado "*VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO) COMO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD*" que tiene como investigador principal a la Dra. Natalia Calvo Piñero del Servicio de Psiquiatría de nuestro Centro.

Y que tras emitir un informe aprobado condicionado en dicha reunión y evaluar la documentación recibida posteriormente en respuesta a este informe

Versión de documentos:

- Memoria + HIP+ CI Version 2. 30 Octubre 2017

El resultado de la evaluación fue el siguiente:

#### **DICTAMEN FAVORABLE**

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC



(CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 1090/2015, y su composición actual es la siguiente:

Presidenta: Gallego Melcón, Soledad. Médico  
Vicepresidente: Segarra Sarries, Joan. Abogado  
Secretaria: Navarro Sebastián, Mireia. Química  
Vocales: Armadans Gil, Lluís. Médico  
Azpiroz Vidaur, Fernando. Médico  
Balasso, Valentina. Médico  
Cucurull Folguera, Esther. Médico Farmacóloga  
De Torres Ramírez, Inés M. Médico  
Fernández Liz, Eladio. Farmacéutico de Atención Primaria  
Fuentelsaz Gallego, Carme. Enfermera  
Fuentes Camps, Inmaculada. Médico Farmacóloga  
Guardia Massó, Jaume. Médico  
Joshi Jubert, Nayana. Médico  
Hortal Ibarra, Juan Carlos. Profesor de Universidad de Derecho  
Iavecchia, María Luján. Médico Farmacólogo  
Rodríguez Gallego, Alexis. Médico Farmacólogo  
Sánchez Raya, Judith. Médico  
Solé Orsola, Marta. Diplomada Enfermería  
Suñé Martín, Pilar. Farmacéutica Hospital  
Vargas Blasco, Víctor. Médico

En dicha reunión del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Lo que firmo en Barcelona a 03 de noviembre de 2017

**MIREIA NAVARRO**  
**SEBASTIAN**

Firma digitalizada por MIREIA NAVARRO SEBASTIAN  
Número de reconocimiento (Código): 0403, serie: Signa Médico  
www.signa.medico.es  
Certificado CPUSA-2, emitido por SIGNA MEDICO  
[Firma digitalizada por MIREIA NAVARRO SEBASTIAN]  
Fecha: 2017.11.03 14:46:04 +01'00'

Sra. Mireia Navarro  
Secretaria del CEIm

**Anexo 3**  
**Aleatorizaciones de los ítems de la versión en castellano de la STIPO-R para los cuatro jueces expertos**

STIPO-R	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	
1	28	19	47	1	
2	15	57	39	27	
3	57	32	46	19	
4	25	58	6	57	
5	14	45	42	55	
6	58	50	56	45	
7	5	38	34	2	
8	33	23	14	28	
9	9	12	16	16	
10	35	11	27	3	
11	6	24	53	10	
12	7	27	18	6	
13	54	47	25	13	
14	44	4	23	32	
15	18	28	5	9	
16	8	20	35	46	
17	37	8	41	29	
18	55	39	3	52	
19	40	30	8	36	
20	32	17	28	47	
21	1	16	57	7	
22	45	36	51	30	
23	16	40	50	23	
24	20	56	12	37	
25	29	51	38	42	
26	34	31	55	38	
27	19	29	45	15	
28	50	14	40	17	
29	12	25	33	8	
30	47	5	58	21	
31	30	42	13	35	
32	52	49	44	44	
33	39	44	32	58	
34	53	1	24	48	
35	42	41	54	22	
36	49	13	52	49	
37	10	3	26	31	
38	17	52	31	4	
39	22	46	20	50	
40	51	2	30	12	

41	24	6	29	33
42	26	7	48	40
43	41	35	10	54
44	4	33	49	34
45	2	22	7	25
46	11	37	1	43
47	13	53	22	41
48	36	18	21	20
49	46	48	2	5
50	21	26	43	24
51	31	54	9	18
52	38	9	15	56
53	23	15	17	14
54	56	55	4	53
55	3	10	37	26
56	27	34	11	39
57	48	21	19	51
58	43	43	36	11

**Anexo 4**  
**Versión traducida y adaptada al castellano de la STIPO-R (entrevista y**  
**cuaderno de puntuaciones)**

**STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY**  
**ORGANIZATION: STIPO-R**

**John F. Clarkin, Ph.D.**  
**Eve Caligor, M.D.**  
**Barry L. Stern, Ph.D. Otto**  
**F. Kernberg, M.D.**

**Personality Disorders Institute**  
**Weill Medical College, Cornell University**

**Marzo 2016**

**Traducido por Maria Jesús Rufat y Natalia Calvo Grup**  
**TLP Barcelona**

**Nombre del entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**                     **M**    **F**

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Nombre del entrevistador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
Traducido por Maria Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

**STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION-R: STIPO-R****Resumen de la medida**

SECCIÓN 1: Identidad	15 ítems
Capacidad para implicarse / invertir	4 (1-4)
Sentido de identidad	7 (5-11)
Representación del otro	4 (12-15)
SECCIÓN 2: Relaciones objetales	14 ítems
Relaciones interpersonales	4 (16-19)
Sexo e intimidad	5 (20-24)
Implicación (inversión) interna con los otros	6 (25-30)
SECCIÓN 3: <b>Defensas "Primitivas" de nivel inferior</b>	6 (31-36)
SECCIÓN 4: <b>Defensas "Primitivas" de nivel superior</b>	4 (37-40)
SECCIÓN 5: Agresión	9 ítems
Auto infligida	4 (41-44)
Dirigida a otros	5 (45-49)
SECCIÓN 6: Valores morales	6 ítems (50-55)

**Ítems de narcisismo # de ítem - 11 ítems**

1. 3 Capacidad para implicarse en el trabajo/la escuela - satisfacción
2. 9 Sentido de identidad - necesidad de sentirse objeto de admiración
3. 11 Sentido de identidad - cambios de la autoestima
4. 25 Relaciones objetales, Modelo Operativo Interno de Relaciones - egocentrismo
5. 26 Relaciones objetales, Modelo Operativo Interno de Relaciones - aburrimiento
6. 29 Relaciones objetales, Modelo Operativo Interno de Relaciones - perspectiva en término económicos
7. 30 Relaciones objetales, Modelo Operativo Interno de Relaciones - empatía
8. 32 Defensas Primitivas - Idealización /Devaluación
9. 36 Defensas Primitivas - Fantasía narcisista
10. 46 Agresión - Envidia
11. 55 Valores morales - Explotación

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



STIPO-R

3

## STIPO-R Instrucciones para la entrevista

Le voy a preguntar acerca de situaciones en su vida y de sus características de personalidad. Por favor, responda a las preguntas de la forma más abierta y honesta posible. Cuando conteste a las preguntas, conteste respecto de cómo ha estado, en general, en los últimos cinco años.

En los últimos 5 años, ¿ha habido momentos en los cuales ha sentido que no estaba dentro su "normalidad", debido a dificultades psiquiátricas como trastorno bipolar, esquizofrenia, abuso severo de drogas o alcohol, o depresión posparto? ¿Ha habido algún momento en que no se ha sentido dentro de su "normalidad" debido a un factor vital estresante, como la muerte de una persona allegada o una experiencia traumática? ¿Ha habido algún otro periodo en el cual no funcionaba dentro de su "normalidad" durante un tiempo prolongado?

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo durante los últimos 5 años estuvo afectado/a por estas dificultades y fuera de su "normalidad"?

¿Diría que, durante ese tiempo, actuó de una manera drásticamente diferente de cómo actúa con normalidad?

Indague acerca de: hospitalizaciones, pérdida de empleo o fin de una relación, interrupciones en el empleo o los estudios, etc.

Por último, antes de comenzar la entrevista, le debo comentar que tiene semejanzas y diferencias respecto de otras entrevistas y conversaciones. Le voy a hacer muchas preguntas y escucharé sus respuestas. En algunos casos, podré hacerle preguntas adicionales para aclarar sus respuestas y, en otros casos, quizás le detenga mientras hable. En general, si lo hago es debido a que ya tengo toda la información que necesito y porque me interesa que podamos completar la entrevista. ¿Tiene alguna pregunta?

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

## STIPO – R

4

**SECCIÓN 1: IDENTIDAD**

Cuénteme a qué ha dedicado la mayor parte de su tiempo en los últimos 5 años; por ejemplo, ¿ha trabajado a jornada completa, jornada parcial, o ha estudiado?

**Nota:** Identifique el área principal de implicación en los últimos 5 años y haga preguntas relevantes para esa área de implicación, p. ej., trabajo o estudios.

**Capacidad para implicarse / invertir**

It.  <i>Identidad</i>  <i>Capacidad para implicarse / invertir</i>  <i>Trabajo Efectividad</i>	¿Cómo es de efectivo en su trabajo?  <u>Indague acerca de:</u> evaluaciones de rendimiento, aumento de sueldo, si la persona entrevistada se sostiene con su empleo.  ¿Diría que su rendimiento en el trabajo está por debajo de su capacidad o potencial de manera significativa, o que está bastante igualado con su capacidad?  ¿Su trabajo está por encima o por debajo de su nivel de estudios?	
	0=	<i>Percepción propia de efectividad en el trabajo; rendimiento nivelado a su potencial y correspondiente a sus estudios</i>
	1=	<i>Percepción propia de inferior a óptima efectividad en el trabajo; rendimiento a un nivel algo por debajo de su potencial o nivel de estudios</i>
	2=	<i>Deterioro entre significativo y severo en el ámbito laboral: percepción propia de gran o absoluta ineffectividad en el trabajo o de un rendimiento muy inferior a su potencial y nivel de estudios</i>
	9 =	<i>Ningún puesto de trabajo significativo durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

## STIPO – R

5

<p>2t.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Capacidad para implicarse / invertir</i></p> <p><i>Trabajo</i></p> <p><i>Ambición/objetivos</i></p>	<p>¿Cómo es de importante el trabajo para usted?</p> <p>¿Diría que es ambicioso/a en relación a su trabajo y su carrera?; ¿Cuáles son sus objetivos laborales?</p> <p>¿Cómo de realistas diría que son estos objetivos? ¿Ha sido efectivo/a en el cumplimiento de sus objetivos profesionales?</p> <p>¿Cómo de estables han sido sus objetivos y ambiciones laborales? - ¿Cambian con frecuencia?</p> <p>Durante los últimos 5 años, ¿su empleo ha sido coherente con sus objetivos?</p>	
	0=	<p><i>Tiene ambiciones/objetivos laborales claros; coherencia entre los objetivos profesionales y personales; implicación estable</i></p>
	1=	<p><i>Ambiciones/objetivos laborales poco claros; puede mostrar implicación y consistencia en su trabajo, pero lo percibe exclusivamente como un "medio para conseguir un fin", con poco sentido respecto de objetivos o ambiciones; implicación algo inestable</i></p>
	2=	<p><i>Incapaz de identificar ambiciones/objetivos laborales claros; ausencia de ambición; alguna o ninguna coherencia entre los objetivos profesionales y personales; implicación inestable entre significativa y severa</i></p>
	9 =	<p><i>Ningún puesto de trabajo significativo durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>3t.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Capacidad para implicarse / invertir</i></p> <p><i>Trabajo Satisfacción</i></p> <p><i>Narcisismo 1</i></p>	<p>¿Le gusta trabajar? ¿Trabajar le da una sensación de satisfacción o logro?</p> <p>¿Le da una sensación de orgullo y satisfacción el “trabajo bien hecho” en sí mismo?</p>	
	0=	<i>Claramente obtiene un sentido de satisfacción y disfrute del trabajo</i>
	1=	<i>Algo de insatisfacción con el trabajo; obtiene un poco de satisfacción/gratificación del trabajo; el disfrute que resulta del trabajo es mínimo; posible percepción del trabajo como medio para conseguir un fin, con poca recompensa intrínseca, o por el mero hecho de obtener admiración</i>
	2=	<i>Insatisfacción con el trabajo entre significativo y severo; poco o ningún sentido de gratificación/satisfacción/disfrute del trabajo; puede afectar a su necesidad de trabajar; percibe el trabajo exclusivamente como medio para conseguir un fin o cumplir expectativas; percepción del empleo como solo un medio para obtener gratificación narcisista</i>
	3=	<i>Ningún puesto de trabajo significativo durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i>

## STIPO – R

7

<p>1e.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Capacidad para implicarse / invertir</i></p> <p><i>Estudios</i></p> <p><i>Efectividad</i></p>	<p>¿Cómo de efectivo es en sus estudios?</p> <p>¿Cómo son sus notas?</p> <p>¿Cumple con los plazos?</p> <p>¿Rinde al mismo nivel que su potencial?</p> <p>¿Pudo completar el plan de estudios elegido? ¿Terminó los estudios?</p> <p>En general, ¿qué retroalimentación le han dado sobre su trabajo académico?, ¿Por lo general positiva o negativa)?</p>	
	0=	<i>Efectividad en los estudios; cumplimiento con los plazos, rinde a su nivel en cuanto a las notas en la mayoría de sus proyectos de estudio; obtiene retroalimentación positiva</i>
	1=	<i>Algo de ineffectividad en los estudios; puede ser efectivo/a en unos e ineffectivo/a en otros; obtiene retroalimentación mixta sobre su rendimiento académico</i>
	2=	<i>Ineffectividad en los estudios; deja de estudiar, incapaz de completar los estudios o rendir a nivel de las expectativas en la mayoría de sus esfuerzos académicos</i>
	9 =	<i>Ningún rol significativo como estudiante durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>2e.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Capacidad para implicarse / invertir</i></p> <p><i>Estudios ambición/objetivos</i></p>	<p>¿Cómo de importantes son sus estudios para usted?</p> <p>¿Sus estudios corresponden al trabajo que desea ejercer en su vida; corresponden con sus objetivos?</p> <p>¿Sus objetivos profesionales y aspiración cambian con frecuencia, o han permanecido estables durante un periodo de tiempo largo?</p> <p>¿Tiene una idea clara de lo que pretende lograr en su trabajo, de sus objetivos y aspiraciones de carrera profesional?</p>	
	0=	<p><i>Estudios correspondientes con objetivos profesionales o personales. <u>NOTA:</u> esto puede incluir a un universitario que quizás, o no, sepa a lo que se quiere dedicar después de terminar la universidad, pero que expresa la importancia de una educación "integral" para obtener éxito en su futuro.</i></p>
	1=	<p><i>Relación leve entre los estudios y los objetivos profesionales; algo de inestabilidad en cuanto a objetivos</i></p>
	2=	<p><i>Ninguna o poca relación entre los estudios y los objetivos profesionales o personales; la persona entrevistada no tiene definidos sus objetivos profesionales o personales; sus objetivos pueden variar con frecuencia; no expresa ningún objetivo que claramente requiera estudios</i></p>
	9	<p><i>Ningún rol significativo como estudiante durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i></p>

## STIPO – R

9

<p>3e.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Capacidad para implicarse / invertir</i></p> <p><i>Satisfacción en los estudios</i></p> <p><i>Narcisismo I</i></p>	<p>¿Le gusta estudiar? ¿Estudiar le da una sensación de satisfacción o logro?</p> <p>¿Le gusta aprender?</p>	
	0=	<i>Disfrute con los estudios: claramente obtiene un sentido intrínseco de satisfacción del trabajo y los estudios</i>
	1=	<i>Se percibe una falta de disfrute en los estudios; satisfacción y gratificación leves; sentido de indiferencia, cinismo o percepción de los estudios simplemente como medio para conseguir un fin o para cumplir con expectativas</i>
	2=	<i>Aversión o gran indiferencia hacia los estudios: poco o ningún sentido de gratificación o disfrute; percibe los estudios exclusivamente como medio para conseguir un fin o cumplir expectativas; percepción del estudio como únicamente un medio para obtener gratificación narcisista</i>
	9 =	<i>Ningún rol significativo como estudiante durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



<p>4.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Capacidad para implicarse / invertir</i></p> <p><i>Ocio - Intereses continuados</i></p>	<p>En los fines de semana o en su tiempo libre, ¿a qué intereses dedica su tiempo?</p> <p>¿Se implica en actividades que conllevan una parte considerable de su tiempo?</p> <p><u>Si la persona entrevistada no identifica este tipo de actividad, avídele de la siguiente manera:</u></p> <p>Por ejemplo, ¿tiene aficiones a las que dedica tiempo, como aprender a tocar un instrumento musical o a perfeccionar la técnica, practicar una manualidad o afición artística, participar en deportes de forma continuada, u otras actividades de este tipo?</p> <p>¿Qué me dice de actividades culturales, ir al teatro o asistir a funciones musicales con regularidad? ¿Participa de forma activa y continuada en actividades religiosas?</p> <p><u>Elija una o dos de las actividades más significativas y, para cada una, indague:</u></p> <p>Cuánto tiempo ha participado en la actividad la persona entrevistada, el tiempo dedicado a la actividad, la continuidad de su implicación, la seriedad de su interés, los esfuerzos por aumentar sus conocimientos sobre dicha actividad o interés (p. ej., tomando clases o lecciones, leyendo sobre la actividad o interés).</p> <p>¿Su interés en _____ le satisface?</p> <p>¿Disfruta de _____ y le resulta satisfactoria su participación en _____?</p> <p>¿Cómo de estable es su participación en _____ y _____? ¿Son actividades a las cuales dedica tiempo de forma continua o solo de vez en cuando?</p>
	<p>0= <i>Tiene una o más actividades o intereses que conllevan su implicación regular como se ha descrito anteriormente; se identifica una implicación estable a lo largo del tiempo; participación en la actividad durante "periodos activos"; deriva de la actividad una satisfacción y placer, en la cual hay una implicación importante; puede ser altamente satisfactoria pero no particularmente placentera y aun así recibir la puntuación de "0"</i></p>
	<p>1= <i>Puede identificar una o más actividades o intereses, pero describe una implicación menos formal, p. ej., más discontinua, con poca sensación de implicación; implicación superficial o irregular; identificación de actividades o intereses pero la implicación o interés son discontinuos a largo plazo; informa de que los intereses ganan y pierden en intensidad con el tiempo; sentimiento de ambivalencia respecto de la actividad: algo de placer y disfrute, pero quizás también la percepción de su implicación como una tarea u obligación</i></p>
	<p>2= <i>No identifica ninguna actividad que conlleve una implicación continuada de tiempo o esfuerzo; implicación inestable; describe intereses que cambian de forma significativa y con frecuencia de contenido; participación poco frecuente, incluso en periodos "activos"; puede informar de la ausencia de actividades o intereses; de las actividades o resulta ningún sentimiento de placer o satisfacción: tiene la percepción de las mismas como una tarea u obligación; sin disfrute intrínseco</i></p>

**Sentimiento de coherencia con sí mismo/a y de continuidad**

Ahora quiero cambiar un poco de tema y hacerle algunas preguntas sobre usted como persona... sobre su personalidad.

Hábleme de usted, describame cómo es como persona. Digamos que quiere que le conozca lo más rápidamente posible, en unos pocos minutos - ¿cómo se describiría a sí mismo/a para que obtenga una imagen viva y completa del tipo de persona que es?

¿Hay algo más que pueda contarme sobre lo más característico de usted, sobre su esencia como persona?

En el caso de que la persona entrevistada ofrezca:

1. Una lista de adjetivos. «Ha empleado varios adjetivos para describirse: me pregunto si podría profundizar un poco en esa descripción, quizás ilustrándola con un ejemplo o una historia que muestra algunas de esas cualidades». Nota: pida algunos ejemplos, cuando sea necesario.
2. Una descripción superficial, pregunte sobre uno o más de los adjetivos o las cualidades ofrecidos y pida a la persona entrevistada que describa esas cualidades en mayor detalle.
3. Una descripción dicotómica - devaluada. «He notado que se describe en términos que son casi todos negativos; ¿posee algunas cualidades positivas que me puede describir brevemente?»
4. Una descripción dicotómica - idealizada. «He notado que se describe en términos que son casi todos positivos; ¿posee algunas cualidades negativas que me puede describir brevemente?»

5.	0=	<i>Descripción propia con sutileza, profundidad y conocimiento de sí mismo/a: es fácil para la persona entrevistada elaborar cualidades varias y diversas; calidad narrativa</i>
<i>Identidad</i>		
<i>Sentido de identidad (Sí mismo)</i>	1=	<i>Descripción de sí mismo/a algo superficial: descripción de sí mismo/a algo pobre; tienda a ofrecer un listado de adjetivos con escasa elaboración, narración</i>
<i>Descripción de sí mismo/a - Superficialidad versus Profundidad</i>	2=	<i>Descripción de sí mismo/a superficial: poca sutileza o profundidad; descripción de sí mismo/a bastante pobre; listado de adjetivos sin elaboración; poca o ninguna calidad narrativa</i>

6. Identidad	0=	<i>La representación de sí mismo/a refleja una integración sutil de cualidades reales positivas y negativas.</i>
<i>Sentido de identidad (Sí mismo)</i>	1=	<i>Una representación mixta, puede incluir cualidades negativas tanto como positivas, pero la representación de ambos atributos positivos y negativos es menos matizada y elaborada</i>
<i>Descripción de sí mismo/a - Ambivalencia</i>	2=	<i>Descripción de sí mismo/a altamente dicotómica; la representación es casi toda positiva o toda negativa sin integración alguna entre ambos polos</i>

Nota: Dada la percepción de sí mismo/a fundamentalmente o casi exclusivamente negativa, ¿puede la persona hablar de una manera realista sobre algo positivo de sí mismo/a cuando se le pregunta?

O,

Dada la percepción de sí mismo/a fundamentalmente o casi exclusivamente positiva, ¿puede la persona hablar de una manera realista sobre algo negativo de sí mismo/a cuando se le pregunta?

## STIPO – R

13

<p>7.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Sentido de identidad (Si mismo)</i></p> <p><i>Sentido de identidad (Si mismo) consistente En el presente</i></p>	<p>¿Diría que personas distintas en su vida tienen impresiones diferentes de usted de tal manera que cada una tiene una sensación diferente de cómo es como persona?</p> <p><i>(Nota: en caso necesario, clarifique que esto no se refiere a cambios en un comportamiento, sino de un sentimiento diferente de cómo es uno como persona, o el tipo de persona que es uno).</i></p> <p>¿Diría que se siente diferente respecto de sí mismo/a, respecto de quién es como persona, en situaciones diferentes o según con quién está?</p> <p>¿Actúa de maneras que otros consideran impredecible o errática,... o los demás, por lo general, saben qué pueden esperar de usted)?</p> <p>¿Los demás le dicen que tiene un comportamiento contradictorio, o diría que los demás básicamente saben qué esperar de usted en cuanto a su comportamiento?</p> <p>¿Los demás normalmente se sorprenden con su comportamiento?</p>
	<p>0= <i>Sentido de identidad consistente en situaciones diferentes; los demás no le perciben como impredecible o errático/a; los demás no consideran que actúa de forma contradictoria</i></p>
	<p>1= <i>Sentido de identidad algo inconsistente y variable en situaciones diferentes; sentimiento de que el comportamiento es algo impredecible o errático</i></p>
	<p>2= <i>Cambios marcados en el sentido de identidad en situaciones diferentes; mayor inestabilidad global que en respuesta #1; sentimiento claro del comportamiento como impredecible o errático; podrá extenderse hacia un comportamiento severamente caótico</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>8.</p> <p><i>Sentido de identidad (Sí mismo)- Gustos/ Opiniones</i></p>	<p>¿Diría que se fija para ver qué puntos de vista y opiniones tienen los demás y que tiende a asumir dichos puntos de vista y opiniones como suyos, o tiene bastante claros cuáles son sus propios puntos de vista y opiniones?</p> <p><u>Nota:</u> En caso de necesitar mayor clarificación, sugiera opiniones morales, opiniones sobre otras personas, opiniones políticas, centrándose en la claridad y la solidez de dichos puntos de vista, en comparación con la maleabilidad de las mismas.</p> <p><b>De sus gustos y preferencias respecto de cosas como la comida, la ropa, la música - ¿tiene una idea clara de sus gustos, de lo que le gusta y disgusta?</b></p> <p>¿Considera que sus gustos, preferencias y opiniones cambian de manera significativa de un día para otro o de una semana a otra?</p>
	<p>0= <i>Tiene un sentido firme de sus opiniones y gustos</i></p>
	<p>1= <i>Tiene algo de inestabilidad o falta de autenticidad en sus gustos, preferencias, opiniones; puede dar al menos algunos ejemplos de cuáles opiniones y gustos de otros asume como propios</i></p>
	<p>2= <i>Sentido de gustos y preferencias personales inestable y falso; poco o ningún sentido de preferencias y opiniones propias; sus gustos y preferencias pueden cambiar de forma significativa y con frecuencia, quizás según la demanda social, p. ej., adoptando los gustos y las opiniones de otros</i></p>
<p>9.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Sentido de identidad (Sí mismo) consistente</i></p> <p><i>Fantasías narcisistas</i></p> <p><i>Narcisismo 2</i></p>	<p>Aunque todos agradecemos que se nos admire, ¿diría que la aprobación, admiración y atención positiva de los demás le son especialmente importantes?</p> <p>¿Encuentra que busca activamente dicha admiración o atención?</p> <p>¿Los demás le dicen que necesita ser admirado/a, que necesita ser el centro de atención?</p> <p>¿Se siente vacío/a o desanimado/a cuando no recibe esa atención o admiración?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Cómo de gran problema es su necesidad de admiración y su reacción cuando carece de admiración?</p>
	<p>0= <i>No refiere la búsqueda de admiración o sentimiento de desánimo ante la falta de atención y admiración</i></p>
	<p>1= <i>Alguna preocupación en cuanto a la búsqueda de admiración y aprobación de los demás y algún sentimiento de desánimo ante la falta de atención y admiración</i></p>
	<p>2= <i>Tendencia importante hacia la búsqueda de admiración y aprobación de los demás; sentimiento de desánimo significativo ante la falta de admiración y aprobación</i></p>



## STIPO – R

15

<p>10.</p> <p><i>Sentido de identidad (Si mismo) en relaciones íntimas</i></p>	<p>En una relación íntima (o matrimonial), o cuando inicia una relación íntima, ¿teme perder parte de sí mismo/a, de lo que es importante para usted?</p> <p><u>En caso afirmativo</u>, ¿puede explicar cómo esto le suele ocurrir, quizás en una relación reciente (o en su matrimonio) como ejemplo?</p> <p><u>En caso afirmativo</u>, ¿es simplemente un ejemplo de “flexibilidad” o de adaptación respecto de su pareja, o se siente como si perdiese sus propios intereses, gustos y sentido de identidad?</p> <p>Cuando está en una relación íntima (o matrimonial), ¿le es difícil mantener el sentido de sus propios intereses, actitudes o gustos?; o, ¿tiende a adoptar los intereses, actitudes y gustos de su pareja?</p>	
	0=	<p><i>Ninguna pérdida o deterioro del sentido de identidad en el contexto de una relación íntima como descrita anteriormente</i></p>
	1=	<p><i>Sentido de identidad algo comprometido o perdido en el contexto de una relación íntima; el sentido de identidad en este contexto es algo inseguro</i></p>
	2=	<p><i>Pérdida entre significativa y severa del sentido de identidad en el contexto de una relación íntima; «No temo perder el sentido de mí mismo/o porque carezco de un sentido de mí mismo/a»</i></p>
	9 =	<p><i>Ninguna relación íntima durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>11.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Sentido de identidad (Sí mismo)</i></p> <p><i>Autoestima</i></p> <p><i>Narcisismo 3</i></p>	<p>¿Diría que su autoestima es cambiante, que a veces se considera especial y único/a y que otras veces se siente pequeño/a, aburrido/a o con defectos?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Diría que los cambios en su autoestima son muy severos, ocurren con frecuencia, o que le desconciertan?</p> <p>¿Puede darme un ejemplo de las maneras en las cuales estos cambios le ocurren?</p>	
	0=	<i>Autoestima estable, positiva y realista;</i>
	1=	<i>Sentido de autoestima algo inestable; autoestima vulnerable a eventos externos, p. ej., en respuesta a un factor estresante, el sujeto puede experimentar un cambio duradero en su autoestima de positivo a negativo</i>
	2=	<i>Sentido de autoestima extremadamente inestable, consistentemente negativa, patentemente grandiosa o irrealmente positiva</i>



**Representación del Otro**

¿Quién es la persona más importante en su vida en este momento, exceptuando a los familiares con los cuales creció y sus hijos (y su terapeuta)?

<p>Hábleme de ____, descríbame cómo es ____, como persona. Digamos que quiere que conozca a ____ lo más rápidamente posible, en unos pocos minutos - ¿cómo me describiría a ____ para que obtenga una imagen viva y completa del tipo de persona que es ____?</p> <p>¿Hay algo más que pueda contarle sobre lo más característico de ____, sobre la esencia de ____ como persona?</p> <p><u>En el caso de que la persona entrevistada ofrezca:</u></p> <p>1. <u>Una lista de adjetivos</u>, «Ha empleado varios adjetivos para describir a ____; Me pregunto si podría profundizar un poco en esa descripción, quizás ilustrándola con un ejemplo o una historia que muestre algunas de esas cualidades». <b>Nota:</b> pida <i>dos</i> ejemplos, cuando sea necesario.</p> <p>2. <u>Una descripción superficial</u>, pregunte sobre uno o más de los adjetivos o cualidades ofrecidos y pide a la persona entrevistada que describa esas cualidades en mayor detalle.</p> <p>3. <u>Una descripción escindida - devaluada</u>, «He notado que describe a ____ en términos que son casi todos negativos; ¿posee ____ algunas cualidades positivas que me puede describir con brevedad?»</p> <p>4. <u>Una descripción escindida - idealizada</u>, «He notado que describe a ____ en términos que son casi todos positivos; ¿posee ____ algunas cualidades negativas que me puede describir con brevedad?»</p>		
12.	0=	<i>Descripción del objeto con sutileza, profundidad y conocimiento de sí mismo/a: es fácil para la persona entrevistada elaborar cualidades varias y diversas; calidad narrativa</i>
<i>Identidad</i>		
<i>Representación del otro - persona más importante</i>	1=	<i>Descripción del objeto algo superficial: descripción del objeto algo pobre; tienda a ofrecer un listado de adjetivos con escasa elaboración, narración</i>
<i>Superficialidad versus Profundidad</i>	2=	<i>Descripción del objeto superficial: poca sutileza o profundidad; descripción del objeto bastante pobre; listado de adjetivos sin elaboración; poca o ninguna calidad narrativa</i>

13.	0=	<i>La representación del objeto refleja una integración sutil de cualidades reales positivas y negativas.</i>
<i>Identidad</i>		
<i>Representación del otro - persona más importante</i>	1=	<i>La representación es mixta, puede incluir tanto cualidades negativas como positivas, pero la representación de ambos atributos positivos y negativos es menos matizada y elaborada</i>
<i>Ambivalencia</i>	2=	<i>La descripción del objeto es altamente dicotómica; la representación es casi toda positiva o toda negativa sin integración alguna entre ambos polos</i>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>14.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Representación del otro</i></p> <p><i>Imagen cambiante de los otros</i></p>	<p>¿Su imagen de los demás cambia según lo que le ocurre? Digamos que está enfadado/a con su mejor amigo/a; ¿siente que esa persona se convierte en algo diferente de su amigo/a, que «Esa persona es horrible, ¡no la soporto!», o más bien «Vale, estoy muy enfadado/a, pero sigue siendo una persona muy allegada»?</p> <p>¿Puede sentir cercanía y enfado a la vez hacia esa persona?</p> <p>Otra manera de decirlo sería, «Digamos que su mejor amigo/a, o su pareja, es una persona atenta y afectuosa; cuando esa persona le frustra, ¿de repente, en su mente, siente que esa persona nunca fue atento/a con usted?»</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Le viene a la mente algún ejemplo reciente de cuando tuvo una imagen tan clara de otra persona y sus sentimientos hacia esa persona cambiaron de manera repentina a algo muy diferente?</p> <p>¿Cree que sus sentimientos cambian así con frecuencia, en muchas de sus relaciones con personas cercanas?</p>
	<p>0=</p> <p><i>Representación estable de los demás; capacidad de retener una representación completa y "neta" de los demás, incluso en situaciones conflictivas</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Representación estable de los demás en general; tendencia leve hacia cambios en la representación de los demás, limitada a momentos conflictivos o quizás a relaciones específicas</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Representación inestable de los demás, en muchas situaciones y relaciones; inestabilidad no limitada a situaciones conflictivas</i></p>

<p>15.</p> <p><i>Identidad</i></p> <p><i>Representación del otro</i></p> <p><i>Sentimientos de otros hacia sí mismo/a</i></p>	<p>¿Teme que los sentimientos de otras personas <i>hacia usted</i> puedan cambiar de manera repentina o drástica?</p> <p>Por ejemplo, ¿teme que alguien pueda tener sentimientos positivos hacia usted y considerarle allegado/a inicialmente y que después pueda estar muy enfadado/a o tratarle de forma despectiva?</p> <p>Incluso con las personas que conoce muy bien - ¿le es difícil estar seguro/a de qué piensan de usted?</p> <p>¿Le es difícil averiguar qué piensan de usted los demás y cuáles de sus cualidades aprecian o les disgustan?</p> <p>¿Ha experimentado la sensación de sorpresa al descubrir qué piensan realmente los demás de usted?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>La lucha con estas dificultades en juzgar los sentimientos de otros hacia usted, ¿la sufre en la mayoría de sus relaciones la mayor parte del tiempo, o con algunas personas y sólo a veces?</p>
	<p>0= <i>Acierta, la mayoría de las veces, en juzgar cómo otros le perciben o los sentimientos que tienen hacia él/ella; poca o nula preocupación o miedo respecto de cambios repentinos en las opiniones de los demás</i></p>
	<p>1= <i>Algo de dificultad en acertar cómo otros le perciben; acierta en juzgar cómo es percibido/a en algunas relaciones, pero no en otras; tiene preocupación y miedo respecto de cambios repentinos en las opiniones de los demás</i></p>
	<p>2= <i>Dificultad continuada entre generalizada y severa respecto de acertar cómo otros le perciben; preocupación continua y miedo respecto de cambios repentinos e impredecibles en las opiniones de los demás</i></p>

SECCIÓN 2: RELACIONES OBJETALESRelaciones interpersonales /amistades

<p>16.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Amistades</i></p> <p><i>Presencia</i></p>	<p>¿Tiene amigos/as?</p> <p><i>(Nota: Esta pregunta evalúa la presencia de amistades, excluyendo cónyuges, pareja, hermanos/as e hijos/as.)</i></p> <p><u>En caso afirmativo</u></p> <p>Cuénteme sobre una o dos personas más cercanas a usted y describa su relación con ellos/as.</p> <p><u>Indague:</u> para cada amigo/a identificado, pregunte acerca de:</p> <p>Duración de la amistad;          Modo y frecuencia del contacto, p. ej., telefónico o presencial;          Continuidad del contacto a lo largo del tiempo, p. ej., ¿se pierde y se vuelve a retomar el contacto?</p>
	<p>0=</p> <p><i>Tiene al menos 2 amigos/as, caracterizados por una duración, frecuencia y continuidad del contacto durante los últimos 5 años</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>No tiene más de 1 amigo fuera del ámbito familiar, o presencia de varias relaciones caracterizadas como amistades más semejantes a conocidos, con descripciones pobres, según los criterios de arriba</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Ninguna amistad que cumpla con las cualidades de duración, frecuencia de contacto, como se ha descrito anteriormente</i></p>

Nota: Este ítem es simplemente una medida de conexión social versus aislamiento.

<p>17.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Amistades</i></p> <p><i>Cercanía</i></p>	<p>Ha mencionado su relación con ____ y _____. ¿Diría que son relaciones estrechas? ¿De qué maneras son "cercanos/as"?</p> <p>¿Diría que su relación con ____ y ____ se caracteriza por intimidad y confianza?</p> <p>¿Puede abrirse y compartir cosas importantes con ____?</p> <p>¿____ comparte cosas importantes de su vida con usted?</p> <p><u>Nota:</u> Indague con estas preguntas sobre las dos amistades cercanas mencionadas en pregunta #16.</p> <p>¿Puede/pudo contar con ____?</p> <p><u>En caso afirmativo</u>, ¿en qué manera cuenta/contó con ____?</p> <p>¿Sus relaciones con ____ y ____ son conflictivas, inestables y dramáticas?</p>
	<p>0= <i>Interdependencia, intimidad y transparencia; ausencia de drama o conflicto continuo</i></p>
	<p>1= <i>Sentimiento algo deteriorado de interdependencia, intimidad y transparencia; limitado en términos de apoyo y atención recíprocos</i></p>
	<p>2= <i>Sentimiento de interdependencia, intimidad o transparencia entre significativa y severamente deteriorado; altamente superficial; volátil, caótico</i></p>
	<p>9= <i>Ninguna amistad identificada en pregunta #16 - pregunta omitida</i></p>

## STIPO – R

23

18.	<p>¿Tiende a mantener y perder el contacto con sus amistades?</p> <p>¿Encuentra que puede tener una amistad muy estrecha con otra persona durante un tiempo, pero que después desaparece de su vida?</p> <p>Si le pidiese que liste sus amistades más cercanas hace 5 años, hace 2 años y hoy, ¿dicha lista sería más o menos igual o diferente?</p> <p><u>Nota:</u> Tenga en cuenta que para entrevistados más jóvenes en fases vitales transitorias (universidad, estudios de posgrado), dichos cambios pueden ser apropiados en términos de desarrollo.</p>	
<i>Relaciones objetales</i>		
<i>Amistades</i>		
<i>Estabilidad temporal</i>		
	0=	<i>La mayoría de las amistades perdura a lo largo del tiempo; contacto regular y continuado con las amistades más cercanas</i>
	1=	<i>Algunas amistades perduran en el tiempo; tendencia a dejar algunas amistades, o que amigos/as entren y salgan de la vida de la persona entrevistada</i>
	2=	<i>Pocas, si las hubiera, relaciones fuera del ámbito familiar que perduren el tiempo; patrón significativo de comienzo y fin de amistades; ninguna amistad identificada</i>
	9=	<i>Ninguna amistad identificada en pregunta #16 - pregunta omitida</i>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



<p>19.</p> <p><i>Relaciones interpersonales - Relaciones en el trabajo / escuela - conflicto</i></p>	<p>¿Cómo se lleva con las personas en su trabajo (o en la escuela)?</p> <p>¿A veces hay conflicto en sus relaciones con colegas (compañeros de estudio), jefes, supervisores (profesores/as), o con las personas que usted supervisa (enseña)?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Esto ha resultado en problemas en su vida laboral, como medidas disciplinarias, periodos de prueba, o despidos?</p> <p>¿Experimenta otros tipos de problemas serios en las relaciones con sus colegas (luchas de poder continuas, decepción crónica y severa, manipulación, o engaño)?</p>	
	0=	<i>Pocos, si los hubiera, conflictos con los demás en el trabajo/la escuela; ninguna expresión externa de conflicto o volatilidad</i>
	1=	<i>Algunos conflictos con otros en el trabajo o la escuela; pueden ocurrir únicamente con algunos grupos (p. ej., jefes, pero no con supervisores); los conflictos son menos volátiles que en #2 abajo</i>
	2=	<i>Conflictos entre significativos y severos con los demás en el trabajo/la escuela; hostilidad abierta; el conflicto es continuo o severo</i>
	9=	<i>La persona entrevistada ni trabajó ni estudió en los últimos 5 años - pregunta omitida</i>

**Relaciones íntimas y sexualidad**

20.	<p>¿Ha tenido alguna relación romántica en los últimos 5 años? (Valore el número de relaciones significativas en los últimos 5 años y la duración de cada una).</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p>De las relaciones que me acaba de describir, ¿cuál considera la más valiosa o significativa?</p> <p><i>Relaciones íntimas</i></p> <p><b><u>Indague para #20 y #21 cuál fue "la relación más valiosa o significativa"</u></b>; ¿Cuánto duró?; ¿Hubo rupturas significativas en la relación?; ¿La relación era exclusiva, fiel?; ¿Era una relación únicamente sexual?</p> <p><i>Presencia de...</i></p>
	<p>0=</p> <p><i>Al menos una relación romántica de duración importante; implicación sexual</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Al menos una relación romántica de duración importante; algo de compromiso p. ej., relación no sexual, no exclusiva, a distancia</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Deterioro entre significativo y severo de las relaciones íntimas o románticas; relaciones breves en serie; ausencia de intimidad sexual; ninguna relación romántica</i></p>
	<p>9=</p> <p><i>Ninguna relación romántica durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i></p>

<p>21.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Relaciones íntimas</i></p> <p><i>Intimidad / interdependencia</i></p>	<p>¿Diría que su relación con ___ se caracteriza por intimidad y confianza? ¿Puede abrirse y compartir cosas importantes con su pareja?</p> <p><b>Nota:</b> Si la persona entrevistada se centra mayormente en la intimidad sexual, redirigir la conversación preguntando si le fue difícil mantener una cercanía <i>emocional</i> en la relación.</p> <p>¿Puede/pudo contar con esta persona?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿En qué manera cuenta/contó con su pareja?</p> <p>¿Esta relación era conflictiva, volátil y dramática?</p>
	<p>0= <i>Interdependencia, intimidad y transparencia; ausencia de drama o conflicto continuo</i></p>
	<p>1= <i>Sentimiento algo deteriorado y volátil o caótico de interdependencia, intimidad y transparencia, limitado en términos de apoyo y atención recíproco</i></p>
	<p>2= <i>Sentimiento entre significa y severamente deteriorado de interdependencia, intimidad o transparencia; altamente superficial; volátil, caótico</i></p>
	<p>9= <i>Ninguna relación romántica durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i></p>

## STIPO – R

27

<p>22.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Relaciones íntimas</i></p> <p><i>Actividad sexual</i></p>	<p>¿Es sexualmente activo/a con otra/s persona/s en la actualidad?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿Con quién?</p> <p>En los últimos 5 años, ¿con que frecuencia ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>¿Está satisfecho/a con los aspectos sexuales de sus relaciones?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b>, explíqueme qué es para usted «estar satisfecho».</p> <p><b><u>En caso negativo</u></b>, dígame qué considera insatisfactorio.</p>	
	0=	<i>Es sexualmente activo/a; sexo por lo general dentro del contexto de una relación; satisfacción, en general, con las relaciones sexuales</i>
	1=	<i>Actividad sexual restringida o actividad sexual, por lo general, fuera del contexto de una relación continua; algo de insatisfacción con las relaciones sexuales</i>
	2=	<i>Actividad sexual significativa o severamente restringida; puede informar de poca o ninguna satisfacción con las relaciones sexuales; pero esto puede ocurrir en una serie de encuentro sexuales esporádicos; sexo anónimo con muchas personas diferentes</i>
	9=	<i>Ninguna relación sexual durante los últimos 5 años</i>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

23.	¿Es tímido/a en lo que refiere a sexo?
<i>Relaciones objetales</i>	¿Teme iniciar y dirigir la actividad sexual?
<i>Relaciones íntimas</i>	<u>Indague acerca de:</u> Pensamientos o fantasías sexuales, masturbación.
	0= <i>Ninguna evidencia de inhibición sexual; inicia y dirige la actividad sexual</i>
	1= <i>Algo de inhibición, timidez, vergüenza, incluso en el contexto de una relación duradera o comprometida que es segura en otros aspectos</i>
	2= <i>Inhibición sexual entre significativa y severa</i>
	9= <i>Ninguna relación sexual durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i>

24.	¿Tener relaciones sexuales le hace sentir mayor cercanía emocional con su pareja?
<i>Relaciones objetales</i>	Con sus parejas sexuales, ¿puede disfrutar de sentimientos de ternura y de apasionamiento sexual a la vez?
<i>Relaciones íntimas</i>	
<i>Combinando sexo y amor</i>	¿Le es difícil experimentar sentimientos de ternura a la vez que disfrutar del sexo?
	0= <i>Capaz de combinar sentimientos de ternura y de amor con la experiencia sexual</i>
	1= <i>Informa de tener algo de dificultad en combinar sentimientos de ternura y de amor con la experiencia sexual; puede informar de no disfrutar demasiado de las relaciones sexuales; puede informar de mayor inhibición con parejas románticas y menor inhibición con parejas de sexo casual</i>
	2= <i>Dificultad significativa o incapacidad para combinar sentimientos de ternura y de amor con el placer sexual; ningún contacto sexual en el contexto de una relación romántica; puede informar de solo disfrutar de las relaciones sexuales con parejas de sexo casual</i>
	9= <i>Ninguna relación sexual durante los últimos 5 años - pregunta omitida</i>

**Implicación interna (inversión interna) con los otros**

<p>25.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Implicación / inversión interna con los otros</i></p> <p><i>Sentido de egocentrismo</i></p> <p><i>Narcisismo 4</i></p>	<p>¿Los demás le dicen que tiende a dar la vuelta a las conversaciones para hablar solo de sí mismo/a, o de lo que a <i>usted</i> le interesa?</p> <p>¿Los demás le dicen que es muy difícil mantener una conversación con usted, que parece que no les escucha, o que parece que su atención se va a otra parte?</p> <p><b><u>En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores</u></b></p> <p>¿Le han dicho otras personas que parece egoísta y egocéntrico/a?</p> <p>¿Puede contarme cuándo ha supuesto esto un problema en su vida, o cuándo se lo han señalado, quizás dando un ejemplo?</p> <p>¿Es así en todas sus relaciones, solo en algunas relaciones, o solo a veces?</p>
	<p>0= <i>Informa de que continuamente tiene en cuenta las necesidades de los demás cuando toma decisiones para sí mismo/a; no se quejan los demás de que tenga una actitud fría, indiferente, o egocéntrica en este sentido</i></p>
	<p>1= <i>Informa de que tiene algunas dificultades en tener en cuenta las necesidades de los demás como se ha descrito; recibe retroalimentación de otros que a veces puede tener una actitud fría, indiferente, o egocéntrica en este sentido; esto puede limitarse a situaciones concretas o a periodos de estrés</i></p>
	<p>2= <i>Informa de que tiene dificultades entre significativas y severas en tener en cuenta las necesidades de los demás como se ha descrito; puede que reciba retroalimentación de otros que a veces puede tener una actitud fría, indiferente, o egocéntrica</i></p>
	<p>9= <i>Insuficiente conexión con otros a nivel social, romántica o de otra forma que sirva de base para responder a esta pregunta</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg

No citar sin el consentimiento por escrito de los autores

Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



<p>26.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Implicación / inversión interna con los otros</i></p> <p><i>Aburrimiento</i></p> <p><i>Narcisismo 5</i></p>	<p>¿Tiende a dejar a las personas con las cuales anteriormente tuvo una relación estrecha?</p> <p>¿Considera que sus relaciones se hacen aburridas a largo plazo, o que tiende a perder el interés en sus amigos o parejas románticas a lo largo del tiempo?</p> <p><u>En caso afirmativo</u>, ¿esto ocurre porque le aburren o simplemente pierde interés por ellos?</p> <p><b>Nota:</b> elegir 'a' o 'b' abajo.</p> <p><b>a.</b> <u>Si está soltero/a</u>, ¿a lo largo del tiempo, tiende a perder el interés por sus parejas románticas? ¿Se le hacen aburridas?</p> <p>¿Eres el tipo de persona que sale con alguien durante un tiempo, pierde el interés en esa persona, cambia a otra persona y de nuevo le ocurre lo mismo?</p> <p><b>b.</b> <u>Si está casado/a</u>, ¿durante su matrimonio, se ha aburrido de su cónyuge y ha perdido el interés en él o ella con el paso del tiempo?</p> <p>¿Ha tenido aventuras o amantes?</p>
	<p>0= <i>Interés duradero en los demás; no informa de aburrirse con amistades o personas con las que tiene relaciones íntimas</i></p>
	<p>1= <i>Alguna pérdida de interés en algunas personas significativas del pasado; puede limitarse a relaciones íntimas y darse que la persona entrevistada no pierda el interés en sus amistades</i></p>
	<p>2= <i>Muy pocas amistades o relaciones íntimas han perdurado en el tiempo; informa explícitamente de la experiencia significativa de aburrirse o perder el interés en las relaciones a lo largo del tiempo</i></p>
	<p>3= <i>Ninguna amistad o relación romántica que sirva de base para responder a esta pregunta</i></p>



## STIPO – R

31

<p>27.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Implicación / inversión interna con los otros</i></p> <p><i>Dependencia</i></p>	<p><b>En sus relaciones cercanas, ¿es una persona fiable?</b></p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿De qué forma/s es, o le han dicho que es, especialmente fiable?</p> <p><b>Nota:</b> Indague si ambas, amistades y parejas románticas, consideran a la persona entrevistada fiable. Pida ejemplos de cada una.</p> <p><b>En sus relaciones estrechas, ¿le es difícil depender de los demás?</b></p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿De qué forma/s, o para qué tipo de cosas, reconoce que le es difícil depender de los demás?</p> <p><b>Nota:</b> Por favor, indique qué tipo de dependencia es problemática en una nota al margen del formulario de puntuación.</p>
	<p>0=</p> <p><i>Capacidad de dependencia, tanto para que dependan otros de la persona entrevistada como para depender de los demás; capacidad de tener una dependencia sana en ambos casos: amistades y relaciones íntimas</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Capacidad comprometida respecto de la dependencia; o bien le incomoda a la persona entrevistada permitirse depender de los demás, o no informa de ser fiable respecto de ser objeto de dependencia para otros; no es una tendencia global, i.e., no ocurre en todas las relaciones ni en todos los tipos de relaciones</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Capacidad de dependencia significativa o severamente comprometida; o para ambos tipos de dependencia y para ambos casos: amistades y relaciones íntimas</i></p>
	<p>9=</p> <p><i>Ninguna relación romántica o amistad identificada en preguntas #16 y #20 - pregunta omitida</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>28.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Implicación / involvemento interna con los otros</i></p> <p><i>Apertura/transparencia</i></p>	<p>¿Existen cosas significativas de usted que sus allegados desconocen, o que les sorprendería mucho si supiesen?</p> <p>¿Sus relaciones cercanas se caracterizan por confianza, apertura y transparencia, o diría que es cauteloso/a y reservado, incluso con las personas más allegadas?</p> <p>¿Sus amigos y pareja(s) le conocen bien, o piensa que ha de esconderles sus sentimientos o su identidad verdadera?</p> <p><b><u>Si es reservado/a,</u></b></p> <p>¿Existe un motivo por el cual es reservado/a?</p> <p>Entre sus relaciones más cercanas, ¿hay alguna(s) con las cuales no tiene que ser tan reservado/a, con las cuales se siente que puede ser más o menos abierto/a?</p> <p><u>Nota:</u> Indague para <i>ambos</i> casos: amistades y relaciones románticas.</p>
	<p>0= <i>Relaciones caracterizadas por apertura, confianza, transparencia; recíproco en todo tipo de relaciones</i></p>
	<p>1= <i>Dificultades con apertura, confianza y transparencia en algunas relaciones; puede tener apertura con las amistades, pero no en las relaciones íntimas o románticas</i></p>
	<p>2= <i>Apertura, confianza y transparencia están severamente comprometidas en todo tipo de relaciones</i></p>
	<p>9= <i>Ninguna amistad identificada en preguntas #16 y #20 - pregunta omitida</i></p>

## STIPO – R

33

<p>29.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Implicación / investimento interna con los otros</i></p> <p><i>Perspectiva económica de relaciones</i></p> <p><i>Narcisismo 6</i></p>	<p>En sus relaciones cercanas, ¿encuentra que "lleva la cuenta", piensa en cuántas veces su amigo/a o pareja hizo alguna cosa u otra, o que calcula a quién le "toca" hacer alguna cosa u otra?</p> <p>¿Invierte mucho tiempo en pensar o tratar de averiguar quién saca mayor beneficio de la relación?</p> <p>¿Con frecuencia siente que otros se aprovechan de usted y que no consigue un retorno suficiente de sus amistades o sus parejas románticas, en comparación con lo que da?</p> <p>¿Le es importante pensar que existe igualdad en sus amistades o parejas románticas, o quizás que saca mayor beneficio de la relación que su pareja?</p> <p><b>En caso de contestar "sí" a cualquiera de ambos ítems,</b></p> <p>¿Esto se limita a una o dos personas específicas, o tiene esta dificultad con muchas personas?</p>
	<p>0= <i>No se preocupa por "llevar la cuenta" de la equidad en todo tipo de relaciones cercanas; los demás no le etiquetan como egoísta</i></p>
	<p>1= <i>Algo de preocupación por "llevar la cuenta" y equidad; esto puede ser evidente en amistades y en relaciones románticas, o ser particularmente pronunciado en un ámbito relacional y no en el otro</i></p>
	<p>2= <i>Preocupación significativa por "llevar la cuenta" y equidad; con frecuencia siente que los demás se aprovechan y que queda en desventaja</i></p>
	<p>9= <i>Ninguna amistad identificada en pregunta #16 - pregunta omitida</i></p>

<p>30.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Implicación / inversión interna con los otros</i></p> <p><i>Empatía</i></p> <p><i>Narcisismo 7</i></p>	<p>¿Le es difícil apoyar o consolar a amigos o familiares que están sufriendo emocionalmente?</p> <p>¿Las personas cercanas se quejan que no pueden contar con su apoyo o que parece que no entiende lo que sienten?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿Puede darme un ejemplo de alguna ocasión cuando se dio cuenta que no brindaba su apoyo o no estaba disponible emocionalmente para otra persona necesitada, o alguna ocasión en la cual otra persona interpretó que se comportó de esta manera?</p> <p>¿Esto se limita a una o dos personas específicas, o tiene esta dificultad con muchas personas?</p>
	<p>0= <i>No tiene dificultad en ofrecer su apoyo emocional o consuelo a los demás</i></p>
	<p>1= <i>Informa de algunas dificultades en ofrecer su apoyo emocional o consuelo a los demás</i></p>
	<p>2= <i>Dificultad entre significativa y severa en ofrecer su apoyo emocional o consuelo a los demás</i></p>
	<p>9= <i>La persona entrevistada informa de que no tiene relación alguna para la cual este ítem puede ser puntuado</i></p>

SECCIÓN 3: DEFENSAS DE NIVEL INFERIOR ("PRIMITIVAS")

<p>31.</p> <p><i>Defensas de nivel inferior</i></p> <p><i>Paranoia</i></p>	<p>¿Se considera una persona cautelosa respecto a lo que otros sepan de usted? ¿Se considera reservado/a?</p> <p>¿Es una persona que sospecha de los demás, cuestiona sus motivos, quizás teme que si baja la guardia podrán aprovecharse o hacerle daño?</p> <p><u>En caso afirmativo</u></p> <p>¿Puede describirme las formas en las cuales tiende a ser reservado/a o cauteloso/a?</p> <p>¿Esto ocurre porque teme que los demás le manipularán o que usarán en su contra la información que les revele?</p> <p>¿Es reservado/a en todas sus relaciones o en la mayoría de ellas, o diría que no es el caso en algunas relaciones donde se siente más abierto/a y menos cauteloso/a?</p>
	<p>0= <i>Poco o ningún sentimiento de ser inusualmente reservado/a; pocos y razonables temores de que se use información personal en su contra</i></p>
	<p>1= <i>Algo de incomodidad con la transparencia y la apertura en sus relaciones en las cuales lo típico es no tener estas preocupaciones y no ser reservado/a, p. ej., hermanos/as, cónyuge, hijas/as; puede limitarse a relaciones específicas; el motivo puede ser el temor a ser juzgado</i></p>
	<p>2= <i>Falta de confianza continua entre significativa y severa; dificultades significativas en ser abierto/a y revelar información personal a los demás; puede deberse al temor de que se use información personal en su contra; puntuar con un 2 la cautela entre significativa y severa, incluso cuando dicho temor a que se use información personal en su contra sea infundado</i></p>

<p>32.</p> <p><i>Defensas de nivel inferior</i></p> <p><i>Idealización/Devaluación</i></p> <p><i>Narcisismo 8</i></p>	<p>¿Encuentra que idealiza a personas extraordinarias, que las pone sobre un pedestal o que tiene grandes expectativas de ellas, solo para después de un tiempo darse cuenta, sentir gran desilusión o decepción, ver sus fallos o criticarlas?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Con quienes le pasa esto? ¿Puede dar un ejemplo?</p> <p>¿Se enfrenta a este tipo de desengaños en sus relaciones románticas, en las cuales tiene mucha ilusión inicialmente, solo para eventualmente sentir que podría haber elegido mejor? ¿Se pregunta cómo sería estar con otra persona diferente?</p> <p>En sus relaciones <i>aparte de</i> sus relaciones románticas, ¿tiende a admirar a los demás y ponerles encima de un pedestal?</p> <p>¿Hay otras personas que tiene idealizadas? ¿Les tiene una consideración muy alta e irreal?</p> <p>¿El mismo patrón se repite, en que eventualmente se siente muy decepcionado/a o crítico/a con estas personas?</p> <p><b>En caso de contestar "sí" a cualquier de ambos ítems,</b></p> <p>¿Este patrón le ocurre en muchas, o la mayoría, de sus relaciones?</p>
	<p>0= <i>Ninguna evidencia de idealización/devaluación en las relaciones como se ha descrito</i></p>
	<p>1= <i>Poca tendencia hacia la idealización/devaluación como se ha descrito, puede limitarse a algunas relaciones o a momentos estresantes</i></p>
	<p>2= <i>Visión inestable de las relaciones; cambios impredecibles en su perspectiva de los demás en base a la idealización/devaluación; los cambios pueden ser extremos o frecuentes; puede ocurrir en muchas relaciones, independientemente del nivel de estrés vital de la persona entrevistada</i></p>



## STIPO – R

37

<p>33.</p> <p><i>Defensas de nivel inferior</i></p> <p><i>Pensamiento en blanco y negro</i></p>	<p>¿Tiende a percibirse a sí mismo/a o a otras personas o situaciones en términos de blanco o negro, o de todo o nada?</p> <p>Por ejemplo, ¿como que todo está bien o mal, o bueno o malo? ¿Frecuentemente percibe las cosas en estos extremos, o puede verlas de manera más equilibrada?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿Puede dar un ejemplo de una situación en la que tuvo esta visión?</p> <p>¿Piensa de esta manera en situaciones y experiencias diferentes?</p>
	<p>0= <i>Visión de las situaciones y las personas matizada y flexible; ausencia de pensamiento en blanco y negro</i></p>
	<p>1= <i>Algo de tendencia a ver el mundo y a las personas en términos simplistas, rígidos o en blanco y negro; quizás cuando bajo estrés, o en algunas relaciones, pero no en otras</i></p>
	<p>2= <i>Tendencia significativa a verse a sí mismo/a, a los demás y al mundo en términos de blanco y negro; rigidez e inflexibilidad en la visión de sí mismo/a, los demás y las situaciones</i></p>



<p>34.</p> <p><i>Defensas de nivel inferior</i></p> <p><i>Externalización</i></p>	<p>¿Otras personas le han señalado que tiende a culpar a los demás o a las circunstancias por las cosas que le ocurren, o que le es difícil asumir la responsabilidad por sus acciones?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Dónde o cuándo se le ha mencionado esto?</p> <p>¿Tiene una idea de las formas en las cuales culpa a los demás o a las circunstancias por sus dificultades?</p>
	<p>0= <i>Ninguna evidencia de la tendencia a externalizar las dificultades, o culpar a otras personas o las circunstancias por sus dificultades</i></p>
	<p>1= <i>Alguna tendencia a externalizar las responsabilidades y a culpar a otras personas o a las circunstancias por sus dificultades</i></p>
	<p>2= <i>Incapacidad significativa de asumir la responsabilidad por sus dificultades; patrón continuo de culpar a los demás o a las circunstancias o a la enfermedad por sus dificultades</i></p>

<p>35.</p> <p><i>Defensas de nivel inferior</i></p> <p><i>Idealización/ Devaluación II</i></p>	<p>¿Sus sentimientos por los demás a veces son extremistas, o fríos o cálidos? ¿Por ejemplo, que en sus relaciones tiene sentimientos positivos hacia otra persona, pero que cuando hace algo que le molesta, aunque sea algo insignificante, siente que ya no le gusta esa persona, o que asume una actitud de frialdad hacia ella?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Esto caracteriza todas o la mayoría de sus relaciones, o algunas de sus relaciones tienen menos "altibajos"?</p> <p>¿Cómo problemático es esto en sus relaciones?</p>
	<p>0= <i>Las relaciones son estables y no propensas a altibajos como se ha descrito</i></p>
	<p>1= <i>Algo de inestabilidad en las relaciones como se ha descrito y algunas relaciones con altibajos o estos extremos de frialdad o calidez</i></p>
	<p>2= <i>Inestabilidad y volatilidad significativa en las relaciones como se ha descrito</i></p>

<p>36.</p> <p><i>Defensas de nivel inferior</i></p> <p><i>Fantasías narcisistas</i></p> <p><i>Narcisismo 9</i></p>	<p>¿Se imagina en su mente escenas en las cuales es el centro de atención o de admiración de los demás?</p> <p>¿Tiende a imaginarse escenas que implican gran éxito, riqueza, poder y prestigio?</p> <p>¿Se imagina escenas muy alejadas de lo que le es posible lograr en la realidad, de cosas que es capaz de hacer y que eventualmente logra, o que actualmente están en proceso de realización?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿Puede darme un ejemplo de este tipo de fantasías?</p> <p>¿Diría que dedica una parte considerable de su tiempo a este tipo de fantasías placenteras?</p>
	<p>0= <i>El acto de fantasear es mínimo, no una preocupación significativa; la fantasía está asociada a una ambición realista</i></p>
	<p>1= <i>Tendencia a imaginar fantasías de éxitos como se ha descrito; hasta cierto punto, dichas fantasías sustituyen la acción en el mundo real</i></p>
	<p>2= <i>Vida fantásica elaborada, preocupación significativa y gran parte del tiempo dedicado a fantasías de éxito y grandeza; sustituto de la acción</i></p>

**SECCIÓN 4: DEFENSAS DE NIVEL SUPERIOR (AFRONTAMIENTO VS. RIGIDEZ)**

<p>37.</p> <p><i>Defensas "primitivas" de nivel superior</i></p> <p><i>Anticipación/Planificación</i></p>	<p><b>Cuando anticipa eventos o periodos estresantes en su vida, ¿planifica con antelación cómo gestionar ese estrés?</b></p> <p>¿Se diría a sí mismo/a, «¿Vale, la semana que viene la tendré muy ocupada y estresante, así que ahora debería hacer a, b y c para prepararme?»?</p> <p>Cuando anticipa una situación estresante, ¿tiende a "coger el toro por los cuernos" y actuar de forma proactiva, o más bien tiende a asumir una actitud de "esperar a ver cómo surgen las cosas" antes de tomar acción?</p> <p><b><u>Si es proactivo con planificación</u></b></p> <p>¿Tiende a ser planificador/a en la mayoría de las áreas de su vida?</p> <p>¿Considera que planificar de esta manera es efectivo?</p>
	<p>0= <i>Planifica cuidadosamente y de antemano para gestionar su ansiedad y prepararse ante el factor estresante; alivia la ansiedad en general; la estrategia es sólida y es aplicada en una variedad de situaciones</i></p>
	<p>1= <i>Algo de planificación proactiva ante factores estresantes inminentes; la estrategia puede ser inconsistente y puede aliviar, o no, la ansiedad</i></p>
	<p>2= <i>Poca o ninguna aplicación de planificación previa para gestionar factores estresantes futuros; poco o ningún alivio de la ansiedad a través de la planificación previa; puede tener una sensación vaga de cómo sucederán las cosas, pero no es proactivo/a en gestionar los factores estresantes</i></p>
	<p>3= <i>Pocas, si las hubiera, oportunidades en la vida de la persona entrevistada que presentan la oportunidad de aplicar dichas estrategias</i></p>

## STIPO – R

41

<p>38.</p> <p><i>Defensas "primitivas" de nivel superior</i></p> <p><i>Supresión</i></p>	<p>Dadas las situaciones estresantes o preocupantes ante las cuales carece de poder para cambiar y sencillamente no pueda hacer nada, ¿es capaz de alejarlas de la mente hasta más tarde, o le rondan por la cabeza?</p> <p>Por ejemplo, cuando ha solicitado un puesto de trabajo y espera la respuesta, o está pendiente de los resultados de un examen académico importante o de pruebas médicas, o le ha dicho algo hiriente a un/a amigo/a que quisiera poder reparar: si en ese momento no puede hacer nada respecto de la situación, ¿puede alejarla de su mente y continuar con su día, o le es muy difícil hacerlo?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿Le ocurre esto con frecuencia?</p> <p>¿Ocurre en muchas situaciones?</p> <p>¿Supone esto un problema significativo en su vida?</p>
	<p>0= <i>Capacidad para suprimir pensamientos o situaciones angustiosas que la persona entrevistada no puede cambiar, apoyado en al menos un buen ejemplo; uso de la supresión como estrategia general en muchas situaciones</i></p>
	<p>1= <i>Algo de capacidad para suprimir pensamientos angustiosos; la aplicación es menos consistente o efectiva que en #0; incurre en un comportamiento rumiativo más de lo deseable</i></p>
	<p>2= <i>Uso de la supresión rara vez o de forma inefectiva; informa de la incapacidad para gestionar situaciones o periodos estresantes efectivamente mediante la supresión, el afrontamiento implica un pensamiento obsesivo y puede estar asociado con la ansiedad o la angustia intensa</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>39.</p> <p><i>Defensas "primitivas" de nivel superior</i></p> <p><i>Flexibilidad</i></p>	<p>¿Tiende a reaccionar fuertemente a ciertos tipos de eventos, digamos a un cambio en su trayecto habitual de desplazamiento, o a un cambio repentino en su horario?</p> <p>Algunas personas reaccionan con más fuerza a estos tipos de cambios, quizás más que otras personas que se lo toman con más calma; ¿cuál le caracteriza mejor?</p> <p>Cuando fallan los planes con los que cuenta, ¿es el tipo de persona que se adapta con facilidad, piensa "a mal tiempo buena cara" y crea planes nuevos, o tiende a quedarse bloqueado/a cuando las cosas no salen como estaban previstas?</p> <p>Por ejemplo, ¿si falla un plan específico de vacaciones, o no quedan entradas para la película que quiere ver, se queda en casa, abandona, o puede cambiar a un plan diferente? ¿Es relativamente fácil o difícil?</p> <p><b>Si la persona entrevistada informa de "bloquearse"</b></p> <p>¿Puede pensar en una situación reciente en la cual los planes cambiaron y le fue difícil adaptarse o seguir adelante? Describa cómo reaccionó.</p> <p>¿Típicamente reacciona así cuando sus planes fracasan?</p> <p>Cuando los planes cambian en la forma descrita, ¿siente resentimiento, enfado y se retrae?</p>
	<p>0=</p> <p><i>Respuestas flexibles y adaptativas ante planes que fracasan; puede afrontar o progresar en situaciones estresantes</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Respuesta algo rígida y controlada ante planes fallidos, asociada con la ansiedad, dificultad para "soltar" o "dejarse llevar"; resentimiento, pensamiento rumiativo, retraimiento; dificultad para rendir bajo estrés</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Respuesta rígida y fija ante planes fallidos, asociada con la ansiedad intensa o el resentimiento, pensamiento rumiativo; posiblemente un retraimiento total en lugar de afrontar la situación; funcionamiento pobre bajo estrés</i></p>

## STIPO – R

43

<p>40.</p> <p><i>Defensas "primitivas" de nivel superior</i></p> <p><i>Perfeccionismo</i></p>	<p>¿Se considera perfeccionista? Por ejemplo, ¿le molesta cuando no es capaz de hacer algo perfectamente bien?</p> <p>¿Tiene ansiedad o siente incomodidad cuando no logra que algo esté perfecto?</p> <p>¿Se preocupa de lo que piensen los demás, o es capaz de simplemente dejarlo estar y seguir con otras cosas cuando las cosas no están perfectas?</p> <p>En caso afirmativo</p> <p>¿Su tendencia hacia el perfeccionismo ocurre en muchas áreas diferentes de su vida, o se limita más, por ejemplo, al trabajo o a los estudios?</p> <p>¿Su tendencia hacia el perfeccionismo le dificulta rendir con eficiencia, hallar el equilibrio entre las diferentes tareas pendientes, o terminar de hacer las cosas a su debido tiempo?</p>
	<p>0= <i>Conciencioso/a, ávido/a de hacer las cosas bien, pero sin comprometer la eficiencia</i></p>
	<p>1= <i>Algo de tendencia al perfeccionismo, comprometiendo un poco la eficiencia o sintiendo algo de ansiedad en relación a la imperfección</i></p>
	<p>2= <i>Tendencia al perfeccionismo entre significativa y severa, de manera que se compromete la eficiencia</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



SECCIÓN 5: AGRESIÓNAgresión auto infligida

<p>41.</p> <p><i>Agresión</i></p> <p><i>Agresión - auto infligida</i></p> <p><i>Auto negligencia</i></p>	<p>¿Tiende, a veces, a descuidar su salud física? Por ejemplo, ¿se cura una lesión, visita el médico cuando se enferma y se hace revisiones rutinarias?</p> <p><u>En caso negativo</u></p> <p>¿Qué tipos de problemas o lesiones descuida? ¿Descuida problemas significativos relacionados con su salud física?</p> <p>¿Ha sufrido consecuencias de salud serias debido a su descuido?</p> <p><u>Indague acerca de:</u> Si la persona entrevistada únicamente indica descuidar problemas de salud menores, pregunte: «¿Tiene problemas de salud serios que descuida?»</p>
	<p>0= <i>Cuida su salud física de manera continua y con prontitud; toma medicamentos cuando son recetados; el descuido es menor; las consecuencias son insignificantes</i></p>
	<p>1= <i>Algún descuido respecto de la salud; incumplimiento de seguimiento con pruebas médicas; descuido de medidas preventivas relacionadas con la salud; incumplimiento en la toma de medicación de manera regular; las posibles consecuencias sobre la salud son de menor importancia</i></p>
	<p>2= <i>Descuido de la salud entre significativo y serio; no acude, o no solicita, citas importantes; incumplimiento de seguimiento en cuestiones importantes o pruebas; incumplimiento en la toma de medicación en relación a cuestiones de salud importantes</i></p>



## STIPO – R

45

42. <i>Agresión</i> <i>Agresión - auto infligida</i> <i>Comportamiento de riesgo</i>	<p>¿A veces hace cosas que parecen insensatas y potencialmente peligrosas para sí mismo/a, como tener relaciones sexuales sin protección, abusar del alcohol o las drogas, o participar en situaciones que pueden ponerle en peligro físico?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Estas acciones le causan sufrimiento después?</p>
	0= <i>Ninguna implicación en prácticas peligrosas o de riesgo como se ha descrito</i>
	1= <i>Algunos comportamientos de riesgo como se ha descrito; quizás una implicación más frecuente en comportamientos que entrañan menor riesgo para la salud o de sufrir lesiones</i>
	2= <i>Asunción de riesgos entre significativa y severa, quizás frecuente, que ponen al sujeto en peligro físico</i>
43. <i>Agresión</i> <i>Agresión - auto infligida</i> <i>Autolesión</i>	<p>¿Se autolesiona, haciéndose cortes o causándose dolor físico, por ejemplo, rascándose, cortándose o raspándose la piel, mordiéndose las cutículas, o rascándose las espinillas, dándose atracones o vomitando la comida, u otras prácticas similares?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Hasta el punto que se hace marcas, sangra, o requiere de atención médica?</p> <p>¿Alivia su tensión haciéndose daño?</p>
	0= <i>Ninguna evidencia de agresión auto infligida como se ha descrito (rascándose las cutículas o las uñas, rascándose de forma que no deja marcas aún puede puntuarse como #0)</i>
	1= <i>Alguna evidencia de agresión auto infligida como se ha descrito, p. ej., rascándose o raspándose la piel de forma que deja marcas o sangra; ningún historial de tratamiento médico por las lesiones; puede hallar alivio de la tensión con este comportamiento</i>
	2= <i>Agresión auto infligida entre significativa y severa; agresión auto infligida obvia y dolorosa; cicatrices, costras, u otras marcas; historial de tratamiento médico por las lesiones; obtiene una sensación de alivio con este comportamiento; puede incluir gestos de intentos de suicidio sin una intención verdadera de morir o lesionarse; puede incluir un intento, o más, o intentos reales, de suicidio</i>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>44.</p> <p><i>Agresión</i></p> <p><i>Agresión - autoinfligida</i></p> <p><i>Intentos de suicidio</i></p>	<p><b>En los últimos 5 años, ¿ha intentado suicidarse?</b></p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿Algún intento ha puesto en peligro su vida?</p> <p>(<u>Indague acerca de:</u> si ha requerido de atención médica, hospitalización, seguimiento médico o atención psiquiátrica, etc.)</p>
	<p>0= <i>Ningún historial de intentos de suicidio en los últimos 5 años</i></p>
	<p>1= <i>Conductas suicidas o intentos de suicidio que no han puesto en peligro su vida, p. ej., ninguna atención médica, o cuidados menores, han sido requeridos, no fue un intento serio de suicidarse</i></p>
	<p>2= <i>Al menos un intento de suicidio serio caracterizado por la intención de morir o por su severidad que requirió de atención médica y puso en peligro la vida de la persona entrevistada</i></p>

## STIPO – R

47

Agresión dirigida a otros

<p>45.</p> <p><i>Agresión</i></p> <p><i>Agresión - a otros</i></p> <p><i>Tendencia a la ira</i></p>	<p>¿Pierde los nervios con otras personas?</p> <p><u>En caso afirmativo</u></p> <p>¿Cómo de fuertes son sus arrebatos?</p> <p>¿Estos arrebatos son frecuentes o infrecuentes?</p> <p>¿Con quién le ocurre?</p> <p>¿Cómo se siente después?</p> <p>¿Es consciente de que provoca a los demás para implicarles en una discusión verbal?</p>
	<p>0= <i>Los arrebatos por perder los nervios son infrecuentes y controlados, generalmente acompañados de sentimientos de culpabilidad o arrepentimiento; pocas, si las hubiera, consecuencias de dichos arrebatos a nivel interpersonal</i></p>
	<p>1= <i>Algunos problemas por los arrebatos, p. ej., arrebatos infrecuentes de chillar y gritar; los berrinches son de menor frecuencia y severidad que en #2; puede limitarse a ciertas relaciones; algún sentimiento de culpabilidad después del arrebato; puede tener alguna consecuencia a nivel interpersonal</i></p>
	<p>2= <i>Arrebatos entre continuos y frecuentes dirigidos a los demás; pueden ser infrecuentes, pero especialmente severos; poco sentido de culpabilidad o arrepentimiento; la persona entrevistada puede informar de que siente alivio en lugar de culpabilidad; volatilidad, provocación y peleas continuas en sus relaciones con los demás</i></p>

<p>46.</p> <p><i>Relaciones objetales</i></p> <p><i>Agresión - a otros</i></p> <p><i>Envidia</i></p> <p><i>Narcisismo 10</i></p>	<p>Cuando otras personas obtienen éxito o consiguen un logro, ¿tiende a sentir negatividad hacia sí mismo/a?</p> <p>¿Le duele cuando otras personas tienen pensamientos o ideas que piensa que <i>usted mismo/a</i> debería de haber pensado o dicho primero?</p> <p>¿Hay otras personas que le molestan porque, aunque no sean mejor ni peor que usted, o quizás ni sean tan buenos/as como usted, obtienen mayor éxito, admiración y prominencia?</p> <p>¿A veces desea secretamente que ciertas personas cercanas fracasen, aunque pueda sentirse culpable de ello, porque le sería doloroso su éxito?</p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>¿Alguna vez ha hecho algo para que otra persona fracase porque no soportaba verla triunfar?</p> <p>¿Siente esta envidia con frecuencia? ¿Tiene estos sentimientos con personas diferentes, en situaciones distintas, o se limita más bien a unas pocas personas o situaciones concretas?</p>
	<p>0=</p> <p><i>No describe más que punzadas pasajeras de envidia; niega desear que otros fracasen</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Alguna tendencia a sentirse empujado/a de forma duradera por los éxitos de otras personas; alguna frecuencia en sentir dolor por los triunfos de los demás; puede tener alguna tendencia a desear el fracaso de los demás</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Evidencia de sentir envidia entre significativa y severa, asociada con el deseo de que los demás fracasen, que en algunos casos se transforma en esfuerzos reales para sabotear el éxito de otras personas</i></p>

## STIPO – R

49

<p>47.</p> <p><i>Agresión</i></p> <p><i>Agresión - a otros</i></p> <p><i>Ataques a otras personas</i></p>	<p><b>En los últimos 5 años, ¿en algún momento ha causado daño físico serio a otra persona?</b></p> <p><b><u>En caso afirmativo</u></b></p> <p>Por favor, cuénteme qué pasó.</p> <p>¿Fue en defensa propia?</p> <p>¿Cómo se sintió después de este incidente?</p>
	<p>0=</p> <p><i>No ha infligido daño severo a otra persona (aparte de defensa propia)</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Al menos un incidente en el cual infligió daño a otra persona no en defensa propia; se arrepintió y sintió remordimiento después; el ataque pudo haber sido no severo</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Una o más incidencias en las cuales la persona entrevistada infligió daño físico a otras personas de forma intencionada; remordimiento transitorio leve o inexistente</i></p>
<p>48.</p> <p><i>Agresión</i></p> <p><i>Agresión - a otros</i></p> <p><i>Disfrute del sufrimiento de los demás</i></p>	<p><b>¿Disfruta de causar o ver dolor y sufrimiento, emocional o físico, en los demás?</b></p> <p><b>¿Disfruta de causar o ver sufrimiento en otras personas?</b></p> <p><b>¿Cómo se siente después?</b></p>
	<p>0=</p> <p><i>Le afecta el sufrimiento de los demás y le disgusta incluso la imposición involuntaria de daño a otras personas</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Algún placer en causar o ver dolor y sufrimiento en los demás; puede limitarse a ciertas circunstancias o actividades; evidenciado por al menos un ejemplo de comportamiento</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Deriva placer del sufrimiento de los demás, sea infligido por sí mismo/a o por otros; puede dar varios ejemplos de haber causado dolor en otros o de disfrutar al ver a otros sufriendo y doloridos; puede buscar oportunidades para ver o infligir dolor a otras personas</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>49.</p> <p><i>Agresión</i></p> <p><i>Agresión - a otros</i></p> <p><i>Venganza</i></p>	<p>Si alguna persona le ha causado daño, o le ha hecho sentirse despreciado/a o maltratado/a, ¿responde con el deseo de vengarse de esa persona?</p> <p>¿Inventa escenas de venganza en su mente?</p> <p>¿Ha llevado a cabo dichas escenas a la práctica y llevado a cabo situaciones vengativas?</p>
	<p>0= <i>No experimenta fantasías o deseos de vengarse de los demás</i></p>
	<p>1= <i>Algún deseo, fantasía, o preocupación de vengarse de lo que percibe como menosprecio u ofensa</i></p>
	<p>2= <i>Preocupación significativa con fantasías vengativas que, en algunos casos, son materializadas</i></p>

SECCIÓN 6: VALORES MORALES

<p>50.</p> <p><i>Valores morales</i></p> <p><i>Comportamiento moral</i></p>	<p>A todos se nos presentan situaciones en las cuales tenemos la oportunidad de hacer algo inmoral, como contar una mentira, coger algo que no nos pertenece, o hacer algún tipo de trampa.</p> <p>¿Algunas veces se aprovecha de la oportunidad para hacer cosas que considera, o que otros podrían considerar, inmoral?</p> <p><u>En caso afirmativo</u></p> <p>¿A qué tipo de comportamientos se refiere?</p> <p>¿Con qué frecuencia tiene este tipo de comportamientos que considera, o que otros podrían considerar, inmoral?</p>
	<p>0= <i>Carece de comportamiento inmoral</i></p>
	<p>1= <i>La persona entrevistada, en general, se comporta de forma moral; algunas vulneraciones de la conducta moral, pero sin consecuencias para otras personas</i></p>
	<p>2= <i>Lucha consigo mismo/a para actuar de manera moral; carece de código interno de moralidad; elige fácilmente la acción inmoral incluso cuando tiene consecuencias para otras personas</i></p>



<p>51.</p> <p><i>Valores morales</i></p> <p><i>Moralidad interiorizada</i></p> <p><i>Valores</i></p>	<p>Cuando se enfrenta a situaciones que implican la conducta moral versus la inmoral, ¿qué le ayuda a decidir cómo actuar?</p> <p>¿Diría que la amenaza de vergüenza o de castigo público, o más bien un sentido interno de lo que está bien, es lo que le ayuda a decidir cómo actuar?</p> <p><b><u>Si la persona entrevistada informa de tener un código moral interno</u></b></p> <p>¿Puede poner algún ejemplo en el cual consultó su sentido interno de lo que está bien para decidir cómo actuar?</p> <p>¿Lucha consigo mismo/a respecto de qué hacer cuando sabe que nadie más se va a enterar?</p> <p>Si sabe que no le van a descubrir y que no habrá consecuencia alguna si miente, roba o hace trampas, ¿esto le dificulta actuar de forma moral?</p>
	<p>0= <i>Guiado/a por un sentido interno fuerte del bien y del mal; puede confundirse o dudar respecto de la acción correcta, pero esta confusión implica tener en cuenta el código interno moral propio</i></p>
	<p>1= <i>Algún sentido interno del bien y del mal; a veces es guiado/a por la amenaza de vergüenza o de castigo; a veces puede confundirse respecto de la acción correcta, con la decisión parcialmente determinada por su sentido interno del bien y del mal a la vez que por las consecuencias o la probabilidad de ser pillado/a</i></p>
	<p>2= <i>Carece de sentido interno del bien y del mal; su implicación en acciones éticamente cuestionables es mitigada únicamente por el temor a las consecuencias o a ser pillado/a</i></p>

## STIPO – R

53

<p>52.</p> <p><i>Valores morales</i></p> <p><i>Culpabilidad</i></p>	<p>¿Puede pensar en un ejemplo cuando hizo algo en contra de su sentido de lo que está bien y fracasó en cumplir con su código personal o con sus reglas respecto de lo que es una "buena conducta"?</p> <p>En esta situación, ¿cómo se sintió y qué hizo?</p> <p>¿Diría que se sintió culpable?</p> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Qué quiere decir por culpabilidad? Dígame lo que normalmente hace o siente.</p> <p>¿Pasa mucho tiempo preocupándose, asustándose por si otras personas se enteran de lo que hizo, o por si se le aplica algún castigo?</p> <p>¿Típicamente se siente y se comporta así cuando hace cosas en contra de su sentido de lo que está bien y lo que es correcto?</p>
	<p>0= <i>Experimenta culpabilidad después de haber hecho algo que percibe como mal moralmente; sentido claro del arrepentimiento y esfuerzo para remediar o prevenir una situación similar en el futuro; vínculo fuerte entre culpabilidad y conducta moral</i></p>
	<p>1= <i>Siente ansiedad, autocrítica e incomodidad con su acción; se enfoca más en autorecriminarse que por enmendar el acto indebido; la ansiedad predomina sobre la culpabilidad; algún sentido de culpabilidad; relación tenue entre culpabilidad y conducta moral</i></p>
	<p>2= <i>Miedo a las consecuencias, temor al castigo, que otros se enteren o que se le pille; poco o ningún sentido de culpabilidad o de no haber sentido culpabilidad, incluso en situaciones en las cuales los sentimientos de culpabilidad serían esperables</i></p>

© 2016 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat y Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

<p>53.</p> <p><i>Valores morales</i></p> <p><i>Engaño</i></p>	<p><b>¿Hay ocasiones en las cuales engaña a otras personas de forma deliberada?</b></p> <p><b><u>En caso afirmativo,</u></b> cuénteme de las veces o las formas en que engaña a los demás.</p> <p>¿Hay ocasiones en las cuales tergiversa los hechos o deforma la verdad para aparentar ser mejor, tener más éxito o mayor atractivo ante otra persona, o para conseguir algo que desea?</p> <p><b>¿Cuenta mentiras de forma directa?</b></p> <p><b><u>En caso afirmativo,</u></b> ¿más que mentiras piadosas?</p> <p><b>¿Ha engañado o mentido en responder a las preguntas durante esta entrevista?</b></p> <p><b><u>En caso afirmativo,</u></b> ¿cómo y cuándo? ¿Por qué?</p> <p><b><u>Preguntar lo siguiente solo en caso necesario:</u></b></p> <p>- Le reconocen a usted por un trabajo que hizo su ayudante u otra persona de su grupo. ¿Asume el mérito por algo que hizo otra persona, o por haber hecho más que lo que realmente hizo?</p> <p>- ¿Respecto de tergiversar la verdad en un curriculum vitae o en una solicitud de empleo, quizás alargando la duración del trabajo en una empresa en particular, o adornando sus logros y responsabilidades hasta tal punto que carecen de veracidad?</p> <p>(¿Tergiversar la verdad sobre sus dificultades emocionales, quizás fingiendo más enfermedad o estrés de la que realmente tiene, para obtener algún beneficio, como compasión o ayuda?)</p> <p>¿Le vienen a la mente otros ejemplos como estos?</p>
	<p>0=</p> <p><i>Evita oportunidades cuestionables; si actúa en oportunidades cuestionables, siente culpabilidad sin que haya consecuencias para otras personas; no miente aparte de la "mentira piadosa" esporádica</i></p>
	<p>1=</p> <p><i>Es algo oportunista; se aprovecha de algunas oportunidades, pero generalmente son pasivas, p. ej., le caen del cielo; las consecuencias para otras personas son mínimas; algún sentido de culpabilidad; puede mentir si es conveniente para obtener una ventaja o facilidad</i></p>
	<p>2=</p> <p><i>Busca y explota oportunidades cuestionables para beneficio propio; busca y participa en dichas oportunidades de forma más activa, distorsiona más la verdad; tiene consecuencias para otras personas; poca o ninguna culpabilidad; tendencia significativa hacia el engaño</i></p>

## STIPO – R

55

<p>54.</p> <p><i>Valores morales</i></p> <p><i>Actividad ilegal</i></p>	<p><b>En los últimos 5 años, ¿ha hecho algo ilegal alguna vez?</b></p> <p><b>¿Tiene antecedentes penales?</b></p> <p><b><u>En caso negativo</u></b></p> <p>¿Y de actos como hurto en tiendas, robo, uso ilegal de drogas, prostitución o tráfico de drogas?</p> <p>¿Y de actos como evadir impuestos, malversar dinero, o escribir un cheque sabiendo que será devuelto por no disponer de fondos?</p> <p>¿Ha estado involucrado/a en crímenes violentos? En caso afirmativo, por favor especifique en cuáles.</p>
	<p>0= <i>Ningún historial de actividad ilegal en los últimos 5 años; ningún antecedente penal; exceso de velocidad, cruzar la calle fuera del paso de peatones; uso ocasional de marihuana</i></p>
	<p>1= <i>Presencia de alguna conducta ilegal irregular (hurto menor, uso de drogas ilegales continuo, evasión de impuestos); la inversión de tiempo en la actividad ilegal es insignificante; ningunas consecuencias negativas medibles o significativas</i></p>
	<p>2= <i>Involucración seria entre significativa y frecuente en actividades ilegales como se ha descrito anteriormente; la inversión de tiempo en actividades ilegales es significativa; puede implicar crímenes premeditados o que conlleven confrontación con la víctima</i></p>

<p>55.</p> <p><i>Valores morales</i></p> <p><i>Explotación</i></p> <p><i>Narcisismo II</i></p>	<p>En algunas ocasiones, todos aprovechamos oportunidades que pueden tener consecuencias negativas para los demás; ¿Existen ejemplos de formas en las que se ha aprovechado de otros o utiliza a otros en su contra y para beneficio propio?</p> <p><b>Nota:</b> En caso necesario, lea cada ejemplo y pregunta a la persona entrevistada si ha tratado a otra persona de la manera descrita o si le vienen a la mente situaciones similares.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Alguna vez ha revelado información confidencial de otra persona que no le cae bien, o con quien compite o le tiene envidia, en situaciones en las que usted podría sacar beneficio de ello?</li> <li>2. ¿Alguna vez ha buscado o desarrollado una relación con alguien que podría hacerle algún favor o darle algo que necesitaba, incluso sin gustarle esa persona?</li> <li>3. ¿Alguna vez ha tenido una cita con alguien por lo que él o ella podía hacer por usted, ya fuese comprarle cosas, invitarle a algo, o simplemente por estar cerca de cosas que él o ella tuviera y que usted deseaba?</li> <li>4. ¿Alguna vez ha convencido a un empleado para que continúe en la empresa porque lo necesitaba o porque era conveniente para usted, incluso sabiendo que quedarse en ese puesto de trabajo no beneficiaba a esa persona?</li> <li>5. ¿Alguna vez ha optado por no romper una relación con otra persona por el mero hecho de gustarle el sexo o para tener un acompañante en una ocasión especial próxima, incluso sabiendo que no quería continuar la relación con él o ella?</li> </ol> <p><b>En caso afirmativo</b></p> <p>¿Puede describir la situación?</p> <p>¿Este tipo de comportamiento es habitual en usted?</p>
	<p>0= <i>No explota oportunidades a costa de otras personas y en beneficio propio</i></p>
	<p>1= <i>Alguna explotación de oportunidades en beneficio propio, pero sin que sea un patrón regular y con consecuencias relativamente mínimas para sí mismo/a y para otros</i></p>
	<p>2= <i>Explotación de oportunidades en beneficio propio entre significativa y continua; patrón regular de conducta en las relaciones interpersonales; consecuencias claras y significativas para los demás</i></p>

## **STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION - REVISADO (STIPO-R)**

### **FORMULARIO DE PUNTUACIONES**

John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry L. Stern y Otto F. Kernberg

Personality Disorders Institute  
Weill Medical College, Cornell University

Junio 2017

Traducido por Maria Jesús Rufat, Natalia Calvo  
Grup TLP Barcelona

**Persona entrevistada, participante #:** \_\_\_\_\_  
**Género de persona entrevistada:**     \_\_ **H**     \_\_ **M**  
**Edad de persona entrevistada:** \_\_\_\_\_  
**Nombre de entrevistador/a:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de entrevista:** \_\_\_\_\_

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por Maria Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



**IDENTIDAD****Capacidad para implicarse / invertir**

idinv1pr	Efectividad	1	_____
idinv2pr	Trabajo - ambición/objetivos	2	_____
idinv3pr	Trabajo - satisfacción	3	_____
idinv4	Ocio - sostenibilidad de intereses	4	_____

**Capacidad para implicarse / invertir \_\_\_\_\_**

- 1 *Implicación / investimento profundo, a largo plazo y consistente, en trabajo/estudio y ocio*
- 2 *Implicación / investimento profundo, a largo plazo y consistente, en trabajo/estudio U ocio con algo de superficialidad en otros ámbitos*
- 3 *Implicación / investimento carece de profundidad, es inconsistente o superficial, en trabajo/estudio y ocio; puede tener una implicación más sólida en un área O aparentemente carece de implicación, pero ésta es principalmente para satisfacer necesidades narcisistas*
- 4 *Implicación / investimento mínimo en trabajo/estudio u ocio*
- 5 *Ninguna implicación/ investimento en trabajo/estudio u ocio*

**Sentimiento de coherencia con uno mismo y de continuidad**

idcc1	Autodescripción - superficialidad vs. profundidad	5	_____	<b><u>Sentido de identidad</u></b> <b><u>Descripción</u></b>
idcc2	Autodescripción - ambivalencia	6	_____	
idcc3	Sentido de identidad consistente en el presente	7	_____	
idcc4	Gustos/opiniones	8	_____	
idcc5	Fantasia narcisista	9	_____	
idcc6	Sentido de identidad en relaciones íntimas	10	_____	
idcc7	Autoestima	11	_____	<b><u>Atributo positivo:</u></b>

**Atributo negativo:****Sentido de identidad - Coherencia y continuidad \_\_\_\_\_**

- 1 *El sentido de identidad está muy bien integrado – es coherente, complejo y continuado en el tiempo y situaciones*

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



- 2 *El sentido de identidad está bien integrado – es coherente, pero con inestabilidad leve en el tiempo O inestabilidad leve y estabilidad relativa, distorsión del sentido de identidad (p. ej., desvaloración de sí mismo/a)*
- 3 *El sentido de identidad está integrado con alguna deficiencia – es algo incoherente, superficial O discontinuo y contradictorio, con distorsión significativa (p. ej., tiene autorepresentaciones algo idealizadas y devaluadas; o consistentemente grandiosas o devaluadas)*
- 4 *El sentido de identidad está integrado con deficiencia, es inestable e incoherente, extremadamente superficial, o consistentemente grandioso o devaluado*
- 5 *El sentido de identidad en absoluto está integrado – es altamente incoherente, especialmente superficial, discontinuo y caóticamente inestable con poco o ningún sentido del "yo" interior*

#### IDENTIDAD (continuación)

##### Representación del Otro

idro1	Persona más significativa en la vida actualmente, Superficialidad/Profundidad	12 _____	<u>Persona más significativa en la vida actualmente</u>
idro2	Persona más significativa en la vida actualmente, Ambivalencia	13 _____	<u>Atributo positivo:</u>  <u>Atributo negativo:</u>
idro3	Imagen cambiante de otros	14 _____	
idro4	Sentimientos de otros hacia uno mismo	15 _____	

##### Representación del otro \_\_\_\_\_

- 1 *Las representaciones de los demás están bien integradas – son coherentes y estables en el tiempo y situaciones, son complejas y realistas*
- 2 *Las representaciones de los demás están bien integradas – con coherentes, pero el sentido de los demás o de las perspectivas de los demás sobre uno/a mismo/a es algo superficial o levemente inestable en el tiempo*
- 3 *Las representaciones de los demás están integradas con alguna deficiencia – son algo incoherentes o vagas y superficiales, discontinuas, algo inestables y contradictorias, con una distorsión significativa del sentido de los demás o de las perspectivas de los demás sobre uno/a mismo/a, las descripciones pueden ser autorreferenciales*
- 4 *Las representaciones de los demás están integradas deficientemente – son incoherentes, superficiales, discontinuas, inestables y contradictorias, y con una distorsión flagrante, las descripciones son mayoritariamente autorreferenciales*
- 5 *Las representaciones de los demás están desintegradas – son altamente incoherentes, superficiales (caricaturizadas), discontinuas e inestables (caóticas), contradictorias y*

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg

No citar sin el consentimiento por escrito de los autores

Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

*extremadamente distorsionadas (extremas y caricaturizadas); las descripciones son autorreferenciales*

**PUNTUACIÓN GENERAL DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_**

- 1 **Identidad consolidada** – tanto el sentido de identidad propia como la de los otros está bien integrada y con una implicación / inversión profunda en el trabajo y en el ocio
- 2 **Identidad consolidada, pero algunas áreas con ligeras deficiencias** – el sentido de identidad propia y la de los otros\* en general está bien integrado, pero con superficialidad, inestabilidad o distorsión leve Y/O alguna dificultad respecto de la implicación / investimento en el trabajo o en el ocio
- 3 **Patología de la identidad leve** – la integración del sentido de identidad propia o de los otros es algo pobre (la superficialidad o la incoherencia e inestabilidad son evidentes, a veces es contradictorio y distorsionado) \* con una clara deficiencia en la capacidad para implicarse / invertir en el trabajo, en la escuela o en el ocio o la implicación / investimento se hace principalmente para satisfacer necesidades narcisistas
- 4 **Patología de la identidad moderada** – la integración del sentido de identidad propia y de los otros es pobre (superficialidad e incoherencia significativas, inestabilidad evidente, es contradictorio y distorsionado) \* con poca capacidad para implicarse / invertir en el trabajo, en la escuela o en el ocio
- 5 **Patología de la identidad severa** – el sentido de la identidad y de los otros es desintegrada (extremadamente superficial e incoherente, con contradicciones flagrantes y distorsiones extremas) \* sin implicación / investimento significativo en el trabajo o en el ocio

**\*Nota:** en caso de una discrepancia marcada entre inestabilidad o superficialidad en el sentido de identidad (sí mismo) vs. el sentido de identidad de los otros; mayor inestabilidad o superficialidad en el sentido de identidad (sí mismo) vs. la de los otros, sugiere una patología narcisista.

**RELACIONES OBJETALES**

Relaciones interpersonales

obri1	Interp amistades - presencia	16	_____
obri 2	Interp amistades - cercanía	17	_____
obri 3	Interp amistades - estabilidad temporal	18	_____
obri 4	Interp - relaciones con colegas	19	_____

Relaciones interpersonales \_\_\_\_\_

- 1 **Tiene al menos una, o más, amistades buenas; duración de al menos dos años; contacto consistente con las amistades más cercanas; profundidad de implicación e inversión; conflicto en las amistades es irregular y comprensible o realista**
- 2 **Tiene al menos una, o más, amistades; duración de al menos dos años; calidad de relación buena en al menos una relación similar a la de #1 arriba, pero las amistades más cercanas son algo**

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

- más conflictivas, superficiales o con menor implicación que lo descrito en #1 arriba, evidenciado por alguna variabilidad en el contacto o en la transparencia; algo de conflicto en las amistades*
- 3 *Alguna búsqueda de una o más amistades marcadas por la superficialidad como indica su duración más corta, intimidad significativamente menor, o ausencia de transparencia recíproca en comparación con #2; conflicto significativo en las amistades*
  - 4 *Tiene conocidos, pocas amistades si las hubiera; las relaciones son empobrecidas, extremadamente superficiales y marcadas por el conflicto*
  - 5 *Inexistencia de amistades; la descripción de sus amistades es extremadamente empobrecida y enteramente superficial; caótica*

#### Relaciones íntimas y sexualidad

obint1	Intimidad - presencia	20	_____
obint2	Intimidad - intimidad/interdependencia	21	_____
obint3	Intimidad - actividad sexual	22	_____
obint4	Intimidad - inhibición sexual	23	_____
obint5	Intimidad - combinando sexo y amor	24	_____

#### Relaciones íntimas y sexuales \_\_\_\_\_

- 1 *Presencia de relaciones íntimas y satisfactorias que implica interdependencia, capacidad para combinar amor y sexualidad en relaciones de duración significativa (p. ej., más de 6 meses)*
- 2 *Presencia de relaciones íntimas, pero son algo deficientes (p. ej., inhibidas o tormentosas; o limitadas en términos de transparencia e intimidad); puede informar de vínculos amorosos a la vez que de inhibición sexual con su pareja; puede informar de dificultades en combinar sexo y amor*
- 3 *Intimidad limitada, puede informar de dificultad en mantener relaciones íntimas; las relaciones descritas son principalmente conflictivas, relativamente cortas o superficiales; puede informar de relaciones a largo plazo caracterizadas por inhibición sexual severa, infidelidad o intimidad severamente inhibida*
- 4 *Intentos de intimidad son superficiales, sin implicación alguna y breves; intimidad y sexualidad severamente inhibidas o promiscuas*
- 5 *Ausencia de relaciones íntimas y ninguna actividad sexual*

#### Implicación / investimento interno con los Otros

intinv1	Egocentrismo	25	_____
intinv2	Aburrimiento	26	_____
intinv3	Dependencia	27	_____
intinv4	Apertura/transparencia	28	_____
intinv5	Perspectiva económica de relaciones	29	_____
intinv6	Empatía	30	_____

#### Implicación / investimento interno con los Otros \_\_\_\_\_

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



1. *Fácilmente sostiene la interdependencia; las relaciones no son vistas en términos de satisfacción de necesidades; capacidad de empatía completamente desarrollada y habilidad para apreciar las necesidades de los demás, independientemente de las necesidades propias; fácilmente sostiene el interés duradero en los demás a lo largo del tiempo*
2. *Capacidad para sostener la interdependencia: en general, no piensa en las relaciones en términos de satisfacción de necesidades, p. ej., puede reflexionar sobre qué obtiene de las relaciones, pero esto no es el factor motivante central de las relaciones; capacidad de empatía completamente desarrollada con alguna dificultad en apreciar las necesidades de los demás independientemente de las propias en algunos ámbitos (p. ej., relaciones sexuales, competitividad en una amistad); capaz de sostener un interés duradero en los demás a lo largo del tiempo*
3. *Capacidad limitada para establecer interdependencia; o asume el papel de cuidador o de persona cuidada O el rol dominante, controlador y sumiso, perseguidor o perseguido, en las relaciones importantes (pudiendo oscilar entre ambas posturas) o con desapego; tiende a ver las relaciones en términos de satisfacción de necesidades con una capacidad limitada para la empatía y una capacidad limitada para apreciar las necesidades de los demás, independientemente de las necesidades propias; capacidad limitada para sostener el interés duradero en los demás a lo largo del tiempo*
4. *Ninguna capacidad para relaciones interdependientes; perspectiva de las relaciones en términos de satisfacción de necesidades; poca capacidad de empatía y ninguna capacidad para apreciar las necesidades de los demás, independientemente de las necesidades propias; poca o ninguna capacidad para sostener el interés duradero en los demás aparte de hacerlo por satisfacer sus propias necesidades*
5. *Ninguna capacidad para relaciones interdependientes; ninguna capacidad de empatía; perspectiva de las relaciones en términos de satisfacción de necesidades exclusivamente, sin interés alguno por las necesidades de los demás*

Nota: Cuando hablamos de "empatía" nos referimos a la empatía emocional - el interesarse por las experiencias y las necesidades emocionales de los demás en lugar de la capacidad de leer acertadamente las experiencias emocionales de los demás.

#### PUNTUACIÓN GENERAL DE CALIDAD DE RELACIONES OBJETALES \_\_\_\_\_

1. *Vínculos son fuertes, duraderos, realistas, matizados, satisfactorios y sostenidos en el tiempo; las relaciones no son vistas en términos de satisfacción de necesidades; capacidad de empatía y de interdependencia completamente desarrolladas; capacidad para combinar la sexualidad y la intimidad*
2. *Vínculos generalmente son fuertes y duraderos, pero algo menos que en #1 arriba o algo conflictivos similar a #1 en las dimensiones de satisfacción de necesidades; las relaciones íntimas o sexuales algo deficientes o conflictivas*
3. *Existen vínculos, pero son superficiales, transitorias, marcadas por el conflicto y la insatisfacción; tiende a ver las relaciones en términos de satisfacción de necesidades; poca capacidad para interesarse por los demás o tener empatía; intimidad limitada en las relaciones sexuales*
4. *Pocos vínculos que son altamente superficiales; tiende a ver las relaciones en términos de satisfacción de necesidades; poca capacidad para interesarse por los demás o tener empatía; podrá demostrar esfuerzo por buscar intimidad, pero pocas o ninguna relación íntima desarrollada*
5. *Ninguna relación verdadera (puede tener conocidos); puede padecer aislamiento severo, sin conocidos siquiera; las relaciones existentes se basan exclusivamente en la satisfacción de necesidades; ninguna capacidad demostrada de empatía; ninguna capacidad de intimidad o ningún intento de lograr intimidad*

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

**DEFENSAS DE NIVEL INFERIOR (PRIMITIVAS)**

defp1	Paranoia	31	_____
defp 2	Idealización/devaluación I	32	_____
defp 3	Pensamiento en términos de blanco y negro (dicotómico)	33	_____
defp 4	Externalización	34	_____
defp 5	Idealización/devaluación II	35	_____
defp 6	Fantasia narcisista	36	_____

**Defensas de nivel inferior ("primitivas") \_\_\_\_\_**

1. *Ninguna evidencia del uso de defensas de nivel inferior*
2. *Algún uso de defensas de nivel inferior, con ejemplos claramente elaborados en al menos algunos casos; claramente NO es el estilo defensivo predominante de la persona entrevistada y dicho uso de defensas de nivel inferior no supone un deterioro de su funcionamiento; puede limitarse a idealización/devaluación*
3. *Patrón mixto de uso de defensas de nivel inferior; muestra cambios en la percepción de sí mismo/a y de otros, algún deterioro de su funcionamiento debido al uso de defensas de nivel inferior*
4. *Uso consistente de defensas de nivel inferior; los cambios en la percepción de sí mismo/a y de otros son relativamente severos y continuos; evidencia clara de deterioro en la vida de la persona entrevistada debido al uso de defensas de nivel inferior*
5. *Uso continuo de defensas de nivel inferior en diversas situaciones; muestra cambios severos y radicales en la percepción de sí mismo/a y de otros, hasta tal punto que interfiere extremadamente en su funcionamiento; ejemplos numerosos*

**Defensas de nivel superior (afrentamiento vs. rigidez)**

Dns hld1	Defensas de nivel superior - anticipación/planificación	37	_____
Dns hld 2	Defensas de nivel superior – represión (supresión)	38	_____
Dns hld 3	Defensas de nivel superior - flexibilidad	39	_____
Dns hld 4	Defensas de nivel superior - perfeccionismo	40	_____

**Defensas de nivel superior (afrentamiento y rigidez) \_\_\_\_\_**

1. *Afrentamiento flexible y adaptativo; resiliencia ante el estrés en la mayoría de áreas; uso consistente de estrategias de afrontamiento adaptativas*
2. *Evidencia de estrategias de afrontamiento adaptativas; uso de estrategias, pero con menor consistencia o eficacia, o en algunas áreas y no en otras; resiliencia alta ante el estrés*
3. *Uso inconsistente de estrategias de afrontamiento adaptativas, con la consecuente vulnerabilidad ante el estrés; afrontamiento rígido*
4. *Pocos ejemplos del uso de estrategias de afrontamiento adaptativas; afrontamiento rígido e inadaptado*

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg

No citar sin el consentimiento por escrito de los autores

Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

- 5 *Generalización de afrontamiento inadaptado e inflexible, con consecuencias severas en términos del funcionamiento de la persona entrevistada cuando responde al estrés*

**PUNTUACIÓN GENERAL DE DEFENSAS \_\_\_\_\_**

1. *Predominan las defensas sanas; no hay evidencia de mecanismos de defensa basados en la escisión; adaptación y afrontamiento flexibles*
2. *Predominan las defensas sanas y maduras, basadas en la represión; poco uso de defensas basadas en la escisión, leve rigidez*
3. *Uso combinado de defensas basadas tanto en la escisión como de otras basadas en la represión, rigidez significativa y adaptación comprometida*
4. *Predominio de las defensas basadas en la escisión; rigidez severa y estrategias defensivas gravemente desadaptativas*
5. *Amplio uso de defensas basadas en la escisión; rigidez extrema y fallo de adaptación*

**AGRESIÓN**

Agresión auto infligida

Agau1 auto negligencia	41	_____
Agau2 comportamiento de riesgo	42	_____
Agau3 autolesión	43	_____
Agau4 intentos de suicidio	44	_____

Agresión auto infligida \_\_\_\_\_

- 1 *Ninguna agresión auto infligida, o es extremadamente menor, p. ej., morderse las cutículas*
- 2 *Comportamiento autodestructivo menor, p. ej., participación ocasional en consumo de alcohol excesivo, relaciones sexuales casuales, y negligencia leve de la propia salud con una alimentación pobre, hábitos de salud bucal pobres, incumplimiento de la toma de medicación recetada (p. ej., antibióticos)*
- 3 *Comportamiento autodestructivo más significativo, p. ej., exponiéndose a sí mismo a situaciones potencialmente peligrosas y relaciones sexuales sin protección, encuentros sexuales casuales; conducción temeraria, y arrancarse el pelo o las pestañas, arrancándose las costras e interfiriendo con su curación y resultando en infección; incumplimiento de recomendaciones médicas o falta de cumplimiento de la toma de medicación recetada con consecuencias potencialmente serias*
- 4 *Agresión auto infligida significativa, p. ej., exponiéndose con frecuencia a sí mismo a situaciones de alto riesgo y participando en comportamientos de alto riesgo como relaciones sexuales con extraños, encuentros sexuales casuales en entornos claramente peligrosos; conduciendo bajo la influencia del alcohol, y ataques no letales sobre el propio cuerpo mediante cortes o quemaduras, o negligencia severa de la salud, exponiéndose con frecuencia a situaciones y comportamientos de alto riesgo; gestos de intentos de suicidio no letales*

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg  
 No citar sin el consentimiento por escrito de los autores  
 Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



- 5 *Agresión auto infligida severa en múltiples áreas, la mayoría o todas potencialmente de autolesión; uno, o más, intentos de suicidio*

#### AGRESIÓN (continuación)

##### Agresión y hostilidad dirigidas a otros

Ago1	Tendencia a la ira	45	_____
Ago2	Envidia	46	_____
Ago3	Ataques a otras personas	47	_____
Ago4	Disfrute con el sufrimiento de los demás	48	_____
Ago5	Venganza	49	_____

##### Agresión y hostilidad dirigidas a otros \_\_\_\_\_

- 1 *Control de ira y agresión*
- 2 *Pérdida de control con arrebatos de agresión verbal; seguido de culpabilidad y reparación de la relación; puede implicar buen control, pero con hostilidad creciente*
- 3 *Pérdida de control con agresión verbal; algo de placer en controlar e intimidar a los demás, respaldar la envidia; puede implicar buen control del comportamiento, pero con hostilidad significativa*
- 4 *Ataques verbales violentos; ataques físicos a otras personas; control sádico sobre los demás, p. ej., mediante el uso de la intimidación, amenazas, envidia prominente; hostilidad entre significativa y severa*
- 5 *Ataque físico con la intención de causar daño, realización de fantasías vengativas, envidia u hostilidad continuas*

##### PUNTUACIÓN GENERAL DE AGRESIÓN \_\_\_\_\_

- 1 *Control de la agresión; puede incluir episodios de ira y agresión verbal, pero aparentemente apropiadas dada la situación*
- 2 *Relativamente buen control de la agresión; expresiones inadaptadas de agresión limitadas a comportamientos o negligencias autodestructivas menores, estilo interpersonal controlador o arrebatos verbales ocasionales; agresión verbal es más frecuente u hostil que en #1; puede implicar buen control comportamental de la agresión, pero con hostilidad creciente*
- 3 *Control de agresión moderadamente pobre; expresiones de agresión inadaptadas incluyen comportamientos autodestructivos significativos o de alto riesgo, auto negligencia o falta de cumplimiento, Y/O rabietas o arrebatos de agresión verbal odiosa frecuentes, control hostil crónico sobre otros o derivación de un placer sádico del malestar o la desgracia de otros; puede caracterizarse por buen control comportamental de la agresión, pero con hostilidad significativa*
- 4 *Control de agresión pobre; cuando es auto dirigida, agresión entre severa y letal pero algo menos continua, crónica (p. ej., más episódica) o letalmente peligrosa que en #5; cuando es dirigida a otros, abuso verbal lleno de odio episódico pero frecuente, amenazas verbales frecuentes de autolesión o de lesionar a otros, intimidación física que puede implicar amenazas o ataques físicos*

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg

No citar sin el consentimiento por escrito de los autores

Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona



*a los demás, placer en lesionar o controlar con hostilidad a los demás; intentos de suicidio, no letales, hostilidad entre significativa y severa*

- 5 **Poco o ningún control de agresión; tendencia continua hacia expresiones de agresión crónicas, severas y letales; frecuente abuso verbal violento, sádico y lleno de odio, ataques físicos a los demás y/o intento de causar daño físico y poner en serio peligro la seguridad propia o de otros; placer sádico en torturar o controlar a otros; intentos de suicidio, puede incluir numerosos intentos con la intención de morir**

#### VALORES MORALES

vm 1	Comportamiento moral	50	_____
vm 2	Moralidad interiorizada	51	_____
vm 3	Culpabilidad	52	_____
vm 4	Engaño	53	_____
vm 5	Actividad ilegal	54	_____
vm 6	Explotación	55	_____

#### PUNTUACIÓN GENERAL DE VALORES MORALES \_\_\_\_\_

- Su orientación moral interiorizada es autónoma, consistente y flexible; ninguna evidencia de comportamiento amoral o inmoral; sentido apropiado de preocupación y responsabilidad por conductas potencialmente dañinas u amorales; ninguna explotación de los demás con fines de beneficio propio; siente culpabilidad*
- Su orientación moral interiorizada es autónoma y consistente, con rigidez o ambigüedad cuando se presentan situaciones con fines de beneficio propio; ninguna evidencia de comportamiento amoral o inmoral; algo de rigidez (o excesiva o algo laxa) en el sentido de preocupación y responsabilidad por conductas potencialmente dañinas u amorales; siente culpabilidad, pero de tal forma que la auto recriminación rumiativa es más prevalente que el esfuerzo proactivo de enmendar*
- Algún sentido de reglas morales internas que son excesivamente rígidas o laxas, pero dificultad considerable con el uso de estas reglas para guiar la conducta; Puede incluir algo de comportamiento amoral/inmoral, p. ej., plagiar, hacer trampas, mentir, evadir impuestos, hurto menor, pequeño hurto, sin confrontación con la víctima; puede ser explotador/a, con dificultad para asumir la responsabilidad de comportamientos que dañan a los demás; ausencia de un sentido adecuado de la culpabilidad y la preocupación o puede experimentar "culpabilidad" a través de la auto recriminación sádica; ausencia de remordimiento*
- Presencia de conducta antisocial agresiva como robo, falsificación, extorsión; puede darse la confrontación con las víctimas, pero con ausencia de asalto y en caso de violencia generalmente sin premeditación; la orientación moral se centra en evitar ser descubierto; explotación egosintónica y búsqueda libre de oportunidades para el beneficio propio a costa de los demás; valores morales y reglas interiorizadas débiles, inconsistentes y corruptas; ausencia de culpabilidad o remordimiento*
- Comprensión nula de la noción de moralidad; presencia de conducta antisocial, agresiva y violenta (asalto, agresión, premeditación); O, psicopatía clara (ningún sentido de culpabilidad o remordimiento, con o sin conducta violenta)*

© 2017 Clarkin, Caligor, Stern y Kernberg

No citar sin el consentimiento por escrito de los autores

Traducido por María Jesús Rufat, Natalia Calvo. Grup TLP Barcelona

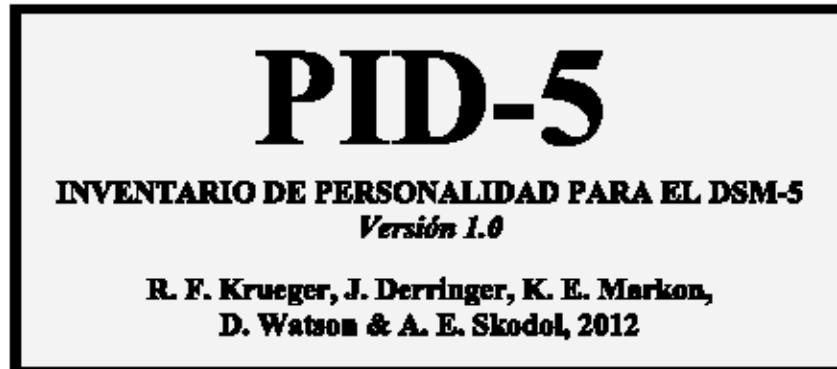
PUNTUACIÓN GENERAL DE NARCISISMO \_\_\_\_\_

1. *Ausencia de características narcisistas; buen funcionamiento social y ocupacional*
2. *Algunas características narcisistas; deterioro de las relaciones íntimas, pero capacidad para sostener amistades en el tiempo; puede tener algunas dificultades en el funcionamiento ocupacional, pero capacidad para sostener la implicación en su rol primario*
3. *Presencia significativa de características narcisistas, caracterizada por lo siguiente: sentido de identidad dependiente de la admiración de los demás; conflicto crónico y disrupción en las relaciones íntimas y sociales que puede involucrar la explotación; dificultad en sostener relaciones íntimas o sociales en el tiempo; dificultades significativas en el trabajo, p. ej., dificultades para progresar, ausencia de responsabilidad, o funcionamiento crónicamente por debajo de las capacidades; dificultades en la regulación de la autoestima (fluctuaciones severas) y volatilidad de la autoestima, quizás relacionadas con el fracaso de cumplir con niveles autoimpuestos, sentimientos de envidia u obsesión en compararse con los demás*
4. *Características narcisistas severas caracterizadas por versiones más extremas de las anteriores, sumado a hostilidad abierta y agresión dirigida interna o externamente, puede implicar el deterioro del funcionamiento de la moralidad y el sistema de valores, p. ej., algo de agresión auto dirigida o dirigida a los demás, relaciones objetales abiertamente explotadoras, falta de preocupación por la propia agresión*
5. *Características narcisistas severas como las caracterizadas anteriormente, pero sumado a algunas de las características siguientes: paranoia, agresión auto dirigida o dirigida a los demás severa, explotación despiadada de los demás con ausencia total de preocupación por la propia agresión y los efectos sobre los demás (ausencia de culpabilidad o remordimiento) puede incluir tendencias o fantasías de suicidio crónicas; deterioro del funcionamiento de la moralidad*



**Anexo 5**  
**Autoinforme y hoja de puntuaciones del Personality Inventory for the DSM-5**  
**(PID-5)**

1



**Instrucciones**

Este cuestionario contiene un número de afirmaciones que las personas podrían hacer sobre sí mismas. Debe usted describirse a sí mismo/a tan sinceramente como pueda. No hay respuestas correctas o incorrectas. Tómese su tiempo y lea cada afirmación cuidadosamente, seleccionando la respuesta que mejor le describa.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

**Por ejemplo:**

1. En las fiestas, me gusta hablar con todo el mundo.....0 1 2 **3**  
 2. Me gusta pasar la mayor parte de mi tiempo solo.....0 **1** 2 3

En los ejemplos de arriba, haga un círculo al número "3" para la primera afirmación, si piensa que la frase le describe bien. Si con la segunda afirmación está moderadamente en desacuerdo, haga un círculo en el número "1".

Debe responder a todas las preguntas, incluso si no está completamente seguro de su respuesta. Si alguna pregunta describe situaciones y circunstancias que no le son familiares, intente imaginar cómo reaccionaría y responda en consecuencia. Si Vd. es un estudiante, por favor considere su lugar de estudios como empleo en las cuestiones referentes al empleo.

**Traducción y adaptación española, 2012:**

F. Gutiérrez  
*Hospital Clínic de Barcelona*

X. Caseras  
*Cardiff University*

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

1. No obtengo tanto placer de las cosas como parecen obtener otros.
2. Mucha gente me la tiene jurada.
3. La gente me describiría como imprudente.
4. Me parece que actúo totalmente por impulso.
5. A menudo tengo ideas demasiado peculiares para explicarlas a nadie.
6. Pierdo el hilo de las conversaciones porque otras cosas atraen mi atención.
7. Evito las situaciones arriesgadas.
8. Respecto a mis emociones, la gente me dice que soy "un témpano de hielo".
9. Cambio lo que hago en función de lo que los demás quieren.
10. Prefiero no intimar demasiado con la gente.
11. A menudo me meto en peleas físicas.
12. Me aterroriza estar sin alguien que me quiera.
13. Ser grosero/a y desagradable es simplemente parte de mí.
14. Hago cosas para asegurarme de que la gente se fija en mí.
15. Normalmente hago lo que los otros piensan que debo hacer.
16. Generalmente hago las cosas por impulso, sin pensar en las consecuencias.
17. Aunque sabría hacerlo mejor, no puedo dejar de tomar decisiones precipitadas.
18. A veces mis emociones cambian sin razón aparente.
19. Me da igual hacer sufrir a los demás.
20. Soy una persona solitaria.
21. A menudo digo cosas que los demás encuentran raras.
22. Siempre hago las cosas en caliente, sin pensarlas.
23. Nada parece interesarme demasiado.
24. Los demás parecen pensar que mi comportamiento es extraño.
25. La gente me ha dicho que pisano sobre las cosas de una manera muy rara.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

26. Casi nunca disfruto de la vida.
27. A menudo siento que nada de lo que hago importa realmente.
28. Soy brusco/a con la gente cuando hacen pequeñas cosas que me irritan.
29. No puedo concentrarme en nada.
30. Soy una persona llena de energía.
31. Los demás me ven como irresponsable.
32. Puedo ser malo/a cuando necesito serlo.
33. Mis pensamientos a menudo toman direcciones poco comunes o extrañas.
34. Me han dicho que dedico demasiado tiempo a asegurarme de que las cosas están exactamente en su sitio.
35. Bruto las actividades y deportes de riesgo.
36. Me cuesta diferenciar entre la realidad y los sueños.
37. Tengo a veces la extraña sensación de que algunas partes de mi cuerpo parecen muertas o no son realmente mías.
38. Me enfado fácilmente.
39. No tengo límite a la hora de hacer cosas peligrosas.
40. Para ser sincero/a, soy más importante que los demás.
41. Invento historias sobre cosas que han pasado que son totalmente falsas.
42. A menudo la gente explica cosas que he hecho que yo no recuerdo en absoluto.
43. Hago cosas para que la gente me admire.
44. Es extraño, pero a veces objetos cotidianos parecen tener una forma diferente de la habitual.
45. No tengo reacciones emocionales muy duraderas ante nada.
46. Me cuesta dejar de hacer una actividad, incluso cuando es hora de hacerlo.
47. No soy muy bueno/a planificando con antelación.
48. Hago montones de cosas que otros consideran arriesgadas.
49. La gente me dice que me fijo demasiado en detalles sin importancia.
50. Me preocupa mucho estar solo/a.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

51. Me he perdido cosas por estar atareado/a intentando que algo que estaba haciendo estuviese impecable.
52. Con frecuencia mis pensamientos no tienen sentido para los demás.
53. A menudo invento cosas sobre mí mismo/a para ayudarme a conseguir lo que quiero.
54. No me afecta ver a otras personas sufrir o resultar heridas.
55. La gente a menudo me mira como si hubiese dicho algo muy raro.
56. La gente no se da cuenta de que les estoy adelantando para conseguir algo.
57. Preferiría estar en una mala relación que estar solo/a.
58. Normalmente pienso antes de actuar.
59. A menudo veo imágenes muy intensas, como si soñase, cuando me estoy durmiendo o despertando.
60. Sigo enfocando las cosas de la misma manera, incluso cuando no funciona.
61. Estoy muy insatisfecho/a conmigo mismo/a.
62. Tengo reacciones emocionales mucho más fuertes que casi todo el mundo.
63. Hago lo que los demás me dicen que haga.
64. No soporto que me dejen solo/a, incluso por unas pocas horas.
65. Tengo cualidades excepcionales que poca gente posee.
66. El futuro me parece francamente desolador.
67. Me gusta correr riesgos.
68. No puedo alcanzar metas porque otras cosas atraen mi atención.
69. Cuando quiero hacer algo, la posibilidad de que sea arriesgado no me detiene.
70. Los demás parecen pensar que soy bastante raro/a o peculiar.
71. Mis pensamientos son extraños e impredecibles.
72. No me importan los sentimientos de los demás.
73. Tienes que pisar a otra gente para conseguir lo que quieres en la vida.
74. Me encanta atraer la atención de los demás.
75. Me esfuerzo mucho por evitar cualquier tipo de actividad en grupo.



0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

76. Puedo ser astuto/a y malicioso/a si eso significa conseguir lo que quiero.
77. A veces, cuando miro un objeto familiar, es como si lo estuviese viendo por primera vez.
78. Me cuesta cambiar de una actividad a otra.
79. Me preocupa mucho por cosas horribles que podrían ocurrir.
80. Me cuesta cambiar la manera en la que hago algo, incluso si no está funcionando.
81. El mundo sería mejor si yo estuviera muerto/a.
82. Mantengo la distancia con la gente.
83. Con frecuencia no puedo controlar lo que pienso.
84. No suelo emocionarme.
85. Me molesta que me digan lo que debo hacer, incluso mis superiores.
86. Estoy avergonzado/a por cómo he decepcionado a la gente en muchas pequeñas cosas.
87. Evito cualquier situación que pueda ser incluso mínimamente peligrosa.
88. Me cuesta perseguir un objetivo concreto, incluso durante periodos cortos de tiempo.
89. Prefiero mantener las relaciones sentimentales fuera de mi vida.
90. Nunca haría daño a otra persona.
91. No me siento intasamente mis emociones.
92. Tengo muy mal genio.
93. A menudo me preocupa que ocurra algo malo a causa de errores que cometí en el pasado.
94. Tengo algunas habilidades poco corrientes, como saber a veces exactamente lo que alguien está pensando.
95. Me pone muy nervioso/a pensar en el futuro.
96. Rara vez me preocupo por algo.
97. Me gusta estar enamorado/a.
98. Prefiero jugar sobre seguro que asumir riesgos innecesarios.
99. A veces he oído cosas que los demás no podían oír.
100. Me obsesiona con ciertas cosas y no puedo parar.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

101. La gente me dice que es difícil saber lo que estoy sintiendo.
102. Soy una persona muy emocional.
103. Los demás se aprovecharían de mí si pudiesen.
104. A menudo me siento fracasado/a.
105. Si algo que hago no es totalmente perfecto, simplemente no es aceptable.
106. A menudo tengo experiencias poco corrientes, como sentir la presencia de alguien que en realidad no está.
107. Se me da bien hacer que la gente haga lo que yo quiero.
108. Rompo las relaciones si empiezan a volverse más estrechas.
109. Siempre estoy preocupándome por algo.
110. Me preocupo casi por todo.
111. Me gusta destacar de entre la multitud.
112. No me importa un poco de riesgo de vez en cuando.
113. Mi conducta es a menudo estruendosa y llama la atención de la gente.
114. Soy mejor que casi todo el mundo.
115. La gente se queja de mi necesidad de tenerlo todo organizado.
116. Siempre me aseguro de devolvérsela a quien me trata mal.
117. Siempre estoy alerta por si alguien trata de engañarme o perjudicarme.
118. Me cuesta mantener mi cabeza centrada en lo que debo hacer.
119. Hablo mucho sobre el suicidio.
120. No estoy muy interesado/a en tener relaciones de pareja.
121. A menudo me quedo bloqueado/a en las cosas.
122. Me emociono fácilmente, a menudo por motivos muy pequeños.
123. Aunque ponga de los nervios a los demás, insisto lograr la absoluta perfección en todo lo que hago.
124. Casi nunca me siento feliz con mis actividades cotidianas.
125. Camelar a los demás me ayuda a conseguir lo que quiero.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

126. A veces necesitas exagerar para salir adelante.
127. Estar solo/a en la vida me da más miedo que cualquier otra cosa.
128. Me encallo en una manera de hacer las cosas, incluso cuando está claro que no funciona.
129. A menudo soy bastante descuidado/a con mis cosas y las de los demás.
130. Soy una persona muy ansiosa.
131. En general la gente es de fiar.
132. Me distraigo fácilmente.
133. Parece que siempre recibo un trato injusto de los demás.
134. No dudo en hacer trampa si eso me hace salir adelante.
135. Compruebo las cosas varias veces para asegurarme de que están perfectas.
136. No me gusta pasar tiempo con otra gente.
137. Me siento obligado/a a seguir adelante con las cosas, incluso cuando eso tiene poco sentido.
138. Nunca sé a dónde irán mis emociones en el próximo instante.
139. He visto cosas que no estaban realmente allí.
140. Es importante para mí que las cosas se hagan de una manera determinada.
141. Siempre espero que suceda lo peor.
142. Intento decir la verdad incluso cuando es duro hacerlo.
143. Creo que algunas personas pueden mover objetos con la mente.
144. No puedo centrarme en las cosas durante mucho tiempo.
145. Me mantengo alejado/a de las relaciones sentimentales.
146. No me interesa hacer amigos.
147. Digo lo menos posible cuando trato con gente.
148. Como persona no sirvo para nada.
149. Haría casi cualquier cosa para evitar que alguien me abandone.
150. A veces puedo influir a otra gente simplemente enviándole mis pensamientos.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

151. La vida me parece bastante deprimente.
152. Piense sobre las cosas de una manera rara que no tiene sentido para la mayoría.
153. No me importa que mis acciones perjudiquen a otros.
154. A veces me siento "controlado/a" por pensamientos que son de alguna otra persona.
155. Realmente vivo la vida al máximo.
156. Hago promesas que en realidad no pienso cumplir.
157. Nada parece hacernos sentir bien.
158. Me irrito fácilmente por todo tipo de cosas.
159. Hago lo que quiero sin tener en cuenta lo peligroso que pueda ser.
160. A menudo olvido pagar mis facturas.
161. No me gusta intimar demasiado con los demás.
162. Se me da bien engañar a la gente.
163. Todo me parece sin sentido.
164. Nunca corro riesgos.
165. Me emociono por cualquier pequeñez.
166. No es tan importante si hiero los sentimientos de otras personas.
167. Nunca muestro mis emociones a los demás.
168. A menudo me siento confundido/a.
169. No valgo nada como persona.
170. Normalmente soy bastante hostil.
171. A veces me he esfumado para evitar responsabilidades.
172. Me han dicho más de una vez que tengo algunas peculiaridades o hábitos extraños.
173. Me gusta ser una persona que se hace notar.
174. Siempre estoy estereotizado/a o en acusas por las cosas malas que pueden ocurrir.
175. Nunca quiero estar solo/a.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

176. Sigo intentado hacer las cosas perfectas, incluso cuando ya están todo lo bien que pueden estar.
177. Rara vez pienso que la gente que conozco esté intentando aprovecharse de mí.
178. Sé que me suicidaré tarde o temprano.
179. He conseguido mucho más que casi toda la gente que conozco.
180. Puedo mostrarme encantador/s si necesito salirme con la mía.
181. Mis emociones son impredecibles.
182. No trato con la gente a menos que no tenga más remedio.
183. No me importan los problemas de los demás.
184. No reacciono demasiado ante cosas que parecen emocionar a otros.
185. Tengo varios hábitos que los demás encuentran excéntricos o extraños.
186. Evito los actos sociales.
187. Merezco un trato especial.
188. Me pone muy furioso/a que la gente me ofenda, incluso levemente.
189. Rara vez me entusiasmo con nada.
190. Sospecho que incluso mis supuestos "amigos" me engañan a menudo.
191. Ansío llamar la atención.
192. A veces pienso que alguien está quitando pensamientos de mi cabeza.
193. Tengo periodos en los que me siento desconectado/a del mundo o de mí mismo/a.
194. Con frecuencia veo conexiones poco corrientes entre cosas que otra gente no capta.
195. No pienso en si sufriré algún daño cuando hago cosas que pueden ser peligrosas.
196. Simplemente no puedo soportar que las cosas estén fuera de su sitio.
197. A menudo he de tratar con gente que es menos importante que yo.
198. A veces pego a la gente para recordarles quién manda.
199. Incluso distracciones mínimas me apartan de mi tarea.
200. Me gusta hacer parecer estúpidos a mis superiores.

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

201. Simplemente me salto citas o reuniones si no tengo ganas.
202. Intento hacer lo que otros quieren que haga.
203. Prefiero estar solo/a a tener una pareja sentimental.
204. Soy muy impulsivo/a.
205. A menudo tengo pensamientos que tienen sentido para mí pero que otros ven extraños.
206. Utilizo a la gente para conseguir lo que quiero.
207. No veo razón para sentirme culpable por cosas que he hecho que han perjudicado a otros.
208. La mayor parte del tiempo no veo el sentido a ser agradable.
209. He tenido algunas experiencias muy extrañas que son difíciles de explicar.
210. Cumpló con mis compromisos.
211. Me gusta llamar la atención sobre mí.
212. Me siento culpable gran parte del tiempo.
213. A menudo me quedo ensimismado/a y, cuando de pronto reacciono, veo que ha pasado un buen rato.
214. Me resulta fácil mentir.
215. Odio correr riesgos.
216. Soy desagradable y cortante con todo al que lo merece.
217. Las cosas que me rodean a menudo me parecen irreales, o más reales de lo normal.
218. Exagero las cosas si eso me beneficia.
219. Me resulta fácil aprovecharme de los demás.
220. Tengo una manera estricta de hacer las cosas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

**PID-5** (Kneeger y cols. 2012)

0	1	2	3
Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo

1	0	1	2	3
2	0	1	2	3
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	0	1	2	3
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	0	1	2	3
9	0	1	2	3
10	0	1	2	3
11	0	1	2	3
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	0	1	2	3
16	0	1	2	3
17	0	1	2	3
18	0	1	2	3
19	0	1	2	3
20	0	1	2	3
21	0	1	2	3
22	0	1	2	3
23	0	1	2	3
24	0	1	2	3
25	0	1	2	3
26	0	1	2	3
27	0	1	2	3
28	0	1	2	3
29	0	1	2	3
30	0	1	2	3
31	0	1	2	3
32	0	1	2	3
33	0	1	2	3
34	0	1	2	3
35	0	1	2	3
36	0	1	2	3
37	0	1	2	3
38	0	1	2	3
39	0	1	2	3
40	0	1	2	3
41	0	1	2	3
42	0	1	2	3
43	0	1	2	3
44	0	1	2	3
45	0	1	2	3

46	0	1	2	3
47	0	1	2	3
48	0	1	2	3
49	0	1	2	3
50	0	1	2	3
51	0	1	2	3
52	0	1	2	3
53	0	1	2	3
54	0	1	2	3
55	0	1	2	3
56	0	1	2	3
57	0	1	2	3
58	0	1	2	3
59	0	1	2	3
60	0	1	2	3
61	0	1	2	3
62	0	1	2	3
63	0	1	2	3
64	0	1	2	3
65	0	1	2	3
66	0	1	2	3
67	0	1	2	3
68	0	1	2	3
69	0	1	2	3
70	0	1	2	3
71	0	1	2	3
72	0	1	2	3
73	0	1	2	3
74	0	1	2	3
75	0	1	2	3
76	0	1	2	3
77	0	1	2	3
78	0	1	2	3
79	0	1	2	3
80	0	1	2	3
81	0	1	2	3
82	0	1	2	3
83	0	1	2	3
84	0	1	2	3
85	0	1	2	3
86	0	1	2	3
87	0	1	2	3
88	0	1	2	3
89	0	1	2	3
90	0	1	2	3

91	0	1	2	3
92	0	1	2	3
93	0	1	2	3
94	0	1	2	3
95	0	1	2	3
96	0	1	2	3
97	0	1	2	3
98	0	1	2	3
99	0	1	2	3
100	0	1	2	3
101	0	1	2	3
102	0	1	2	3
103	0	1	2	3
104	0	1	2	3
105	0	1	2	3
106	0	1	2	3
107	0	1	2	3
108	0	1	2	3
109	0	1	2	3
110	0	1	2	3
111	0	1	2	3
112	0	1	2	3
113	0	1	2	3
114	0	1	2	3
115	0	1	2	3
116	0	1	2	3
117	0	1	2	3
118	0	1	2	3
119	0	1	2	3
120	0	1	2	3
121	0	1	2	3
122	0	1	2	3
123	0	1	2	3
124	0	1	2	3
125	0	1	2	3
126	0	1	2	3
127	0	1	2	3
128	0	1	2	3
129	0	1	2	3
130	0	1	2	3
131	0	1	2	3
132	0	1	2	3
133	0	1	2	3
134	0	1	2	3
135	0	1	2	3

136	0	1	2	3
137	0	1	2	3
138	0	1	2	3
139	0	1	2	3
140	0	1	2	3
141	0	1	2	3
142	0	1	2	3
143	0	1	2	3
144	0	1	2	3
145	0	1	2	3
146	0	1	2	3
147	0	1	2	3
148	0	1	2	3
149	0	1	2	3
150	0	1	2	3
151	0	1	2	3
152	0	1	2	3
153	0	1	2	3
154	0	1	2	3
155	0	1	2	3
156	0	1	2	3
157	0	1	2	3
158	0	1	2	3
159	0	1	2	3
160	0	1	2	3
161	0	1	2	3
162	0	1	2	3
163	0	1	2	3
164	0	1	2	3
165	0	1	2	3
166	0	1	2	3
167	0	1	2	3
168	0	1	2	3
169	0	1	2	3
170	0	1	2	3
171	0	1	2	3
172	0	1	2	3
173	0	1	2	3
174	0	1	2	3
175	0	1	2	3
176	0	1	2	3
177	0	1	2	3
178	0	1	2	3
179	0	1	2	3
180	0	1	2	3

181	0	1	2	3
182	0	1	2	3
183	0	1	2	3
184	0	1	2	3
185	0	1	2	3
186	0	1	2	3
187	0	1	2	3
188	0	1	2	3
189	0	1	2	3
190	0	1	2	3
191	0	1	2	3
192	0	1	2	3
193	0	1	2	3
194	0	1	2	3
195	0	1	2	3
196	0	1	2	3
197	0	1	2	3
198	0	1	2	3
199	0	1	2	3
200	0	1	2	3
201	0	1	2	3
202	0	1	2	3
203	0	1	2	3
204	0	1	2	3
205	0	1	2	3
206	0	1	2	3
207	0	1	2	3
208	0	1	2	3
209	0	1	2	3
210	0	1	2	3
211	0	1	2	3
212	0	1	2	3
213	0	1	2	3
214	0	1	2	3
215	0	1	2	3
216	0	1	2	3
217	0	1	2	3
218	0	1	2	3
219	0	1	2	3
220	0	1	2	3





## Anexo 6

Tablas de contingencia, tablas de coeficiente Kappa y tablas de no concordancias para el Objetivo 1 (Evaluar la evidencia de validez de la versión en castellano de la STIPO-R basada en el contenido de la prueba)

### Dominio STIPO-R vs Dominio jueces:

#### Juez 1

Tabla A6.1. Contingencia de las asignaciones del Juez 1

Dominio STIPO-R	JUEZ_1						Total
	Asignación dominio juez						
	1.Identidad	2.Relaciones objetales	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior	5.Agresión	6.Valores morales	
1.Identidad	18	0	0	0	0	0	18
2.Relaciones objetales	0	14	0	0	1	0	15
3.Defensas de nivel Inferior	0	1	3	2	0	0	6
4.Defensas de nivel Superior	0	0	2	2	0	0	4
5.Agresión	0	0	1	0	8	0	9
6.Valores morales	0	0	0	0	0	6	6
Total	18	15	6	4	9	6	58

\*Hay concordancia en 51 ítems (88%).

Tabla A6.2. Coeficiente Kappa del Juez 1

Statistic	Estimate	Kappa Statistics		
		Standard Error	95% Confidence Limits	
Simple Kappa	0.8466	0.0528	0.7430	0.9501

**Juez 2****Tabla A6.3. Contingencia de las asignaciones del Juez 2**

Dominio STIPO-R	JUEZ_2 Asignación dominio juez						Total
	1.Identidad	2.Relaciones objetales	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior	5.Agresión	6.Valores morales	
1.Identidad	18	0	0	0	0	0	18
2.Relaciones objetales	0	15	0	0	0	0	15
3.Defensas de nivel Inferior	0	0	6	0	0	0	6
4.Defensas de nivel Superior	0	0	0	4	0	0	4
5.Agresión	0	0	0	0	9	0	9
6.Valores morales	0	0	0	0	0	6	6
Total	18	15	6	4	9	6	58

\*Hay concordancia absoluta de este juez con los dominios predefinidos en la STIPO-R (100%).

**Tabla A6.4. Coeficiente Kappa del Juez 2**

Statistic	Kappa Statistics			
	Estimate	Standard Error	95% Confidence Limits	
Simple Kappa	1.0000	0.0000	1.0000	1.0000

**Juez 3****Tabla A6.5. Contingencia de las asignaciones del Juez 3**

Dominio STIPO-R	JUEZ_3 Asignación dominio juez						Total
	1.Identidad	2.Relaciones objetales	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior	5.Agresión	6.Valores morales	
1.Identidad	18	0	0	0	0	0	18
2.Relaciones objetales	0	15	0	0	0	0	15
3.Defensas de nivel Inferior	0	0	6	0	0	0	6
4.Defensas de nivel Superior	0	0	0	4	0	0	4
5.Agresión	0	0	0	0	9	0	9
6.Valores morales	0	0	0	0	0	6	6
Total	18	15	6	4	9	6	58

\*Hay concordancia absoluta de este juez con los dominios predefinidos en la STIPO-R (100%).

**Tabla A6.6. Coeficiente Kappa del Juez 3**

Statistic	Estimate	Kappa Statistics		
		Standard Error	95% Confidence Limits	
Simple Kappa	1.0000	0.0000	1.0000	1.0000

**Juez 4****Tabla A6.7. Contingencia de las asignaciones del Juez 4**

Dominio STIPO-R	JUEZ_4 Asignación dominio juez						Total
	1.Identidad	2.Relaciones objetales	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior	5.Agresión	6.Valores morales	
1.Identidad	18	0	0	0	0	0	18
2.Relaciones objetales	0	15	0	0	0	0	15
3.Defensas de nivel Inferior	0	0	6	0	0	0	6
4.Defensas de nivel Superior	0	0	0	4	0	0	4
5.Agresión	0	0	0	0	9	0	9
6.Valores morales	0	0	0	0	0	6	6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>58</b>

\*Hay concordancia absoluta de este juez con los dominios predefinidos en la STIPO-R (100%).

**Tabla A6.8. Coeficiente Kappa del Juez 4**

Statistic	Kappa Statistics			
	Estimate	Standard Error	95% Confidence Limits	
Simple Kappa	1.0000	0.0000	1.0000	1.0000

**Tabla A6.9. No concordancia en la valoración del juez 1 y el dominio predefinido en el cuestionario**

Ítem	Juez	Dominio	Jueces_dominio
22	JUEZ_1	2.Relaciones objetales	5.Agresión
37	JUEZ_1	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior
38	JUEZ_1	3.Defensas de nivel Inferior	2.Relaciones objetales
39	JUEZ_1	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior
40	JUEZ_1	4.Defensas de nivel Superior	3.Defensas de nivel Inferior
43	JUEZ_1	4.Defensas de nivel Superior	3.Defensas de nivel Inferior

### Narcisismo STIPO-R vs Narcisismo jueces:

#### Juez 1

**Tabla A6.10. Contingencia de las asignaciones del Juez 1 en la Escala de Narcisismo**

Narcisismo S-TIPO	JUEZ_1		Total
	Asignación dominio juez		
	Narcisismo	No narcisismo	
Narcisismo	10	1	11
No narcisismo	1	46	47
Total	11	47	58

\*Se observa que la concordancia observada se da en 56 ítems (97%).

**Tabla A6.11. Coeficiente Kappa del Juez 1 para la Escala de Narcisismo**

Estimate	Simple Kappa Coefficient		
	Standard Error	95% Confidence Limits	
0.8878	0.0778	0.7354	1.0000

**Juez 2****Tabla A6.12. Contingencia de las asignaciones del Juez 2 en la Escala de Narcisismo**

<b>Narcisismo S-TIPO</b>	<b>JUEZ_2</b>		
	<b>Asignación dominio juez</b>		<b>Total</b>
	<b>Narcisismo</b>	<b>No narcisismo</b>	
Narcisismo	9	2	11
No narcisismo	2	45	47
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>47</b>	<b>58</b>

\*Se observa que la concordancia observada se da en 54 ítems (93%).

**Tabla A6.13. Coeficiente Kappa del Juez 2 para la Escala de Narcisismo**

<b>Estimate</b>	<b>Simple Kappa Coefficient</b>		
	<b>Standard Error</b>	<b>95% Confidence Limits</b>	
0.7756	0.1071	0.5657	0.9856

**Juez 3****Tabla A6.14. Contingencia de las asignaciones del Juez 3 en la Escala de Narcisismo**

<b>Narcisismo S-TIPO</b>	<b>JUEZ_3</b>		
	<b>Asignación dominio juez</b>		<b>Total</b>
	<b>Narcisismo</b>	<b>No narcisismo</b>	
Narcisismo	10	1	11
No narcisismo	1	46	47
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>47</b>	<b>58</b>

\*Se observa que la concordancia observada se da en 56 ítems (97%).

**Tabla A6.15. Coeficiente Kappa del Juez 3 para la Escala de Narcisismo**

<b>Estimate</b>	<b>Simple Kappa Coefficient</b>		
	<b>Standard Error</b>	<b>95% Confidence Limits</b>	
0.8878	0.0778	0.7354	1.0000



**Juez 4****Tabla A6.16. Contingencia de las asignaciones del Juez 4 en la Escala de Narcisismo**

Narcisismo STIPO-R	JUEZ_4		
	Asignación dominio juez		Total
	Narcisismo	No narcisismo	
Narcisismo	9	2	11
No narcisismo	1	46	47
Total	10	48	58

\*Se observa que la concordancia observada se da en 55 ítems (95%).

**Tabla A6.17. Coeficiente Kappa del Juez 4 para la Escala de Narcisismo**

Estimate	Simple Kappa Coefficient		
	Standard Error	95% Confidence Limits	
0.8257	0.0973	0.6350	1.0000

**Tabla A6.18. No concordancia entre la valoración del juez y la entrevista en la Escala de Narcisismo**

P	Juez	Dominio_narcisismo	dominio_narcisismo_juez
.	JUEZ_4	.	Narcisismo
3	JUEZ_3	Narcisismo	No narcisismo
3	JUEZ_4	Narcisismo	No narcisismo
6	JUEZ_1	No narcisismo	Narcisismo
6	JUEZ_2	No narcisismo	Narcisismo
21	JUEZ_3	No narcisismo	Narcisismo
29	JUEZ_4	Narcisismo	No narcisismo
30	JUEZ_2	No narcisismo	Narcisismo
32	JUEZ_1	Narcisismo	No narcisismo
35	JUEZ_2	Narcisismo	No narcisismo
43	JUEZ_4	No narcisismo	Narcisismo
58	JUEZ_2	Narcisismo	No narcisismo

**Subdominio STIPO-R vs Subdominio jueces:****Tabla A6.19. No concordancia en la valoración del juez y el subdominio predefinido en la STIPO-R**

<b>P</b>	<b>Juez</b>	<b>Dominio</b>	<b>Jueces dominio</b>	<b>Subdominio</b>	<b>Jueces subdominio</b>
20	JUEZ_4	2.Relaciones objetales	2.Relaciones objetales	2.1 Relaciones interpersonales	2.3 Implicación / inversión interno con los Otros
31	JUEZ_4	2.Relaciones objetales	2.Relaciones objetales	2.3 Implicación / inversión interno con los Otros	2.1 Relaciones interpersonales
37	JUEZ_1	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior	3.1 Defensas de nivel Inferior	4.1 Defensas de nivel Superior
38	JUEZ_1	3.Defensas de nivel Inferior	2.Relaciones objetales	3.1 Defensas de nivel Inferior	2.1 Relaciones interpersonales
39	JUEZ_1	3.Defensas de nivel Inferior	4.Defensas de nivel Superior	3.1 Defensas de nivel Inferior	4.1 Defensas de nivel Superior
40	JUEZ_1	4.Defensas de nivel Superior	3.Defensas de nivel Inferior	4.1 Defensas de nivel Superior	3.1 Defensas de nivel Inferior
43	JUEZ_1	4.Defensas de nivel Superior	3.Defensas de nivel Inferior	4.1 Defensas de nivel Superior	3.1 Defensas de nivel Inferior
49	JUEZ_1	5.Agresión	3.Defensas de nivel Inferior	5.2 Agresión y hostilidad a otros	3.1 Defensas de nivel Inferior

## Anexo 7

**Consentimiento de los autores de la Entrevista STIPO-R del Personality Disorders Institute de la Facultad de Medicina Weill Medical College, Cornell University de Nueva York, para la adaptación y validación de la entrevista STIPO-R al castellano**

**STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION  
— REVISED (STIPO-R)  
TRANSLATION AND VALIDATION AGREEMENT**

This Agreement is made between María Jesus Rufat Sabio (P.I., Translator – Validator / User), Dr. Marc Ferrer Vinardell, Dr. Joan Vegué Grilló from Grup TLP Barcelona (Institution formed by University Hospital of Valle Hebrón, Centre Psicoterapia Barcelona – Serveis Salut Mental and Fundació Orienta) and Dr John Clarkin.

Dr. John Clarkin, copyright owner of the STIPO, authorizes \_\_\_\_\_ María Jesus Rufat Sabio (P.I., Translator – Validator / User), Dr. Marc Ferrer Vinardell and Dr. Joan Vegué Grilló, to translate the STIPO into the following language: \_\_\_\_\_ SPANISH (SPAIN) \_\_\_\_\_ subject to the following conditions:

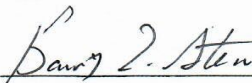
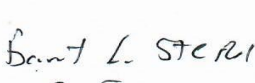
1. Dr. John Clarkin owns all copyright in the STIPO-R and in all STIPO-R versions including but not limited to existing and future translations.
2. María Jesus Rufat Sabio (P.I., Translator – Validator / User), Dr. Marc Ferrer Vinardell and Dr. Joan Vegué Grilló acknowledges Dr. John Clarkin's copyright in the STIPO-R and shall not contest such copyright or perform any act or omission adverse to such exclusive right. Further María Jesus Rufat Sabio (P.I., Translator – Validator / User), Dr. Marc Ferrer Vinardell and Dr. Joan Vegué Grilló acknowledges that Dr. John Clarkin holds the unfettered right to use, reproduce and exploit the aforesaid translation, throughout the world, for its full term without any cost or conditions.
3. Each new translation shall undergo a full linguistic validation process according to the following guidelines and recommendations:
 

The recommended methodology includes the following steps:

  - Forward translation
  - Backward translation
  - Patient testing
  - Proofreading and finalization
  - Report
4. In case of publication mentioning use and/or development of such translation, María Jesus Rufat Sabio (P.I., Translator and validator / User) shall cite the STIPO-R publication(s) in the reference section of the publication.
5. María Jesus Rufat Sabio (P.I., Translator and Validator / User) will administer, together with the STIPO-R, the following instruments.
  - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, Spanish adaptation First MB. et al. (SCID -II)
  - Diagnostic Interview for Borderlines Revised, Spanish adaptation Barrachina J., et al. (DIB-R)
  - Personality Inventory for DSM-5 (PID-5, self-report)
  - Symptom Checklist 90-R (SCL90-R, self-report)
  - Social Adaptation Self Evaluation Scale (SASS, self-report)
6. María Jesus Rufat Sabio (P.I., Translator – Validator / User), Dr. Marc Ferrer Vinardell and Dr. Joan Vegué Grilló agrees to send data on the STIPO-R and the abovementioned instruments to Dr. John Clarkin, for use in an international multi-site validation study of the STIPO-R. A P.I. from each study will gain authorship in the publication of results. Other authors will be mentioned as part of the STIPO-R international research group.


Date \_\_\_\_\_ 2017/07/14. - \_\_\_\_\_

The copyright owner, Dr. John Clarkin

   
Dr. Marc Ferrer Vinardell  
Responsible of Research of Grup TLP Barcelona

\_\_\_\_\_

The P.I., translator – validator / User, María Jesus Rufat Sabio (Grup TLP Barcelona)

  
Dr. Joan Vegué Grilló  
Medical Director of Centre Psicoterapia Barcelona (Grup TLP Barcelona)

\_\_\_\_\_



## Anexo 8

**Matrices de correlaciones policóricas entre los ítems de cada dominio de la  
STIPO-R**

**Tabla A8.1.**  
**Matriz de correlaciones policóricas Dominio 1 (Identidad)**

	Media	SD	Id1	Id2	Id3	Id4	Id5	Id6	Id7	Id8	Id9	Id10	Id11	Id12	Id13	Id14	Id15
Id1	.71	.81	----														
Id2	.86	.85	.77	----													
Id3	.63	.77	.63	.82	----												
Id4	.9	.81	.55	.64	.60	----											
Id5	1.03	.83	.60	.73	.53	.71	----										
Id6	1.08	.81	.62	.71	.53	.70	.90	----									
Id7	.79	.83	.42	.48	.38	.52	.57	.68	----								
Id8	.46	.67	.29	.38	.33	.38	.43	.46	.54	----							
Id9	.92	.86	.31	.36	.23	.28	.30	.33	.46	.50	----						
Id10	.71	.82	.42	.50	.38	.46	.48	.59	.57	.60	.64	----					
Id11	1.27	.83	.58	.66	.53	.66	.66	.68	.67	.60	.52	.58	----				
Id12	.94	.84	.54	.68	.47	.61	.87	.82	.51	.39	.29	.47	.60	----			
Id13	1.01	.86	.65	.72	.47	.66	.86	.85	.58	.43	.37	.48	.72	.85	----		
Id14	.9	.88	.52	.59	.43	.54	.57	.58	.69	.46	.55	.54	.72	.59	.64	----	
Id15	.91	.85	.46	.50	.43	.49	.47	.55	.64	.51	.69	.63	.74	.55	.56	.75	----

**Tabla A8.2.**  
**Matriz de correlaciones policóricas Dominio 2 (Relaciones de objeto)**

Variable	Media	SD	RObj1	RObj2	RObj3	RObj4	RObj5	RObj6	RObj7	RObj8	RObj9	RObj10	RObj11	RObj12	RObj13	RObj14	RObj15
RObj1	.61	.79	-----														
RObj2	.53	.69	.68	-----													
RObj3	.80	.83	.79	.73	-----												
RObj4	.69	.8	.58	.72	.65	-----											
RObj5	.61	.79	.38	.47	.48	.34	-----										
RObj6	.89	.84	.43	.49	.66	.54	.72	-----									
RObj7	.74	.85	.44	.35	.44	.31	.56	.58	-----								
RObj8	.68	.8	.41	.41	.43	.34	.30	.41	.66	-----							
RObj9	.51	.76	.56	.52	.54	.45	.54	.54	.78	.71	-----						
RObj10	.53	.73	.41	.46	.64	.56	.36	.47	.15	.16	.22	-----					
RObj11	.79	.86	.67	.62	.84	.59	.48	.55	.33	.35	.47	.51	-----				
RObj12	.66	.72	.45	.46	.52	.40	.43	.44	.34	.32	.45	.35	.57	-----			
RObj13	.65	.78	.52	.57	.62	.38	.47	.51	.54	.44	.58	.38	.70	.61	-----		
RObj14	.68	.8	.42	.62	.64	.53	.40	.53	.36	.29	.31	.56	.55	.44	.63	-----	
RObj15	.39	.67	.45	.37	.61	.36	.36	.40	.29	.26	.30	.54	.59	.18	.43	.49	-----

**Tabla A8.3.****Matriz de correlaciones policóricas Dominio 3 (Defensas primitivas o de nivel inferior)**

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>DefInf1</b>	<b>DefInf2</b>	<b>DefInf3</b>	<b>DefInf4</b>	<b>DefInf5</b>	<b>DefInf6</b>
DefInf1	.69	.86	-----					
DefInf2	.99	.89	.51	-----				
DefInf3	1.08	.9	.57	.81	-----			
DefInf4	.68	.85	.42	.72	.66	-----		
DefInf5	1	.88	.63	.81	.86	.76	-----	
DefInf6	.38	.64	.21	.41	.39	.43	.44	-----

**Tabla A8.4.****Matriz de correlaciones policóricas Dominio 4 (Defensas avanzadas o de nivel superior)**

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>DefSup1</b>	<b>DefSup2</b>	<b>DefSup3</b>	<b>DefSup4</b>
DefSup1	1.08	.84	-----			
DefSup2	1.27	.84	.49	-----		
DefSup3	.83	.84	.53	.71	-----	
DefSup4	.94	.85	.51	.62	.57	-----

**Tabla A8.5.****Matriz de correlaciones policóricas Dominio 5 (Agresión)**

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Agr1</b>	<b>Agr2</b>	<b>Agr3</b>	<b>Agr4</b>	<b>Agr5</b>	<b>Agr6</b>	<b>Agr7</b>	<b>Agr8</b>	<b>Agr9</b>
Agr1	.76	.81	-----								
Agr2	.83	.86	.60	-----							
Agr3	.76	.89	.61	.57	-----						
Agr4	.69	.90	.47	.62	.77	-----					
Agr5	.75	.79	.46	.55	.48	.50	-----				
Agr6	.59	.75	.19	.23	.32	.25	.46	-----			
Agr7	.25	.58	.40	.46	.29	.31	.69	.42	-----		
Agr8	.16	.46	.29	.46	.44	.45	.55	.49	.63	-----	
Agr9	.52	.66	.40	.39	.34	.31	.63	.48	.81	.74	-----

**Tabla A8.6.**  
**Matriz de correlaciones policóricas Dominio 6 (Valores morales)**

	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Vm1</b>	<b>Vm2</b>	<b>Vm3</b>	<b>Vm4</b>	<b>Vm5</b>	<b>Vm6</b>
Vm1	.55	.66						
Vm2	.4	.57	.79	-----				
Vm3	.43	.65	.56	.73	-----			
Vm4	.26	.53	.60	.51	.54	-----		
Vm5	.36	.54	.50	.50	.42	.34	-----	
Vm6	.23	.51	.49	.32	.43	.59	.43	-----